

PAULO FERNANDO CATALÃO RODRIGUES

**ANSIEDADE, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE
VIDA: ESTUDO COMPARATIVO EM IDOSOS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE
ATIVIDADE FÍSICA**

Orientadora: Joana Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

PAULO FERNANDO CATALÃO RODRIGUES

**ANSIEDADE, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE
VIDA: ESTUDO COMPARATIVO EM IDOSOS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE
ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia,
Aconselhamento e Psicoterapia, no Curso de
Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapia, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Joana Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

Epígrafe

Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter; repugna-la-íamos, se a tivéssemos. O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.

Fernando Pessoa

É a literatura o que, inevitavelmente, faz pensar. É a palavra escrita, a que está no livro, a que faz pensar. E neste momento é a última na escala de valores.

José Saramago

Dedicatória

Dedico, integralmente, esta dissertação ao meu avô António.

Agradecimentos

À chegada a um momento tão desejado e ansiado, existe a vontade e o querer de notoriamente demonstrar o meu agrado por saber que tenho diversas pessoas importantes e influentes no meu desempenho, que estão a meu lado e têm “caminhado” comigo ao longo deste tempo. E porque nada ou muito pouco na vida se faz completamente sozinho, irei agradecer àqueles que maior importância, direta e indireta, tiveram para mim no desenrolar deste trabalho.

Em primeiro lugar, e principalmente, aos meus pais, pois foram eles que me proporcionaram e possibilitaram que pudesse hoje estar nesta situação tão reconfortante, um muito obrigado por tudo! À minha irmã pelo apoio sempre dado ao longo do meu percurso escolar. À minha namorada, pelo amor, amizade, apoio, tranquilidade e segurança sempre demonstrados, e por estar presente nos bons e maus momentos. À minha cunhada pela ajuda e amparo nos momentos essenciais. Aos meus amigos, aqui o agradecimento é por terem aceitado manter pendentes os planos que em certas alturas não puderam ser concretizados.

À Professora Fernanda Salvaterra pela ajuda inicial no desenvolvimento deste estudo e pela amabilidade e disponibilidade a que sempre nos habituou. À Professora Joana Rosa por toda a ajuda, pela aceitação e querer ouvir, pela relação de proximidade que estabelece facilmente com os alunos, e pela boa disposição constante, o que reflete em nós, alunos, num o trabalho produzido de modo mais leve e mais motivado. À Dr^a. Ana Caramujo, da Divisão de Desporto da C.M. de Oeiras, tendo de fazer muitos ajustes na sua agenda de trabalho para me receber e auxiliar, foi incansável no seu compromisso, por toda a ajuda que me facultou aos locais onde se deslocou por mim, pelo fantástico ser humano que demonstrou ser; também aos professores Pedro Rocha e Cláudia Santos, que viram as suas aulas serem interrompidas e em muito ajudaram na aplicação dos questionários. À Dr^a. Deolinda Nunes, Diretora do Lar de S. José da Sta. Casa da Misericórdia do Montijo por ter possibilitado a aplicação de questionários dentro da Instituição, bem como, à Dr^a. Cristiane Tereza do Evolution Wellness & Fitness Center e à Dr^a. Carla Azeitona da Universidade Sénior da Ajuda. E, por último, mas não menos importantes, um agradecimento a todas as pessoas que decidiram participar neste estudo e que o fizeram ser exequível!

Resumo

Esta investigação procurou analisar a relação entre Ansiedade, Autoestima e Qualidade de Vida, comparando os idosos praticantes e não praticantes de Atividade Física. Utilizou-se uma amostra de conveniência constituída por 175 sujeitos (63 do sexo masculino e 112 do sexo feminino). Dividiram-se os participantes em dois grupos consoante o seu nível de atividade física (sedentário, leve, moderado e vigoroso), dos quais 115 são fisicamente ativos e 60 são inativos. O protocolo de avaliação compôs-se pelo questionário sociodemográfico, pela Geriatric Anxiety Scale – GAI (Versão portuguesa – Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011), pelo Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES (Versão portuguesa – Luísa Faria, 2000) e pelo World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF (Vaz Serra *et al.*, 2006). Os resultados deste estudo permitiram concluir que a prática de atividade física nesta faixa etária melhora a autoestima, aumenta a qualidade de vida e diminui a ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade; Atividade Física; Autoestima; Idoso; Qualidade de Vida.

Abstract

This research aimed to examine the relationship between Anxiety, Self-Esteem and Quality of Life, comparing elderly that practice Physical Activity with non-practitioners. We used a convenience sample of 175 subjects (63 males and 112 females). The participants were divided in two groups according to their level of physical activity (sedentary, light, moderate and vigorous), of which 115 are physically active and 60 are inactive. The evaluation protocol was composed by the sociodemographic questionnaire, the Geriatric Anxiety Scale – GAI (Portuguese version – Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011), the Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES (Portuguese version - Luisa Faria, 2000) and the World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF (Vaz Serra *et al.*, 2006). The results of this study allowed to conclude that the practice of physical activity in this age group, improves self-esteem, increases the quality of life and reduces anxiety.

Keywords: Anxiety; Elderly; Physical Activity; Quality of Life; Self-Esteem.

Abreviaturas, siglas e símbolos

AF – Atividade Física

APA – American Psychiatric Association

DGS – Direção Geral de Saúde

EF – Exercício Físico

EU – European Union

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

IDP – Instituto do Desporto Português

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

REDTESS – Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social

UE – União Europeia

USCB – United States Census Bureau

WHO – World Health Organization

Índice

Introdução	10
Capítulo 1 – Enquadramento teórico.....	12
1. Envelhecimento.....	13
1.1. Envelhecimento demográfico.....	13
1.2. Processo de envelhecimento	14
2. Ansiedade	17
2.1. A Ansiedade	17
2.2. A Ansiedade nos idosos.....	18
3. Autoestima	19
3.1. A Autoestima	19
3.2. A Autoestima nos idosos	20
4. Qualidade de Vida	21
4.1. A Qualidade de Vida	21
4.2 A Qualidade de Vida nos idosos.	22
5. Atividade Física.....	23
5.1 A Atividade Física.....	23
5.2 A Atividade física nos idosos.....	26
6. Objetivos e hipóteses de investigação	30
Capítulo 2 – Método	31
1. Participantes.....	32
2. Medidas.....	34
2.1. Questionário de dados sociodemográficos	34
2.2. Inventário de ansiedade geriátrica	34
2.3. Escala de autoestima global	35
2.4. Escala de Qualidade de Vida	35
3. Procedimentos	36
Capítulo 3 – Resultados	38
1. Apresentação de Resultados.....	39
2. Discussão de Resultados.....	46
3. Conclusão.....	48

Referências Bibliográficas	50
Apêndices.....	I
Apêndice I – Protocolo de Avaliação	II

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos.....	32
Tabela 2 – Comparação Entre Sexos em função das variáveis Psicológicas.....	39
Tabela 3 – Comparação de Variáveis Psicológicas em Função do Nível de Intensidade.....	40
Tabela 4 – Comparação de Variáveis Psicológicas entre Participantes Ativos e Não Ativos.....	41
Tabela 5 – Associação entre variáveis psicológicas para os participantes Não Ativos.	42
Tabela 6 – Associação entre variáveis psicológicas para os participantes Ativos.....	42
Tabela 7 – Comparação de médias em função do nível de escolaridade para todos os sujeitos	43
Tabela 8 – Comparação de Médias em Função do Rendimento Mensal (todos os sujeitos).....	45
Tabela 9 - Comparação de Médias em Função de Com Quem Pratica	45

Introdução

O envelhecimento populacional é, nos dias de hoje e num futuro próximo, um dos maiores problemas a serem combatidos pelos Estados e suas políticas governamentais. Por isso, é crucial o investimento em investigações científicas e em projetos que visem a temática, bem como, a criação de estratégias para lutar contra a problemática em causa. O processo de envelhecimento, de um ponto de vista social, tem vindo a realçar a importância da sua análise e compreensão dos seus processos, que têm assumido ao longo das últimas décadas uma importância crescente. O envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de alterações imutáveis e evolutivas, porém, distintas de indivíduo para indivíduo. Este, traz, também, repercussões na redução das capacidades básicas do idoso relativamente à manutenção e à realização das atividades de vida diárias e, consequentemente, na qualidade de vida (QV) e saúde dos mesmos (Paúl & Fonseca, 2005). O decréscimo dos níveis de atividade física (AF) habitual do idoso, contribuem para a redução das suas aptidões físicas e funcionais, tal como, para o surgimento e manifesto de diversas patologias, conduzindo a graves prejuízos individuais, sociais e institucionais.

A acompanhar lado a lado o envelhecimento, encontra-se, o sedentarismo, e é um importante fator de risco para o surgimento de doenças crônico-degenerativas, principalmente as cardiovasculares, uma das doenças com maior taxa de mortalidade. O sedentarismo, evidencia-se, então, de modo negativo, visto que é um dos maiores coadjuvantes nos mais recentes resultados associados aos idosos e, neste caso, são particularmente os indivíduos do sexo feminino os mais afetados (Instituto do Desporto de Portugal [IDP], 2011); Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

A AF, para além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção e prevenção de perdas dos componentes da aptidão física, atenuando, de certo modo, a degeneração provocada pelo processo de envelhecimento dentro dos diferentes domínios que o caracterizam (físico, psicológico e social) (Fonseca, 2012). Neste sentido, é importante conhecer os mecanismos que possam, de alguma forma, atenuar ou até mesmo inverter estas perdas funcionais, psicológicas e sociais, para que os idosos possam viver com melhor saúde e QV durante mais tempo (Paúl & Fonseca, 2005). A perceção de QV associada à saúde encontra-se intimamente ligada à prática de AF, ou

seja, os idosos fisicamente ativos que participam em programas regulares de AF têm índices mais elevados de QV relacionada com a saúde em comparação com os que não participam nos mesmos programas (Mota *et al.*, 2006). Não é, portanto, surpreendente, que o investimento para a promoção da atividade física nos idosos se tenha tornado numa área de destaque da saúde (Prohaska *et al.*; Taylor *et al.* citados por Moore *et al.*, 2012) e hoje se considere fundamental, para esta promoção, a identificação e a medição das correlações e determinantes da AF (Prohaska *et al.* citado por Moore *et al.*, 2012), com a autopercepção a ser a principal área de interesse (Moore *et al.*, 2012).

Assim, o objetivo do presente estudo incidiu sob a avaliação dos efeitos da atividade física em diferentes dimensões de saúde psicológica, nomeadamente, a autoestima, ansiedade e qualidade de vida, consideradas como determinantes para a autonomia, saúde e bem-estar dos idosos.

Esta investigação encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o Enquadramento Teórico, onde é apresentada uma breve revisão da literatura relativamente às variáveis em estudo, visando descrever o processo de envelhecimento, a ansiedade, a autoestima e a qualidade de vida, e o modo como estas se relacionam entre si e com a atividade física nos idosos, bem como a apresentação dos objetivos e das hipóteses propostas. Segue-se o segundo capítulo, o Método, neste, caracteriza-se a amostra em estudo, descrevem-se as medidas de avaliação e, também, os procedimentos utilizados. Por último, os Resultados, onde se apresentam e analisam os resultados obtidos; se discute os resultados obtidos, em consonância ou não, com a revisão teórica que inicialmente se fez; e onde constam as conclusões do presente estudo, as suas limitações e propostas para investigações futuras na área.

Capítulo 1.

Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

1.1. Envelhecimento demográfico

Em 2010 estimou-se que cerca de 524 milhões de pessoas tinham 65 ou mais anos de idade (8% da população mundial), em 2050 receia-se que este número venha praticamente a triplicar para 1,5 bilhões de pessoas idosas, o que significa que esta faixa etária representaria cerca de 16% da população mundial. Prevê-se que, entre 2010 e 2050, o número de pessoas idosas nos países menos desenvolvidos venha a ter um aumento de 250%, números bastante superiores em comparação com os 71% esperados para os países desenvolvidos (World Health Organization [WHO], 2011). Este fenómeno revela marcas preocupantes e é um alvo de investimento de várias políticas governamentais, relacionando-se com os declínios das taxas de fertilidade e com melhorias na longevidade. Neste sentido, com menos crianças a serem inseridas nas populações e as pessoas a viverem mais, os mais velhos estão a ter um incrível aumento na percentagem total da população mundial (WHO, 2011 a). Enquanto a mudança verificada nas populações mais velhas se iniciou em regiões mais ricas como a Europa e a América do Norte, hoje são as regiões mais pobres a experienciar tais mudanças. Nos Estados Unidos da América (EUA) existem cerca de 40,3 milhões de pessoas idosas, o que revela um aumento de 5,3 milhões em relação ao anterior Census de 2000 e, de acordo com o Census de 2010, os dados têm uma representação de 13% da população total dos EUA, o que revela um aumento de 0,6% (United States Census Bureau [USCB], 2010). No que concerne à população da União Europeia (UE) existem mais de 87 milhões de pessoas idosas, o que representa 17,4% da população total, no entanto, estima-se que em 2050 esta percentagem aumente para 29%. A esperança média de vida na UE, em 2060, aumentará dos 83,1 para 89 anos, no caso das mulheres; e de 77,5 para 84,5 anos no caso dos homens (Eurostat, 2011).

Em Portugal, de acordo com os resultados dos Censos 2011 (INE, 2012), o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que, por cada 100 jovens, há 128 idosos, logo, o fenómeno do duplo envelhecimento da população caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem agravou-se na última década (INE, 2012). A população idosa portuguesa corresponde a 19,15% (58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino), a população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e a esperança média de vida à nascença é de 79,2 anos. Em 2050 prevê-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens,

apontando a longevidade para os 77,3 anos para o sexo feminino e 83,6 anos para o sexo masculino (União Europeia [EU], 2012; Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social [REDTESS], 2012; Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2014).

De entre várias hipóteses, o envelhecimento da população pode ser visto como uma consequência direta do desenvolvimento socioeconómico, apesar de cada país ter os seus diferentes parâmetros de atuação. Contudo, verifica-se a coexistência de alguns padrões comuns (WHO, 2012).

1.2. Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento define-se como um fenómeno altamente complexo e variável, progressivo e comum a todos os membros de uma determinada espécie. É multidimensional e multidirecional, pois há uma variabilidade na taxa e direção das mudanças (ganhos e perdas) em diferentes características, quer em cada indivíduo quer entre indivíduos (Franchi & Junior, 2005).

O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se vai desenvolvendo ao longo de toda a vida, desde o nascimento até à morte. Não se classifica de problema, mas sim como uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral bem como da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004).

Assinalam-se diversas modificações no que compete ao processo de envelhecimento que tem que ver com a combinação de fatores ambientais, genéticos e pessoais – que variam de indivíduo para indivíduo –, logo, as formas de se ser velho são bastante diferenciadas, pois cada um tem a sua história de vida e perceciona-a à sua maneira nesta fase (Moraes & Souza, 2005).

Neste sentido, foram distinguidos dois tipos de envelhecimento derivado das próprias mudanças que a idade traz agregadas a si: 1) o envelhecimento primário relaciona-se com as mudanças intrínsecas e irreversíveis do processo de envelhecimento; e 2) o envelhecimento secundário relaciona-se com as mudanças causadas por doenças ou por outros fatores e que podem ou não ser reversíveis (Novo, 2003). Birren e Schroots (1996) descrevem o envelhecimento terciário, respeitante a alterações que ocorrem de forma impetuosa na velhice. Este envelhecimento terciário poderia também ser apelidado de declínio terminal e implica que pouco antes da morte exista um declínio rápido e acentuado.

Já noutro plano, Birren e Cunningham (citados por Fonseca, 2004) consideram pertinente a diferenciação entre diversas faixas etárias: a) biológica – refere-se ao funcionamento do organismo, dos órgãos vitais para o funcionamento do corpo humano, pois sabe-se que à medida que o tempo passa a capacidade de autorregulação desses sistemas diminui; b) psicológica – natureza das capacidades psicológicas, como as cognições, sentimentos, emoções, motivações, que as pessoas utilizam das mais diversas formas para estarem adaptadas às situações e que sustentam o controlo pessoal e a autoestima de cada um; c) sociocultural – estilos de papéis sociais que as pessoas adotam em relação a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem. Esta idade é julgada com base em comportamentos, hábitos, relacionamentos interpessoais, entre outros. Fernández-Ballesteros (2000) introduz também a idade funcional, partindo do princípio de que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que obrigatoriamente diminuem de eficácia (os aspetos de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (variáveis da personalidade) e, na ausência de doença, outras experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência e conhecimentos prévios). Assume-se, também, como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida e a integração em redes de suporte social). Estes autores proporcionaram uma nova visão, destacando a existência de mais idades para além da idade cronológica que comumente categoriza as pessoas (Fonseca, 2004).

Como se percebe, é difícil balizar a velhice, mas existe a proeminência de a quarta idade ser ressaltada, por isso, Neugarten (citado por Fonseca, 2004) estabeleceu duas categorias de velhice: os “jovens-idosos” (“*young-old*”) dos 55 aos 75 anos de idade, e os

“idosos-idosos” (“*old-old*”) dos 75 anos em diante. Nesta perspectiva, o autor classificaria os “jovens-idosos” como uma maioria competente e potencialmente ativa, contudo, desaproveitada e menosprezada pela sociedade, ao passo que os “idosos-idosos” representariam fragilidade e necessidades de cuidados especiais. Esta é uma tentativa de operacionalizar uma tipologia ou classificação na velhice, porém, não é ainda contemplada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Existe, sim, uma tendência que surge nas investigações científicas para que se comece a inserir a quarta idade (mais de 80 anos), dadas todas as modificações e avanços que sucederam até à atualidade (Fonseca, 2004).

O envelhecimento coloca desafios complexos aos sujeitos, pois é uma fase de declínio funcional que se vai acentuando com a mudança da terceira para a quarta idade e, segundo Phelan e colaboradores (citados por Neto, Lima, Gomes, Santos & Tolentino, 2012), um envelhecimento saudável caracteriza-se principalmente pela aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade. No entanto, diferentes elementos da pessoa (e.g. sociais, laborais e intelectuais) poderão seguir trajetórias parcialmente independentes concebidas como uma expressão conjunta de crescimento (ganhos) e declínio (perdas). Todavia, o balanceamento entre ganhos e perdas não é sempre igual, sendo que, na velhice, as perdas vão se tornando superiores aos ganhos (Fonseca, 2012).

Desta forma, consideram-se fundamentais os incentivos às investigações respeitantes a esta etapa do ciclo de vida, com a ambição de uma melhor compreensão da mesma, bem como dos processos desenvolvimentais cognitivos que a caracterizam. O estudo do envelhecimento torna-se cada vez mais importante, considerando que o envelhecimento demográfico é um fator já característico dos países desenvolvidos e constitui uma investigação crescente em saúde pública (Argimon, 2006).

2. Ansiedade

2.1. A Ansiedade

De acordo com Eysenck e Eysenck (1969), a ansiedade é referenciada como uma emoção, considerada como um impulso ou uma simples resposta emocional e tem sido estudada, principalmente, como normal e patológica.

A ansiedade normal é o tipo de ansiedade que é necessária para a adaptação ao meio, ao invés, a ansiedade patológica produz respostas desajustadas, quer no que compete à sua intensidade, quer à sua duração. Deste modo, apenas se pode falar de ansiedade enquanto doença quando é sentida em excesso pelo indivíduo e nos casos em que interfira negativamente no seu dia-a-dia e possa criar-lhe limitações.

Beck e Emery (1985) afirmam que a ansiedade resulta da ativação de determinadas estruturas cognitivas que distorcem a forma como o sujeito seleciona a informação proveniente do meio. Assim, associa o processo de ansiedade ao produto da consequência dos sistemas biológico, psicológico e social.

Para Lazarus (2006) a ansiedade constitui uma resposta do sujeito a uma situação, percebida por este como sendo ameaçadora, e as exigências do ambiente vão para além dos recursos pessoais. Segundo Kelly (citado por Vaz Serra, 1989), a ansiedade é uma experiência subjetiva de apreensão ou de tensão, imposta pela expectativa de perigo, de dificuldades ou da necessidade de um esforço adicional. Para Spielberger (1972), a ansiedade é entendida como uma reação emocional acompanhada de forte tensão, apreensão, nervosismo, pensamentos desagradáveis e mudanças fisiológicas. Este processo emocional particular é caracterizado por um ativar do estado de alerta, desencadeando uma sensação de perigo e ameaça e, conseqüentemente, perda de controlo da situação. Resultam deste processo, repercussões somáticas, bioquímicas e comportamentais.

Atualmente, o International Classification of Diseases 10th version (ICD-10), da WHO, e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM 5), da American Psychiatric Association (APA), são dois sistemas universais de classificação nosológica para se efetuar o diagnóstico clínico e, na investigação em saúde mental, para classificação das diferentes perturbações de ansiedade. Tanto o DSM 5 (2014) como o ICD-10 (WHO, 2011 b) definem diferentes Perturbações de Ansiedade através de critérios bem definidos, garantindo a formulação de diagnósticos mais precisos e confiáveis. Um diagnóstico considerado válido é importante não só para o planeamento da intervenção terapêutica adequada, mas também para fio condutor de pesquisas que visem compreender melhor estas perturbações.

2.2. A Ansiedade nos idosos

A ansiedade característica nos idosos é um estado que se confunde entre ansiedade-depressão. A prevalência deste estado é inferior à da depressão major ou das perturbações da ansiedade, apesar de se defender na literatura que, no caso dos idosos, a ansiedade é menos predominante do que a depressão. Porém, existem estudos que mostram o contrário (Wetherell, Maser, & Van Balkom, 2005). Wetherell e colaboradores (2005) defendem também que a ansiedade, embora seja uma patologia muito comum, acaba por ser subestimada, pouco tratada e pobremente estudada dentro desta faixa etária.

Alwahhabi (2003) enumera diferentes causas de ansiedade ligadas aos idosos na tentativa de encontrar um consenso, a saber: a reação a um evento traumático; ligação a doença médica; associação a medicação; associação a perturbações específicas da ansiedade e sintomas que são destabilizadores mas que não cumprem os critérios de diagnóstico de uma perturbação de ansiedade particular.

A ansiedade, nesta faixa etária, aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, aumentando o risco de morte (Miller, 2009; Sinoff & Werner, 2003). Estas perturbações acarretam elevados custos ao sistema de saúde, pois estão associadas a mais visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento de duração das mesmas (Wetherell, *et al.*, 2005).

Weele, Gussekloo, Wall, Craen e Mast (2009), numa amostra de 201 idosos com 90 anos de idade, na Alemanha, referem que a perturbação de ansiedade mais frequente é a de Ansiedade Generalizada. Os autores referem ainda, as Fobias Específicas, como outro tipo de ansiedade mais frequente nos idosos.

Kirmiziloglu *et al.* (2009), num estudo com 462 idosos com 65 ou mais anos de idade, na Turquia, referiram que a prevalência da Fobia Específica é superior nos idosos do que na restante população adulta e que, no que respeita à Perturbação Obsessivo-Compulsiva, existe equivalência entre idosos e restantes adultos.

3. Autoestima

3.1. A Autoestima

O conceito de autoestima sofreu várias alterações ao longo do tempo e inicialmente teve diferentes atribuições por parte de diversos autores. Para Baumeister,

Campbell, Krueger e Vohs (2003) a autoestima define-se como uma dimensão que avalia o autoconhecimento, ou seja, o modo como os indivíduos se avaliam. Neste sentido, pode ser usada para se referir à autoavaliação de um indivíduo como um todo - autoestima global – em relação à avaliação do *self* em determinada e particular dimensão ou domínio (Bernardo & Gaspar de Matos, 2003). No início, a autoestima não atendia às diferentes percepções do *self* que o compõem (Mutrie & Biddle citado por Coelho 2004), no entanto, esta perspetiva foi considerada teoricamente limitada, uma vez que não contemplava o facto de cada indivíduo ter sentimentos distintos sobre si próprio em diferentes aspetos da sua vida e que essa contribuição pode fazer variar a sua autoestima global (Faustino, 1994; Bernardo & Gaspar de Matos, 2003). Para um melhor entendimento em investigação foi necessária a distinção entre autoestima e autoconceito visto os investigadores considerarem estes dois constructos entidades unidimensionais (Fox, citado por Carreiro, 2005). O autoconceito é constituído pelas diferentes percepções que os sujeitos desenvolvem sobre as suas características pessoais, enquanto a autoestima consiste na avaliação positiva ou negativa que os indivíduos fazem do seu desempenho (Santos & Maia, 2003; Serra, 1988). Os indivíduos com uma atitude positiva tendem a avaliar-se com valor e a serem respeitados pelos outros, ao passo que, quando a atitude é negativa, esta tende a estar associada à autodesvalorização, autoinsatisfação e à falta de respeito do indivíduo por si próprio. A autoestima baseia-se no autorrespeito, na autoaceitação e na autovalorização, mas não como um sentimento de superioridade, de perfeição, de alta competência e eficácia (Dias & Fontaine, 2001).

Rosenberg (1985) concede à autoestima uma característica para avaliar o processo de construção de cognições, afetos e comportamentos. O modelo multidimensional e hierárquico de autoestima de Fox e Corbin (1989) indica que as diferentes dimensões de autoestima estão trabalhadas no sentido de formar uma autoestima global. Pelham e Swann (1989) identificam três componentes: a tendência para experimentar estados afetivos positivos e negativos, as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades, e a forma como as pessoas interiorizam as suas autoimagens, isto é, a convicção das autoimagens positivas de si mesmo sobre as negativas e a discrepância entre as autoimagens reais e ideais de si próprio. No entanto, é necessário o entendimento de que a autoestima não é algo estático, varia de acordo com os acontecimentos sociais, emocionais e psicossomáticos (Mosquera & Stobäus, 2006). Overholser e colaboradores.

(citados por Connor, Poyrazli, Ferrer-Wreder & Grahame, 2004) referem que a autoestima pode ser importante no modo como se pensa, sente e responde a eventos stressantes da vida. Influencia o modo como os indivíduos estão motivados e atingem níveis de sucesso, e podendo ser aumentada em várias áreas de interesse, bem como a satisfação por estas, tais como, os relacionamentos, a educação, o trabalho e o desporto. As pessoas com uma elevada autoestima tendem a experimentar uma sensação de controlo sobre a direção da sua vida e sentem-se satisfeitas e realizadas na maioria delas (Fontaine e Weiss citados por Coelho, 2004; De Groot, 1992). Sinteticamente, a autoestima é o sentimento de se estar satisfeito consigo próprio e de se demonstrar ter globalmente valor enquanto pessoa (Dias & Fontaine, 2001).

3.2. A Autoestima nos idosos

A consciência corporal é um contributo para a autoestima ao longo da vida, no entanto, esta aparece com maior peso em idades adultas mais avançadas, quando o sujeito terá de se adaptar a um corpo envelhecido (Lima, 2002). Para o idoso, aspetos funcionais do seu dia-a-dia como tomar banho, vestir-se, levantar-se da cama ou comer sozinho são funções que contribuem de maneira indubitável para o bem-estar deste grupo etário e, consequentemente, para a sua autoestima. No entanto, para os idosos que estão dependentes, o nível de autoestima espera-se que seja mais baixo quanto mais conscientes estejam das suas próprias dificuldades e quanto mais sentirem que os outros se apercebem menores serão os níveis (Lima, 2002). Outros fatores que podem influenciar a autoestima global dos idosos são as alterações físicas e fisiológicas provenientes do processo de envelhecimento que podem resultar da própria indefinição da identidade do indivíduo e que resultará numa diminuição dos níveis de autoestima (Campbell, 1990). Spirduso (1995) retrata esta fase como o período de adaptação onde os indivíduos poderão estar menos confiantes de que os seus esforços poderão levá-los a resultados de sucesso, por outro lado, a autoestima tende a aumentar através das adaptações realizadas (Campbell, 1990). Verifica-se também que a manutenção da tonicidade muscular, da força corporal, da resistência e da manutenção física através do exercício físico têm melhorias positivas na autoestima global dos idosos (Spirduso, 1995).

Por último, Neri (1999) refere que a autoestima assume-se como um dos mecanismos do *self* com estreita relação com o bem-estar psicológico e a qualidade de

vida percebida na velhice, associados ao senso de continuidade e da manutenção dos seus mecanismos de autorregulação.

4. Qualidade de Vida

4.1. A Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é demasiado abrangente e subjetivo para se conseguir facilmente definir, porém, inclui, de modo complexo, a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (DGS, 2004). Para Leal (2008), a qualidade de vida resulta da soma do meio ambiente físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido, dos estilos de vida que este adota, das suas ações e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia, não esquecendo que é também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro. Paralelamente, Paschoal (2006) refere que este é um conceito que se encontra submetido a numerosos pontos de vista que vão variando consoante a época, o país, a cultura, a classe social e, igualmente, de indivíduo para indivíduo. É variável também nos indivíduos com o decorrer do tempo, em função de estados emocionais e da ocorrência de eventos quotidianos, socio-históricos e ecológicos.

Dada a dificuldade na definição do constructo, a OMS (1995) concebeu uma definição transcultural. Deste modo, qualidade de vida consiste na perceção individual que cada indivíduo tem na vida, no contexto do sistema cultural em que as pessoas vivem e encontra-se relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. Vecchia e colaboradores (citados por Jacinto, 2010) acrescentam que o conceito se relaciona com a autoestima, bem-estar pessoal, autocuidado, satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e o ambiente de inserção.

Fernández-Ballesteros enumera (2000) como principal característica da qualidade de vida a multidimensionalidade. O mesmo refere Taveira (1999) que considera qualidade de vida um conceito multidimensional de bem-estar físico, mental e social percebido por cada indivíduo ou grupo de indivíduos, envolvendo conceitos de vida como a saúde, o trabalho, a família, o estado emocional da pessoa, o nível socioeconómico, entre outros.

Pais-Ribeiro (2009), diz-nos que, para além desta multidimensionalidade, é um constructo subjetivo baseado na autoperceção e que é variável com o tempo, ou seja,

baseia-se em aspetos imateriais. Nestes aspetos incluem-se a perceção da qualidade de vida em geral e indicadores tais como o bem-estar social e emocional, a felicidade e a satisfação com a vida (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1997; Ilic, Milic & Arandelovic, 2010). Para além da subjetividade e da multidimensionalidade, há a presença de dimensões positivas e negativas, pois, para uma qualidade de vida ser positiva é necessário que alguns fatores estejam presentes (e.g. a mobilidade) e ausentes (e.g. a dor) na vida da pessoa (WHOQOL-Group, 1995; Pais-Ribeiro, 2005; Fleck, 2008).

4.2. A Qualidade de Vida nos idosos

Segundo Almeida (2008), qualidade de vida parece não significar o mesmo para um jovem, um adulto ou um idoso. Qualidade de vida parece ser um conceito inadaptado ao idoso, já que, em torno da velhice, há um conjunto de representações simbólicas que dificultam uma visão positiva desta fase (Fernandes citado por Jacinto, 2010). Castellón (2003) defende que a associação entre o envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais.

Existem onze fatores que afetam a qualidade de vida do idoso, a saber: a função emocional, função cognitiva, sensação de bem-estar, satisfação pessoal, condição financeira, atividade recreativa, função social, condição de saúde, energia e vitalidade, função física e função sexual (Spirduso, 2005). A qualidade de vida no idoso é uma perceção global positiva da vida pessoal, para a qual contribuem vários domínios, tais como: educação, individualidade, saúde, bem-estar físico, material e social, relações pessoais, atividades cívicas e recreativas, ultrapassando, deste modo, a problemática da saúde (Coimbra e Brito, 1999; Paúl & Fonseca, 2005; Vagetti, Oliveira, Barbosa Filho, Moreira & Campos, 2012). Sousa, Galante e Figueiredo (2003) acrescentam que a qualidade de vida é uma questão de autonomia e que a falta desta é uma consequência das alterações biológicas, assim como das necessidades sociais. Najman e Levine (citados por Ferraz & Peixoto, 1997) explicam que uma forte crença religiosa está associada a sentimentos de maior satisfação geral, bem-estar e estabilidade, defendem que a estabilidade e a resignação podem produzir felicidade e um melhor nível de qualidade de vida. Não obstante, Paschoal (2006) assinala que existem estereótipos relacionados com os idosos, podendo condicionar a sua qualidade de vida.

5. Atividade Física

5.1. A Atividade Física

O conceito de atividade física (AF) compreende qualquer atividade musculoesquelética que resulte num gasto energético acima do nível de repouso de cada indivíduo (Caspersen, Christenson & Pollard, 1986; Bouchard, 1993; Khan, Stephens, Franks, Rook & Salem, 2012; Moore, Mitchell, Beets & Bartholomew, 2012).

A AF é designada, pelo senso comum, como sinónimo de exercício físico (EF) ou desporto. Embora os conceitos se relacionem, a literatura aponta-nos para a distinção entre os estilos, sendo os dois últimos subcategorias do primeiro (Caspersen *et al.* 1986). O EF é um conceito menos abrangente e é definido por movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar uma ou mais componentes de aptidão física. Tal aptidão constitui o conjunto de atributos (adquiridos ou desenvolvidos) que habilitam para a realização da atividade física. Entende-se a AF como um comportamento que pode influenciar a aptidão física, no entanto, hoje é igualmente percebida como um comportamento determinante da saúde e da capacidade funcional (Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano & Martins; Matsudo, Matsudo e Neto, 2000; Caspersen *et al.*, 1986).

Mota e Sallis (citado por Gonçalves, 2005) distinguem a AF em formal – estruturadas/competitivas – e informal – não estruturadas/não competitivas. Segundo os autores, as atividades informais não possuem qualquer tipo de patrocínios de escolas, clubes, entidades patronais ou qualquer outra organização; a participação espontânea é um critério essencial, pois são atividades voluntárias e não condicionadas por regras ou regulamentos, orientadas para a ocupação do tempo de lazer. A AF, englobando aqui o exercício físico e a prática desportiva, tem um papel fundamental na adoção de estilos de vida relacionados com a saúde (Gonçalves, 2005).

De acordo com o modelo transteórico de Prochaska e Di Clemente (citado por Szupczynski & Oliveira, 2008; Adams-Fryatt, 2010), a mudança de um comportamento ocorre em cinco fases, que representam o nível em que o sujeito se insere para a sua mudança de comportamento. Na primeira fase, de pré-contemplação, o indivíduo não tem interesse em reconhecer ou modificar o seu comportamento. Na segunda fase, de contemplação, o seu problema é reconhecido e existem intenções em modificá-lo, porém, ainda não há uma atitude nesse sentido. Na terceira fase, de preparação, ocorre um esforço

na adoção de novos comportamentos para um futuro breve ou adota o comportamento, mas sem assiduidade. Na fase de ação, a mudança comportamental é perceptível e reconhecida por outrém. A última fase, de manutenção, caracteriza-se quando a mudança do comportamento é estabelecida e permanece por mais de seis meses (Oliveira *et al.*, 2012).

A AF, de um ponto de vista cinético, pode ser avaliada de diferentes modos adaptáveis à população em estudo, entre os quais: os questionários, sensores de movimento, cardiofrequencímetros, calorimetria indireta, água duplamente marcada e calorimetria direta; observação direta do comportamento no caso das crianças (Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto [ONAFD], 2011). Os questionários têm constituído a metodologia mais frequente para a avaliação da atividade física da população ou de grupos da população de diversos países, devido ao seu baixo custo e à elevada adesão dos participantes. O erro associado à interpretação de medidas autorreportadas, como é o caso da aplicação de questionários sobre a prática de atividade física, reforça a necessidade de serem utilizados métodos objetivos para a sua avaliação. A utilização de sensores de movimento, por exemplo, que medem passos ou impulsos (unidades de movimento), permitem, por sua vez, uma medida objetiva com um menor erro de estimativa da atividade física (ONAFD, 2011).

A evolução tecnológica que tem ocorrido e todos os seus avanços trouxeram bastantes mais valias e melhoraram maioritariamente a qualidade de vida das pessoas, facilitando, deste modo, várias tarefas do seu dia a dia. Contudo, não é passível de esquecimento que, na atualidade, constata-se tremendas dificuldades em combater o número de doenças hipocinéticas que daí advieram, isto é, problemas relacionadas com a falta de movimento (ONAFD, 2011). O sedentarismo tem agregado a si diversos males e, em último caso, reflete-se mesmo em doença, logo, há que considerar os efeitos significativos associados aos níveis económico, individual e comunitário. Sucedendo um investimento em programas que façam reduzir a taxa de sedentarismo, ocorrerá de forma correspondente uma redução da morbilidade e respetivos custos com os cuidados de saúde, e melhorará a qualidade de vida das pessoas. O desenvolvimento de programas que englobem a inserção da atividade física para todos traz vários benefícios socioeconómicos em diferentes áreas, nomeadamente, redução de custos de saúde, redução de custos sociais, aumento da produtividade, mais oportunidades de emprego, melhor integração social, ambientes mais saudáveis, melhor aproveitamento escolar,

participação no desporto e recreação mais elevada, em consequência de melhores resultados (IDP, 2011).

A AF pode ser classificada de acordo com o nível de intensidade, em leve, moderada ou vigorosa (Ainsworth *et al.*, 2000). Na passagem para um nível de atividade física mais elevado os benefícios serão também maiores, pois, a partir do momento em que alcancem um determinado nível, essa variação torna-se menor, isto é, a maioria dos benefícios para sujeitos praticantes de atividade física adquirem-se na passagem do nível sedentário para o nível moderadamente ativo. Numa perspetiva de saúde pública, a prioridade é reduzir as elevadas taxas de sedentarismo, melhorando e promovendo um estilo de vida ativo, para que a atividade física moderada e regular, o exercício físico e o desporto estejam presentes no quotidiano de cada um, gerando melhores condições de saúde (IDP, 2011).

Os níveis de inatividade física estão a subir em muitos países, o que irá gerar implicações na prevalência de doenças não transmissíveis e da saúde geral da população mundial, sendo que, neste momento, é identificada como o quarto principal fator de risco de mortalidade no mundo. A importância da atividade física na saúde pública, os mandatos globais para o trabalho relativamente à promoção da atividade física e da prevenção de doenças não transmissíveis e a limitada existência de guiões nacionais de atividade física para a saúde, em países de baixa e média posses financeiras tornam evidente a necessidade do desenvolvimento de recomendações globais que abordem as relações entre a frequência, duração, intensidade, tipo e quantidade total de atividade física necessária para a prevenção destas doenças (WHO, 2010).

Um problema a ser investigado poderá ser a análise dos efeitos da AF na saúde nos países ricos e nos países pobres, de modo a aferir a magnitude dessa associação (Porto, Guedes, Fernandes & Reichert, 2012).

5.2. A Atividade Física nos idosos

Apesar do aumento global da esperança média de vida, o impacto negativo dos processos biológicos associados ao envelhecimento podem afetar, direta ou indiretamente, a perceção individual acerca da qualidade de vida de cada um em idade avançada (Porto *et al.*, 2012; Rugeberg & Miller, 2012). Portanto, acrescentando à informação tradicional proveniente dos índices de morbilidade e mortalidade, a evolução

individual e subjetiva dos indicadores de qualidade de vida entre idosos tem sido uma área de foco de muitas políticas relacionadas com a saúde pública (Porto *et al.*, 2012). Isto está em grande parte relacionado com o conceito de que uma autopercepção favorável da sua qualidade de vida poderá ajudar a minimizar as limitações resultantes do processo de envelhecimento (Elavsky citado por Porto *et al.*, 2012). Sabe-se também que um aumento do nível de AF parece ter um potencial elevado para exercer um forte impacto positivo na diminuição da morbilidade e, eventualmente, da mortalidade da população em geral e na idosa em particular (Blair, Kohl, Barlow, Paffenbarger, Gibbons Junior & Mavcera citado por Mota, Ribeiro, Carvalho & Matos, 2006). Estas políticas têm encorajado um estilo de vida fisicamente ativo, como uma tentativa para prevenir potenciais resultados que poderão afetar a qualidade de vida abrangendo todas as faixas etárias (Porto *et al.*, 2012).

Além dos benefícios no campo biológico e psicoemocional, alguns estudos têm também procurado destacar que, se os hábitos de prática de atividade física forem incorporados na adolescência, estes podem transferir-se para a idade adulta e sénior, o que destaca, igualmente, a enorme importância e o não menosprezar de um acompanhamento próximo relativamente aos hábitos de prática de atividade física dos adolescentes (Hedel & Dietz; Winne citados por Guedes, Lopes, Guedes & Santaganelli, 2006). De acordo com Lee, Paffenbarger e Hennekens (citado por Porto *et al.*, 2012), este tipo de política interessa especialmente para as idades mais avançadas, quando os riscos associados a uma atividade física insuficiente e inadequada aumentam, afetando, desta forma, vários anos de trabalho das suas vidas. Todavia, segundo Porto e colaboradores (2012), existe uma associação positiva entre um estilo de vida fisicamente ativo e indicadores relacionados com a qualidade de vida, os quais podem ser prejudicados pelas diferenças na natureza e especificações dos instrumentos para medir a atividade física e/ou qualidade de vida.

De acordo com a literatura, a AF diminui o risco de doenças crónicas entre os idosos, como por exemplo: a doença coronária, hipertensão, diabetes, desordens metabólicas, doenças degenerativas, bem como de diferentes estados emocionais nocivos, como a depressão (Blair & Connelly citado por Mota *et al.*, 2006). A prática de AF moderada e regular aumenta a capacidade de trabalho físico, de bem-estar, melhora a autoestima e autoeficácia e reduz eventuais problemas associados a falta de autonomia

física (Porto *et al.*, 2012). Hales e colaboradores (2006) demonstraram, no seu estudo, que a autoestima tem uma relação positiva com a AF em praticantes regulares desta.

Para o grupo de pessoas com 65 ou mais anos de idade a atividade física deve centrar-se em quatro fatores: de prevenção, manutenção, reabilitação e recreação (Geis citado por Carvalho & Mota, 2012). Desta forma, para além de prevenir ou retardar possíveis alterações e patologias específicas deste escalão etário, promove a manutenção de uma boa qualidade de vida, permitindo, assim, de uma forma adaptada e continuada a reabilitação de algumas dessas patologias (Carvalho & Mota, 2012). O exercício físico fomenta, então, diversas mais-valias a nível físico, fisiológico, social e psicológico impulsionando uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa idosa (Spirduso citado por Carvalho & Mota, 2012). Nesta faixa etária, a atividade física inclui tempo de lazer ou atividade física recreativa, transporte (e.g. caminhar ou andar de bicicleta), ocupação (se a pessoa ainda está envolvida no trabalho), tarefas domésticas, jogos, desporto ou exercício planeados, no contexto de atividades diárias, familiares e comunitárias (WHO, 2010). Com o intuito de melhorar a capacidade funcional cardiorrespiratória e muscular, óssea e saúde funcional, e reduzir o risco de doenças não transmissíveis, depressão e declínios cognitivos, a OMS (2010) recomenda:

- 1- *“As pessoas com 65 ou mais anos de idade devem fazer pelo menos 150 minutos por semana de atividade física aeróbica de intensidade moderada; ou fazer no mínimo 75 minutos por semana de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de intensidade moderada e vigorosa de atividade física;*
- 2- *A atividade aeróbica deve ser efetuada em séries de pelo menos 10 minutos de duração;*
- 3- *Para benefícios adicionais à saúde, os idosos devem aumentar a sua atividade física de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou aderirem a 150 minutos por semana de uma atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de intensidade moderada e vigorosa de atividade física;*
- 4- *Os idosos com pouca mobilidade devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e evitar quedas em três ou mais dias por semana;*

- 5- *Atividades de fortalecimento muscular devem ser feitas envolvendo os maiores grupos musculares, dois ou mais dias por semana;*
- 6- *Quando as pessoas desta faixa etária não podem fazer as quantidades recomendadas de atividade física devido a condições de saúde, elas devem ser fisicamente ativas da maneira que as suas capacidades e condições assim os permitam.”*

No geral, percorrendo todas as faixas etárias, os benefícios de ser fisicamente ativo e da implementação das recomendações acima descritas superam os malefícios. Obedecendo ao nível recomendado de 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada, parece ser incomum o aparecimento de taxas de lesões músculo-esqueléticas. Numa abordagem com o objetivo de diminuir os riscos de lesões músculo-esqueléticas na população, seria apropriado incentivar um início moderado com um posterior progresso gradual para níveis mais altos de atividade física (WHO, 2010). Para uma prática de atividade física saudável e promoção de saúde nos indivíduos não é necessário um nível de intensidade física vigoroso, propõe-se, antes, a adoção de um nível de intensidade moderada (Netz, Wu, Becker & Tenenbaum, 2005).

Um estudo português com 776 idosos revela que há uma insuficiência nos portugueses no que se refere à situação atual dos que são fisicamente ativos e observou-se ainda, na pessoa idosa, uma menor prevalência de pessoas suficientemente ativas que fica aquém do desejável. Os dados revelaram que existem 55% de homens e 72% de mulheres insuficientemente ativos e 45% de homens e 28% de mulheres suficientemente ativos, sendo o grupo das mulheres idosas considerado um grupo-alvo prioritário (ONAF, 2011).

Porto e colaboradores (2012) no seu estudo com 199 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e 70 anos, verificaram uma significativa melhoria na autoperceção da qualidade de vida associada à AF. Alguns dos benefícios desta prática atribuem-se à modulação dos processos biológicos envolvidos na doença, pois são uma forma de reverter algumas comorbilidades associadas ao envelhecimento e que afetam os sistemas cardiovascular, respiratório e esquelético. Poderá, também, reduzir significativamente a incidência de lesões após as quedas, através da melhoria na força, coordenação, flexibilidade e densidade óssea (Dunn *et al.*; Faulkner, Green & White; Taylor *et al.* citados por Moore *et al.*, 2012). Estudos demonstraram ganhos significativos

na força e no aumento da massa muscular, bem como na densidade óssea, através de AF de nível moderado em programas monitorizados de duas e de oito semanas (Pate *et al.*, 1995; Evans, 1999).

A manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo é um contributo particularmente importante para a saúde física dos idosos e está associado a uma melhor saúde psicológica (Centers for Disease Control and Prevention; Haskell *et al.* citados por Moore *et al.*, 2012; Netz *et al.*, 2005).

O exercício e a atividade física produzem efeitos benéficos para o aumento da qualidade de vida relacionada à saúde e, paralelamente, o envelhecimento associa-se a um maior ajustamento dos papéis desempenhados pelo indivíduo que, normalmente, se vão perdendo como referência (Mota *et al.*, 2006). Derivado de diversos fatores, como, por exemplo, a aposentação, morte de amigos, problemas financeiros, isolamento ou estados de saúde-doença, as pessoas idosas são forçadas a renunciar sistematicamente e de maneira cada vez mais marcada aos papéis que elas consideram ser uma parte significativa da sua identidade (McPherson citado por Mota *et al.*, 2006). Desta forma, a AF poderá ser um elemento útil, ajudando os idosos a um melhor ajustamento a estas alterações do seu papel na sociedade, quer do ponto de vista profissional, quer do familiar (Mota *et al.*, 2006). Nesta temática, os programas de atividade física podem proporcionar para a população sénior a oportunidade de alargar as suas relações sociais, estimulando, assim, novas amizades, bem como adquirir papéis positivos e numa nova fase da sua vida (McPherson citado por Mota *et al.*, 2006). Por outro lado, as pessoas têm também mais probabilidade de começar e manter atividade física se tiverem apoio social adequado e encorajamento para esse comportamento (Kelly, Zyanski & Alemagno citado por Mota *et al.*, 2006).

Moor, Beem, Stubbe, Boomsma e Geus (2006) constataram no seu estudo com 19288 indivíduos que os praticantes de EF regular se encontram menos ansiosos em comparação com os não praticantes de EF regular. Resultados de uma meta-análise indicam que o exercício tem um impacto positivo num bem-estar geral e reduzem os níveis de ansiedade em idosos sem perturbações psicológicas associadas, estando, assim, os níveis de ansiedade positivamente associados ao aumento de frequência da prática de AF (Netz *et al.*, 2005). Uma meta-análise levada a cabo por Petruzzello, Landers,

Hatfield, Kubitz e Salazar (1991) em populações seniores, indicou que a AF aeróbica reduz a ansiedade estado, mas revelam que as diferenças são pequenas entre o grupo experimental e o de controlo dentro do seu estudo. No mesmo sentido, numa meta-análise, com população da mesma faixa etária McDonald e Hodgdon's (citado por Netz *et al.*, 2005) verificaram que, nos estudos que tinham em conta os treinos aeróbicos, a ansiedade também diminuiu.

O exercício melhora as capacidades do funcionamento cognitivo e, por sua vez, reduz o risco de demência (Anderson-Hanley, Nimon & Westen; Larson *et al.*; Rovio *et al.* citados por Moore *et al.*, 2012; Whoo & Sharps citado por Mota *et al.*, 2006).

6. Objetivos e Hipóteses de investigação

O presente estudo tem como objetivo analisar a comparação dos níveis de ansiedade, autoestima e QV em idosos praticantes e não praticantes de AF.

Com base na revisão de literatura formularam-se as seguintes hipóteses: Hipótese 1 (H1) – É esperado que os sujeitos fisicamente ativos (níveis de intensidade moderada e vigorosa) obtenham melhores índices nas variáveis psicológicas, ou seja, melhores níveis de autoestima e de qualidade de vida, em comparação com os sujeitos inativos (sedentários e do nível de intensidade leve); Hipótese 2 (H2) – É esperado que os indivíduos fisicamente ativos apresentem menores níveis de ansiedade, comparativamente aos indivíduos inativos.

Capítulo 2.

Método

1. Participantes

A amostra utilizada foi de conveniência e é constituída por 175 idosos (com idade igual ou superior a 65 anos). Todos os dados sociodemográficos obtidos estão representados na tabela 1: o grupo de participantes é composto por 63 (36%) indivíduos do sexo masculino e 112 (64%) indivíduos do sexo feminino. No que diz respeito ao estado civil, 10 (5.7%) indivíduos são solteiros, 96 (54.9%) são casados/união de facto, 8 (4.6%) são divorciados/separados e 60 (34.3%) são viúvos. Relativamente ao meio onde habitam, 20 (11.4%) são do meio urbano e 155 (88.6%) do meio rural. Em relação a com quem vivem 60 (34.3%) vivem sozinhos, 77 (44.0%) com o cônjuge, 31 (17.7%) com familiares, 3 (1.7%) com amigos e 4 (2.3%) residem num lar. No que se refere à escolaridade, 82 (46.9%) sujeitos frequentaram até ao 4º ano (1º ciclo do ensino básico),

23 (13.1%) até ao 6º ano (2º ciclo do ensino básico), 22 (12.6%) até ao 9º ano (3º ciclo do ensino básico), 16 (9.1%) até ao 12º ano (ensino secundário) e 27 (23.5%) até ao ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento). No tópico da situação profissional, 166 (94.9%) estão reformados e 9 (5.1%) estão ainda profissionalmente ativos. No último ponto do questionário sociodemográfico estudaram-se os valores associados aos rendimentos mensais dos sujeitos, 73 (41.7%) situam-se na classe baixa (<500€), 49 (28.0%) na média-baixa (500-950€), 26 (14.9%) na média (950-1500€), 23 (13.1%) na média-alta (1500-3000€) e 4 (2.3%) na alta (>3000€).

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulada (%)
Sexo				
Masculino	63	36	36	36
Feminino	112	64	64	100.0
Estado Civil				
Solteiro(a)	10	5.7	5.7	5.7
Casado(a)/ União de facto	96	54.9	54.9	60.6
	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulada (%)
Viúvo(a)	60	34.3	34.3	99.4
Outro	1	.6	.6	100.0
Meio Onde Habita				
Rural	20	11.4	11.4	11.4
Urbano	155	88.6	88.6	100.0
Com quem vive				
Sozinho(a)	60	34.3	34.3	34.3
Cônjuge	77	44.0	44.0	78.3
Familiares	31	17.7	17.7	96.0
Amigo(a)	3	1.7	1.7	97.7
Residentes de Lar	4	2.3	2.3	100.0

Escolaridade				
4ºano	82	46.9	46.9	46.9
6ºano	23	13.1	13.1	60.0
9ºano	22	12.6	12.6	72.6
12ºano	16	9.1	9.1	81.7
Ensino Superior	27	23.5	23.5	100.0
Situação Profissional				
Reformado pela Idade	166	94.9	94.9	94.9
Profissionalmente Ativo	9	5.1	5.1	100.0
Rendimento Mensal				
Baixa (<500€)	73	41.7	41.7	41.7
Média-baixa (500€-950€)	49	28.0	28.0	69.7
Média (950€-1500€)	26	14.9	14.9	84.6
Média-alta (1500€-3000€)	23	13.1	13.1	97.7
Alta (>3000€)	4	2.3	2.3	100.0

A operacionalização da divisão dos participantes em praticantes e não praticantes foi realizada através de uma ANOVA (tabela 5) e, por conseguinte, resultou em 115 praticantes de AF e 60 não praticantes de AF.

Assumiram-se como critérios de exclusão a idade (igual ou superior a 65 anos), a alfabetização e a ausência de quadros clínicos demenciais, declínios ou deficits cognitivos avaliado através de questões de despiste no questionário sociodemográfico.

2. Medidas

2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

Com o objetivo de recolher informação sobre as variáveis sociodemográficas que caracterizam os sujeitos foi elaborado um questionário nesse sentido. Este é constituído por 16 questões que pretendem obter informação acerca do sexo, idade, nacionalidade, estado civil, com quem habita, se tem ou não filhos, com quem vive, grau de habilitações literárias, profissão, situação profissional e rendimento mensal. Fornece ainda informação acerca do nível em que o sujeito se encontra de atividade física, com que frequência

prática, local e com quem pratica. O questionário fornece ainda informação sobre o estado de saúde, o historial ou ausência de doenças neurológicas e/ou perturbações psiquiátricas e, em caso afirmativo, que tipo de perturbação está ou foi diagnosticada.

2.2. Geriatric Anxiety Inventory (GAI: Pachana *et al.*, 2007; Versão Portuguesa: Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011)

Este é um inventário unidimensional de autopreenchimento ou administrado pelo técnico, que consiste numa ferramenta de triagem, de resposta rápida e de simples administração para estudar a presença de sintomas ansiosos na pessoa idosa. É constituída por 20 itens, em que as opções de resposta são “concordo” (1 ponto) ou “discordo” (0 pontos), referindo-se à última semana. A amplitude dos resultados varia entre 0 e 20, e o valor total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, ao valor mais alto corresponde uma maior presença de sintomas ansiosos numa correlação de sentido direto (Boddice, Pachana & Byrne, 2008; Pachana *et al.*, 2007). O ponto de corte ótimo para detetar sintomas ansiosos graves é de 8/9 (Ribeiro *et al.*, 2011).

No estudo de validação à população portuguesa (Ribeiro *et al.*, 2011) o inventário revelou um alfa de Cronbach de .96, uma boa confiabilidade teste-reteste e uma favorável validade concorrente. Com o objetivo de diferenciar os sujeitos com ou sem sintomas de ansiedade altos, foi utilizado um ponto de corte de 09/08, que demonstrou uma sensibilidade de .89 e uma especificidade de .80 (Ribeiro *et al.*, 2011).

2.3. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES: Rosenberg, 1965; QAEG: Versão portuguesa – Luísa Faria, 2000)

Esta escala é unidimensional e de autopreenchimento ou administrada pelo técnico, tem por objetivo avaliar a autoestima global.

O questionário é constituído por 10 itens, cinco itens são considerados como indicadores de atitudes positivas em relação ao *self* e os restantes cinco itens são considerados como indicadores de atitudes negativas.

Os itens correspondem a afirmações relacionadas com a autoestima, tendo uma escala de resposta do tipo *Likert* de 6 pontos (A- *Concordo Totalmente*; B – *Concordo*; C – *Concordo Parcialmente*; D – *Discordo Parcialmente*; E – *Discordo*; F – *Discordo Totalmente*). Neste questionário metade dos itens encontram-se formulados na positiva e

a outra metade na negativa, havendo para estes últimos uma inversão da cotação (Azevedo, 2000; Azevedo & Faria, 2004).

Assim, os itens do questionário são cotados de 1 a 6, à concordância total com os itens que refletem atitudes positivas em relação ao *self* ou à discordância total com os itens que refletem atitudes negativas. Assim, a escala está cotada no sentido positivo, ou seja, quanto maior for a pontuação obtida pelo sujeito, maior será o indicador de autoestima global (Faria *et al.*, 2004). No que concerne às qualidades psicométricas evidenciadas nos estudos realizados com este questionário, salienta-se que, quanto à fidelidade, o valor de alfa de Cronbach é um valor considerado elevado de .89. (Faria *et al.*, 2004).

2.4. World Health Organization Quality of Life-BREF – WHOQOL-BREF

(WHOQOL-BREF: WHO, 1965; Versão portuguesa – Vaz Serra *et al.*, 2006)

Este questionário é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100 desenvolvido pelo WHOQOL Group (1995), da WHO. Foi validado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2007) e é composto por 26 questões agrupadas em quatro domínios (1- Físico, 2- Psicológico, 3- Relações Sociais e 4- Meio Ambiente), abrangendo, ainda, um aspeto sobre a qualidade de vida geral, que engloba a primeira e segunda questões. Estas questões são do tipo *Likert* de 5 pontos e encontram-se formuladas por dimensões positivas e negativas que permitem avaliar a qualidade de vida dos indivíduos adultos com ou sem qualquer tipo de patologia. Os quatro domínios que compõem a escala são constituídos pelos seguintes itens: Domínio 1 - 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18; Domínio 2 - 5, 6, 7, 11, 19 e 26; Domínio 3 - 20, 21 e 22; Domínio 4 - 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25. As características psicométricas do instrumento mostraram através do alfa de Cronbach que, a consistência interna, é aceitável, com um valor de .92. Ao retirar-se cada item, este valor varia entre .91 a .92, mostrando a importância de cada item para o desempenho do instrumento (Vaz Serra *et al.*, 2006). Segundo Vaz Serra e colaboradores (2006), a autoestima correlaciona-se de forma significativa com o domínio das relações sociais. Quanto à estabilidade temporal, verificou-se que os valores de correlação teste-reteste, para os quatro domínios, são aceitáveis ou bons, variando entre .65 e .85. Relativamente à validade, verifica-se que todas as correlações entre os quatro domínios são estatisticamente significativas, assim, como, em relação à faceta de

qualidade de vida em geral. Constatou-se, também, uma correlação significativa com outros instrumentos (Vaz Serra, 2006).

3. Procedimento

Inicialmente foi efetuado o pedido de autorização para recolha de dados nas instituições com os idosos praticantes e não praticantes de AF, após a obtenção das respetivas autorizações foi feita a aplicação do protocolo (Apêndice I). A amostra dos idosos praticantes de AF foi recolhida no Programa Oeiras 55+ em vários pólos desportivos onde este se insere (Ginásio da Faculdade de Motricidade Humana, Ginásio da Sociedade de Instrução Musical Escolar Cruz Quebradense, Pavilhão Gimnodesportivo de Oeiras e Piscina Municipal de Barcarena) e no ginásio Evolution Wellness & Fitness Center do Montijo. A recolha para a amostra referente a idosos não praticantes de atividade física ocorreu no Centro de Dia pertencente ao Lar de São José da Santa Casa da Misericórdia do Montijo e na Universidade Sénior da Ajuda.

Transmitiu-se a informação de que todos os dados recolhidos seriam anónimos e confidenciais, não existindo respostas certas ou erradas e que a qualquer momento poderiam desistir do estudo. Na fase de recolha da amostra, cada protocolo demorou em média, cerca de 30 minutos a ser preenchido.

Os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada e tratados estatisticamente através do programa IBM SPSS Statistics 22.0 para o sistema operativo Windows 7. O presente estudo tem carácter transversal, tendo sido desenvolvido um estudo comparativo entre os idosos praticantes e não praticantes de AF, relacionando às variáveis psicológicas em estudo: a ansiedade, a autoestima e a qualidade de vida.

Capítulo 3.

Resultados

1. Apresentação de resultados

Os sujeitos foram comparados em função do sexo (63 indivíduos do sexo masculino e 112 do sexo feminino), para esse efeito utilizou-se o Teste T-Student diferenças de médias (tabela 2). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para quaisquer das variáveis psicológicas avaliadas.

Tabela 2 – Comparação Entre Sexos em função das variáveis Psicológicas

	Participantes				
	Masculino		Feminino		t
	(N=63)		(N=112)		
	Média	DP	Média	DP	
Domínio Geral	59.92	20.23	58.04	20.54	.586
Domínio Físico	62.59	15.79	63.58	20.96	-.329

Domínio Psicológico	64.02	16.37	62.95	16.21	.419
Domínio Relações Sociais	59.79	19.32	59.90	19.58	-.035
Domínio Ambiente	60.22	14.06	59.18	15.27	.444
Autoestima	43.10	8.14	42.54	8.95	.403
Ansiedade	8.62	6.36	9.94	6.43	-1.307

Nota: Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferentes, segundo Teste Tukey ($p \leq .05$)

De modo a averiguar até que ponto o nível de intensidade da AF entre sedentário, leve, moderada ou vigorosa poderia justificar diferenças na ansiedade, autoestima e qualidade de vida efetuou-se uma ANOVA comparando os elementos que pertenciam a cada um dos grupos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis. No caso do domínio geral ($F(3, 174)=14.802$; $p=.000$), o grupo que pratica AF vigorosa tem uma média superior comparado com os outros 3 grupos. No caso do domínio físico ($F(3, 174)=15.325$; $p=.000$) foi, uma vez mais, o grupo da AF vigorosa que apresentou uma média superior, seguido da AF moderada e entre estes verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, seguido da AF leve e, por último, o grupo dos sedentários que apresentaram diferenças estatisticamente significativas para os praticantes de AF moderada e vigorosa. No caso do domínio psicológico ($F(3, 174)=13.976$; $p=.000$) verificaram-se de novo diferenças entre os grupos, sendo o grupo da AF vigorosa aquele que apresenta uma média superior, seguido da AF moderada e entre estes não se verificaram diferenças. De seguida, verificou-se diferenças para aqueles sujeitos que praticam AF leve, e para os sedentários, sendo que estes se diferenciaram significativamente dos grupos moderado e vigoroso. Relativamente ao domínio das relações sociais ($F(3, 174)=14.010$; $p=.000$), os índices apresentam o mesmo padrão de resultados médios, no entanto, o grupo que pratica AF vigorosa apresenta um resultado superior ao da moderada existindo entre ambos diferenças estatisticamente significativas. O grupo da AF leve difere da AF vigorosa, mas não da AF moderada e o grupo dos sedentários difere dos de AF moderada e vigorosa, mas não da AF leve. No que respeita ao domínio ambiente da QV ($F(3, 174)=23.769$; $p=.000$), as diferenças encontradas revelam um padrão semelhante ao do domínio geral, contudo, os sedentários, leves e moderados diferem significativamente dos vigorosos. Referente à autoestima ($F(3, 174)=18.152$; $p=.000$), as diferenças encontradas são, entre o grupo dos indivíduos

sedentários e leves, que têm um valor inferior em comparação com os moderados e vigorosos. No caso da ansiedade ($F(3, 174)=13.287$; $p=.000$), o grupo dos sedentários é o que apresenta uma média superior, seguido por valores decrescentes dos grupos leve e moderado. Estes três grupos são significativamente diferentes do grupo constituído por sujeitos de AF vigorosa, pois apresenta o resultado mais baixo.

Tabela 3 – Comparação de Variáveis Psicológicas em Função do Nível de Intensidade

	Nível de Intensidade de Atividade Física								F
	Sedentário		Leve		Moderada		Vigorosa		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Domínio Geral	49.55	19.98	47.27	19.24	57.37	16.48	70.55	18.68	14.802***
Domínio Físico	49.11	15.14	57.14	27.62	62.44	14.61	73.97	12.50	15.325***
Domínio Psicológico	50.60	16.23	58.07	15.22	64.58	13.53	71.05	14.65	13.976***
Domínio Rel. Sociais	47.02	17.89	53.13	18.30	58.78	18.90	70.62	15.58	14.010***
Domínio Ambiente	50.33	10.18	51.37	14.06	57.76	12.96	70.07	12.30	23.769***
Autoestima	35.54	9.15	38.97	6.89	43.82	7.29	47.19	7.42	18.152***
Ansiedade	13.14	5.48	11.94	5.39	10.00	6.52	5.86	5.52	13.287***

Legenda: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Nota: Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferente segundo Teste Tukey ($p\leq.05$)

Após a comparação das variáveis entre os participantes ativos e não ativos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis em estudo, sendo que o grupo dos ativos apresenta melhor autoestima e melhor QV em qualquer dos seus domínios; enquanto os participantes não ativos são o grupo que apresentam uma média superior na variável ansiedade.

Tabela 4 – Comparação de Variáveis Psicológicas entre Participantes Ativos e Não Ativos

Participantes	

	Não Ativo		Ativo		t
	(N=60)		(N=115)		
	Média	DP	Média	DP	
Domínio Geral	48.33	19.46	64.13	18.77	-5.219***
Domínio Físico	53.39	22.85	68.35	14.69	-5.249***
Domínio Psicológico	54.58	16.01	67.90	14.42	-5.580***
Domínio Rel. Sociais	50.23	18.22	64.86	18.20	-5.028***
Domínio Ambiente	50.89	12.31	64.08	14.01	-6.156***
Autoestima	37.37	8.14	45.55	7.52	-6.638***
Ansiedade	12.50	5.42	7.88	6.35	5.042***

Legenda: *** $p < .001$

Com a finalidade de averiguar a associação entre as variáveis em estudo (ansiedade, autoestima e qualidade de vida) os sujeitos foram divididos em dois grupos: não ativos (tabela 5) e ativos (tabela 6). Como se pode observar foram encontradas associações estatisticamente significativas entre todas as variáveis, são na generalidade positivas, exceção feita à relação entre a ansiedade e as outras variáveis em estudo. No caso dos participantes ativos verificou-se o mesmo padrão de associações, portanto, todas são estatisticamente significativas e, deste modo, a ansiedade correlacionou-se de forma negativa com todas as variáveis em estudo, ao contrário das outras associações verificadas.

Tabela 5 – Associação entre variáveis psicológicas para os participantes Não Ativos

	Ansiedade	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente
Autoestima	-.610**	.564**	.291*	.693**	.593**	.510**
Ansiedade	1	-.498**	-.267*	-.612**	-.403**	-.412**
Domínio Geral		1	.328*	.623**	.230	.598**
Domínio Físico			1	.521**	.325*	.502**
Domínio Psicológico				1	.659**	.610**

Domínio Relações Sociais	1	.451**
--------------------------------	---	--------

Legenda: * $p < .05$, ** $p < .01$

Tabela 6 – Associação entre variáveis psicológicas para os participantes Ativos

	Ansiedade	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente
Autoestima	-.441**	.417**	.432**	.651**	.475**	.530**
Ansiedade	1	-.413**	-.340**	-.428**	-.344**	-.442**
Domínio Geral		1	.693*	.565**	.445**	.488**
Domínio Físico			1	.620**	.518**	.611**
Domínio Psicológico				1	.664**	.723**
Dom. RS					1	.611**

Legenda: * $p < .05$, ** $p < .01$

Realizou-se o estudo da comparação em função do nível de escolaridade e, para isso, utilizaram-se três grupos: os sujeitos que possuíam habilitações literárias até ao 4º ano (1º ciclo do Ensino Básico), os que se encontrassem balizados entre o Ensino Básico do 2º/3º ciclos e Ensino Secundário (6º ao 12º ano) e os que tivessem frequentado o Ensino Superior. Como conseguimos observar foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do domínio geral da QV ($F(2, 174)=5.418$; $p=.005$), sendo que o grupo com habilitações do ensino superior apresenta uma média significativamente diferente e maior do que grupo do 1º ciclo. O mesmo padrão de associações se verificou para o domínio físico ($F(2, 174)=3.569$; $p=.030$); não se verificaram diferenças no domínio psicológico; no domínio das relações sociais ($F(2, 174)=3.069$; $p=.049$) encontraram-se diferenças, sendo que os sujeitos do ensino superior apresentam um valor médio superior e estatisticamente significativo comparado com os do 1º ciclo. No que respeita ao domínio ambiente ($F(2, 174)=11.689$; $p=.000$), o grupo do 1º ciclo e do 2º/3º ciclos e secundário apresentaram médias inferiores e significativamente diferentes com os indivíduos do ensino superior. No que diz respeito à autoestima ($F(2, 174)=3.606$; $p=.029$), também se verificaram diferenças estatisticamente significativas,

tendo os elementos do ensino superior apresentado uma média significativamente maior comparado com os do 1º ciclo. Também na ansiedade ($F(2, 174)=7.485$; $p=.001$) se verificaram diferenças estatisticamente significativas, mas foi o grupo do 1º ciclo e do 2º/3º ciclos e secundário que apresentaram uma média superior comparado aos indivíduos do ensino superior.

Tabela 7 – Comparação de médias em função do nível de escolaridade para todos os sujeitos

	Ensino Básico (1º Ciclo)		Ensino Básico (2º/3º ciclos) e Ensino Secundário		Ensino Superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Domínio Geral	54.73	19.89	59.02	19.11	68.36	21.29	5.418**
Domínio Físico	60.63	21.50	62.59	17.06	71.09	14.78	3.569*
Domínio Psicológico	60.87	16.29	64.89	15.03	66.67	17.74	1.917
Domínio Relações Sociais	57.01	19.84	59.97	19.23	66.93	17.39	3.069*
Domínio Ambiente	55.37	13.96	59.99 ^a)	14.68	69.43	12.57	11.689***
Autoestima	40.99	8.78	43.77	8.26	45.28	8.49	3.606*
Ansiedade	10.95	6.19	9.29 ^a)	6.37	5.97	5.83	7.485***

Legenda: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Nota: Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferente segundo Teste Tukey ($p\leq.05$)

A comparação entre sujeitos em função do seu rendimento mensal resultou na divisão destes por quatro grupos de classes sociais: rendimentos baixos (inferiores a 500 euros), médio-baixos (entre 500 a 950 euros), médios (entre 950 a 1500 euros) e médio-altos e altos (superiores a 1500 euros). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas dentro da QV no nível do domínio geral ($F(3, 174)=6.268$; $p=.000$), sendo que os sujeitos com rendimentos baixos e médio-baixos diferem dos sujeitos com rendimentos médio-altos e altos. No domínio físico não se conseguiu distinguir, pois o Teste Tukey não determinou quais os grupos que apresentam diferenças entre si, todavia,

os indivíduos que apresentam valores superiores são os que se situam no rendimento mensal médio e médio-alto e alto. No domínio psicológico e nas relações sociais não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se, sim, no domínio do ambiente ($F(3, 174)=6.973$; $p=.000$), que os sujeitos de rendimento mensal baixo diferem significativamente dos indivíduos do grupo médio e médio-alto e alto; os sujeitos médio-baixos são significativamente diferentes dos médios e médio-altos e altos. No campo da autoestima não se verificaram diferenças, ao invés da ansiedade ($F(3, 174)=3.983$; $p=.009$), sendo que o grupo de rendimento mais baixo foi o que apresentou valores superiores e significativamente diferentes comparados com o grupo de rendimento mais alto.

Tabela 8 – Comparação de Médias em Função do Rendimento Mensal (todos os sujeitos)

	Rendimento Mensal								
	Baixa		Média-Baixa		Média		Média-Alta e Alta		
	(<500€)		(500€-950€)		(950€-1500€)		(>1500€)		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F
Domínio Geral	52.91	19.82	57.90	19.38	63.94	19.47	10.83	18.99	6.268***
Domínio Físico	58.95	22.38	63.41	15.66	69.09	16.29	68.78	16.08	2.854*
Domínio Psicológico	60.90	15.77	62.67	16.20	67.63	18.00	66.98	15.11	1.652
Domínio Relações Sociais	57.19	19.90	59.35	19.37	65.38	18.51	62.65	18.67	1.365
Domínio Ambiente	55.82	14.47	57.27	13.16	65.38	16.63	68.17	11.95	6.973***
Autoestima	41.82	9.00	41.63	8.15	44.69	9.47	45.37	7.15	1.844
Ansiedade	11.12	6.16	8.73	6.46	9.27	6.99	6.48	5.36	3.983**

Legenda: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Nota: Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferente segundo Teste Tukey ($p\leq.05$)

Os participantes foram ainda comparados em função de praticarem AF sozinhos ou acompanhados, a fim de verificar se existiam diferenças significativas ao nível da ansiedade, autoestima e QV. Efetivamente verificaram-se diferenças no domínio das

relações sociais ($T(113)=-2.183$; $p=.031$) e do ambiente ($T(113)=-2.613$; $p=.010$), contudo, o grupo que pratica acompanhado tem uma média superior comparado com o que pratica sozinho. Nas restantes variáveis não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 9 - Comparação de Médias em Função de Com Quem Pratica

	Pratica Sozinho		Pratica Acompanhado		t
	M	DP	M	DP	
Domínio Geral	61.28	18.71	68.71	18.74	-1.215
Domínio Físico	68.38	13.98	68.34	15.17	.014
Domínio Psicológico	65.04	14.03	69.48	14.48	-.592
Dom. Rel. Sociais	59.96	17.40	67.57	18.17	-2.183*
Domínio Ambiente	59.60	13.14	66.55	13.94	-2.613**
Autoestima	45.05	8.02	45.82	7.27	-.528
Ansiedade	8.66	6.30	7.45	6.37	.981

Legenda: * $p<.05$, ** $p<.01$

2. Discussão

O principal resultado deste estudo evidencia a relação positiva entre a autoestima e a QV aos praticantes de AF, e a relação negativa da ansiedade com os mesmos.

Com base nos estudos apresentados no Enquadramento Teórico, considerou-se formular a H1, isto é, que os sujeitos fisicamente ativos (níveis de intensidade moderada e vigorosa) obtêm melhores índices nas variáveis psicológicas autoestima e qualidade de vida, em comparação com os sujeitos inativos (sedentários e do nível de intensidade leve). Alguns autores contribuíram para tal, por exemplo, Porto e colaboradores (2012), constatarem uma associação positiva entre um estilo de vida fisicamente ativo e indicadores relacionados à qualidade de vida. O mesmo autor relatou, também, que prática de AF moderada e regular aumenta a capacidade de trabalho físico, de bem-estar, melhora a autoestima e autoeficácia, reduzindo eventuais problemas associados a falta de autonomia física, assim como, uma significativa melhoria na autopercepção da qualidade de vida associada à AF (Porto *et al.*, 2012). Hales e colaboradores (2006) demonstraram

que a autoestima tem uma relação positiva com a AF, em praticantes regulares desta. A AF dispõe de diversas mais-valias para a pessoa idosa, quer a nível físico, fisiológico, social e psicológico, quer impulsionando uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (Spirduso citado por Carvalho & Mota, 2012). Do mesmo modo, Mota e colaboradores (2006) explicaram que a perceção de qualidade de vida associada à saúde se encontra intimamente ligada à prática de AF, ou seja, afirmaram que os idosos fisicamente ativos que participaram em programas regulares de atividade física têm índices mais elevados de QV, em comparação com os que não participaram nos mesmos programas. A manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo é um contributo particularmente importante para a saúde física dos idosos e está associado a uma melhor saúde psicológica (Centers for Disease Control and Prevention; Haskell *et al.* citados por Moore *et al.*, 2012; Netz *et al.*, 2005).

Confirmando os resultados destes autores e de outros referidos ao longo da revisão teórica, no presente estudo, após a comparação das variáveis entre os participantes ativos e não ativos foram encontradas, também, diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis em estudo. Verificando-se, assim, que ao grupo dos ativos corresponderam melhores índices de autoestima e de QV, em qualquer dos seus domínios, em prejuízo dos sujeitos não praticantes de AF.

Paralelamente, o mesmo sucedeu para a formulação da H2, onde se esperava que os indivíduos fisicamente ativos apresentassem menores níveis de ansiedade, comparativamente aos indivíduos inativos. Diversos autores guiaram esta investigação, tais como, Moor, Beem, Stubbe, Boomsma e Geus (2006), que comprovaram no seu estudo, que os praticantes de EF regular se encontram menos ansiosos em comparação com os não praticantes de EF regular. Também uma meta-análise indicou que o EF tem um impacto positivo no bem-estar geral e reduzem os níveis de ansiedade em idosos sem perturbações psicológicas associadas, estando, assim, os níveis de ansiedade positivamente associados ao aumento de frequência da prática de AF (Netz *et al.*, 2005). A meta-análise levada a cabo por Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz e Salazar (1991), em populações seniores, foi ao mesmo encontro, pois indicou que a AF aeróbica reduz a ansiedade estado, mas revelou que as diferenças são pequenas entre o grupo experimental e o de controlo dentro do seu estudo. No mesmo sentido, outra meta-análise com população da mesma faixa etária, McDonald e Hodgdon's (citado por Netz *et al.*, 2005)

verificaram que, nos estudos que tinham em conta os treinos aeróbicos, a ansiedade também diminuiu.

Tal como as bases teóricas indiciaram, a presente investigação conseguiu, também, confirmar a H2, pois os participantes não ativos foram o grupo que apresentaram uma média superior na variável ansiedade.

3. Conclusão

As pessoas estão a viver mais e os mais velhos estão a ter um incrível aumento na percentagem total da população mundial (WHO, 2011), com o índice de envelhecimento da população agravado, também, no nosso país (INE, 2012). Apesar deste aumento global da esperança média de vida, o impacto negativo dos processos biológicos associados ao envelhecimento podem afetar, direta ou indiretamente, a perceção individual acerca da qualidade de vida de cada um em idade avançada (Porto *et al.*, 2012; Rueggeberg & Miller, 2012). Assinalam-se diversas modificações no que compete ao processo de envelhecimento que tem que ver com a combinação de fatores ambientais, genéticos e pessoais – que variam de indivíduo para indivíduo –, logo, as formas de se ser velho são bastante diferenciadas, pois cada um tem a sua história de vida e percebe-a à sua maneira nesta fase (Moraes & Souza, 2005). Não obstante, o investimento para a promoção da AF nos idosos acaba por se tornar uma área de destaque da saúde (Prohaska *et al.*; Taylor *et al.* citados por Moore *et al.*, 2012) e hoje considera-se fundamental a promoção desta para um envelhecimento bem-sucedido. De acordo com a literatura, a AF diminui o risco de doenças crónicas entre os idosos, bem como de diferentes estados emocionais nocivos (Blair & Connelly citado por Mota *et al.*, 2006).

Estas perturbações acarretam elevados custos ao sistema de saúde, pois estão associadas a mais visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento de duração das

mesmas (Wetherell, *et al.*, 2005). Esta investigação vem reforçar que a aposta governamental em programas de prevenção ligados à saúde na população idosa, beneficia não só o sujeito idoso, bem como a sociedade em geral, visto que o envelhecimento demográfico é uma problemática.

Esta investigação, apesar de possuir uma amostra de conveniência, contribui para a corroboração destes dados em idosos portugueses, pois, a partir da revisão literária efetuada e, posteriormente, dos resultados obtidos, estão presentes os dados necessários para se confirmar as hipóteses iniciais deste estudo transversal e, concluir que, os idosos praticantes de AF têm melhores níveis de QV (nos seus diferentes domínios) e de autoestima, e menores índices de ansiedade.

Contudo, seria benéfica a replicação deste estudo em investigações futuras, com uma amostra representativa da população, pois só assim será possível a padronização dos dados num panorama nacional. Outra limitação poderá estar associada à utilização de uma medida autorreportada – questionários – que tentem avaliar a prática de AF. É de salientar a necessidade de utilização de métodos de avaliação objetivos, como por exemplo, a utilização de sensores de movimento, que medem passos ou impulsos (unidades de movimento), e permitem, por sua vez, uma medida segura e com um menor erro de estimativa da AF (ONAFD, 2011). Esta poderá ser outra sugestão a incluir em futuros estudos na área.

Referências Bibliográficas

- Adams-Fryatt, A. (2010). Facilitating Successful Aging: Encouraging Older Adults to Be Physically Active. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(7), 110-36.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, *et al.* (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), pp. 498-516.
- Almeida, A. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre, orientada por Vítor Manuel C. Pereira Rodrigues, Porto.
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 180-193.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Argimon, I. (2006). Aspetos cognitivos em idosos. *Avaliação Psicológica* 5 (2), 243-245.

- Azevedo, A. & Faria, L. (2004). A Auto-Estima no Ensino Superior Secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In: Machado *et al.* (Ed.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Bernardo, R. P. S. & Matos, M. G. (2003). Adaptação Portuguesa do Physical Self-Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. *Análise Psicológica*, 2(21), 127-144.
- Birren, J., & Schroots, J. (1996). *History, concepts, and theory in the psychology of aging*. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4 ed.). San Diego: Academic Press.
- Boddice, G., Pachana, N. A. & Byrne, G. J. (2008). The clinical utility of the geriatric anxiety inventory in older adults with cognitive impairment. *Nursing Older People*, 20(8), 36-39.
- Bouchard, C. & Shephard, R. (1993). Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts. In Bouchard, C., Shephard, R., & Stephens, T. (Eds.) *Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.

- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., *et al.* (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carreiro, S. (2005). Estudo comparativo entre jovens e praticantes do voleibol do sexo masculino e feminino da ilha de S. Miguel: Competência em diferentes domínios do self corporal e a avaliação da auto-estima global. Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade da Madeira para obtenção do grau de licenciado, orientada por Ana Luísa Correia, Madeira.
- Caspersen, C., Christenson, G., Pollard, R., (1986). Status of the 1990 physical fitness and exercise objectives--evidence from NHIS 1985. *Public Health Reports*. 101(6): 587–592.
- Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (p. 71-91). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Coelho, V. A. (2004). Estilo Atribucional e sua relação com a Auto-estima: Um estudo com atletas de elite portugueses e eslovenos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Desportiva: Universidade do Minho, Braga.
- Coimbra, J. & Brito, I. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 1 (3), p. 30-35
- Connor, J. M., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L. & Grahame, K. M. (2004). The relation of age, gender, ethnicity, and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools. *Adolescence*, 39 (155), 457-473.
- Dias, M. & Fontaine, A. (2001). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- Direção Geral de Saúde [DGS]. 2004. *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Eurostat. 2011 a. *Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: European Union.
- Evans, W. J. (1999). Exercise training guidelines for the elderly. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31, 12-17.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. (1969). *Personality structure and measurement*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Faustino, A. (1994). Desenvolvimento motor e autoconceito. Tese de mestrado inédita. *Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa*.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Maciá, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inersio.
- Fernández-Ballesteros, R (2000). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Ferraz, A. F. & Peixoto, M. R. B. (1999). Qualidade de Vida na Velhice: Estudo em uma Instituição Pública de Recreação para Idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31 (2), p. 316-38.
- Fleck, M.P. (2008). Problemas concetuais em qualidade de vida. In Fleck, M. P. *et al.* (Eds.). *A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais de Saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2012). O Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição-Adaptação no decurso do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (p. 95-106). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Fox, K., Corbin, C. (1989). The physical self perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, pp. 408-430.
- Franchi, K. M. B. & Junior, R. M. M. (2005). Atividade física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (3), 152-156.

- Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2014). <http://www.pordata.pt/Europa/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+s+exo-1260>. Acedido a 18 de setembro de 2014, em <http://www.pordata.pt>.
- Gonçalves, V. (2005). Factores de influência na actividade física: Estatuto socioeconómico e factores ambientais e a sua relação com as diferenças de nível de actividade física dos adolescentes. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto para a obtenção do grau de mestre, orientada por Maria Paula Maia dos Santos, Porto.
- Guedes, D. P., Lopes, C. C., Guedes, J. E., & Stanganelli, L. C. (2006). Reprodutibilidade e validade do questionário Baecke para avaliação da atividade física habitual em adolescentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 6(3), 265-274.
- Hales *et al.* (2006). Physical self-concept and self esteem mediate cross sectional relations of physical activity and sport participations with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396-407.
- Ilic, I., Milic, I., & Arandelovic, M. (2010). Assessing Quality of Life: Current Approaches. *Acta Medica Medianae*, 49 (4).
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. 2012. *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto do Desporto de Portugal [IDP]. 2011. *Plano Nacional de Atividade Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Jacinto, B. P. (2010). Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado. Dissertação apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro para obtenção do grau de mestre, orientada por Liliana Sousa, Aveiro.
- Khan, C. M., Franks, M. M., Stephens, M. A. P. & Rook, K. S. (2012). Influences of Spousal Support and Control on Diabetes Management Through Physical Activity. *Health Psychology*, 12, 0278-6133.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorder among elderly people. *International of Geriatric Psychiatry*, 24, 1026-1033.

- Krueger, J. I., Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2008). Is the Allure of Self-Esteem a Mirage After All? *American Psychologist*, 10, 003-066.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46.
- Leal, I. (2008). *Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica* (1ªed.). Lisboa: Fim de século.
- Lima, N. (2002). Auto-estima e Atividade Física: Contributo de um Programa de Atividade Física na Auto-estima em adultos idosos do Concelho de Coimbra. Tese de Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade da Faculdade de Ciências de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R. & Neto, T. L. B. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspetos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1).
- Miller, M. C. (2009). Treating generalized anxiety disorder in the elderly. *Harvard Mental Health Letter*, 3, 1-4.
- Moor, M., Beem, A., Stubbe, J., Boomsma, D. & De Geus, E. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine*, 42(4), 273-279.
- Moore, J. B., Beets, M. W., Mitchell, N. G. & Bartholomew, J. B. (2012). Physical Self-Esteem in Older Adults: A Test of the Indirect Effect of Physical Activity. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 12, 2157-3905.
- Moraes, J., & Souza, V. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 302-308.
- Mosquera, J. J. M. & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de Vida na Universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 83-88.

- Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J. & Matos, M. G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não-participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 3 (20), 219-225.
- Neri, A. L. (1999). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. (5ª Ed.) São Paulo: Papirus Editora.
- Neto, J. T. M., Lima, C. A. G., Gomes, M. C. S., Santos, M. C. D. & Tolentino, F. M. (2012). Bem-estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. *Motricidade*, 8 (52), 1097-1104.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20 (2), 272-284.
- Novo, R. F. (2000/2003). *Para além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto. (2011). *Livro Verde da Actividade Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Oliveira, J. G., Barbosa, J. P. A. S., Farah, B. Q., Chehuen, M. R., Cucato, G. G., Wolosker, N., Forjaz, C. L. M. & Dias, R. M. R. (2012). Estágios de mudança de comportamento e fatores associados à prática de atividade física em indivíduos com claudicação intermitente. *Einstein*, 10(4), p.422-427.
- Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In: Cruz, J. P., Jesus, S. N. & Nunes, C. (Coords.). *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.

- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp.147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., *et al.* (1995). Physical activity and public health. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pelham, B.W., & Swann, W.B. (1989). From self- conceptions to self-worth: On the sources and structures of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672-680.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A. & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11,143-182.
- Porto, D. B., Guedes, D. P., Fernandes, R. A. & Reichert, F. F. (2012). Percepção da qualidade de vida e atividade física em idosos brasileiros. *Motricidade*, 8 (1), 33-41.
- Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social [REDTESS]. 2012. *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Contributos Bibliográficos*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory:Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging and Mental Health*, 15 (6), 742-748.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1985). *Self-concept and psychological well-being in adolescence*. In R. Leach (Ed.), *The Development of Self* (pp. 205-246). Orlando: Academic Press.

- Rueggeberg, R., Wrosch, R. R. & Miller, G. E. (2012). The Different Roles of Perceived Stress in the Association Between Older Adults' Physical Activity and Physical Health. *Health Psychology, 31* (2), 164-171.
- Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 253-28.
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública, 37* (3), 364-371.
- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 481– 492). New York: Academic Press.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1995.
- Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Edições Manole.
- Sinoff, G. e Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 951-959.
- Szupszynski, K. & Oliveira, M. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática, 10*(1), 162-173.
- Taveira, M. C. (1999). Intervenção precoce no desenvolvimento vocacional. *Psicologia: teoria, investigação e prática, 1*, 173 – 190.
- União Europeia [UE]. 2012. Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações: Programa de Ação 2012 para Portugal. Lisboa: Governo de Portugal.

- United States Census Bureau [USCB]. 2011. *The Older Population: 2010 Census Briefs*. Washington, DC: U. S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration.
- Vagetti, G. C., Oliveira, V., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B. & Campos, W. (2012). Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Motricidade*, 8(2), 709-718.
- Weele, G. M. V., Gussekloo, J., Wall, M. W. M., Craen, A. J. M. & Mast, R. C. V. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 595-601.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M. & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5(1), 21-32.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1989). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., *et al.* (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Wetherell, J. L., Maser, J. D., van Balkom, A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 401-2.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization [WHO]. 2010. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. 2011 a. *Global Health and Aging*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. 2011 b. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th revision. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. 2012. *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Avaliação

Consentimento informado



Peço a sua colaboração para participar nesta investigação, de âmbito curricular, integrada no 2º ciclo do Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, da ULHT, que tem como objetivo estudar a autoestima, a ansiedade e a qualidade de vida nos idosos. De seguida, solicito-lhe que responda às questões que lhe vão ser apresentadas nos questionários deste protocolo de avaliação. Todos os dados obtidos são anónimos e confidenciais, tendo como finalidade única o tratamento estatístico dos mesmos. Não escreva, portanto, o seu nome nem identificação pessoal em nenhuma parte do protocolo.

Não existem respostas certas ou erradas e é livre de participar, bem como de desistir a qualquer altura.

Agradeço a sua disponibilidade e vontade em colaborar!

O discente,

Paulo Fernando Catalão Rodrigues

Questionário Sociodemográfico

ID _____

Idade: ____anos **Sexo:** Feminino ☐ Masculino ☐ **Nacionalidade:** Portuguesa ☐
Outra ☐ _____ **Estado Civil:** Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de Facto ☐
Divorciado(a)/Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outro ☐ Qual? _____ **Meio onde**
habita: Rural ☐ Urbano ☐ Outro ☐ Qual? _____ **Com quem vive:**
Sozinho(a) ☐ Cônjuge ☐ Familiares (Filhos/Irmãos/etc.) ☐ Amigo(a) ☐
Residentes do Lar ☐ Outra Opção ☐ Qual? _____

Número de pessoas residentes na casa: _____ (Se respondeu “Residentes do Lar”
passe para a questão seguinte)

Escolaridade: Qual o ano de escolaridade que frequenta ou o último que frequentou, mesmo
que incompleto? 4º ano ☐ 6º ano ☐ 9º ano ☐ 12º ano ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura
☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

1. Situação profissional:

1.1. Profissão: _____

1.2. Neste momento encontra-se reformado(a)? (Para qualquer resposta indique o
motivo):

Sim ☐	Não ☐
Se o motivo foi por <u>invalidez física e/ou psicológica</u> , por favor, indique ☐	Indique, por favor, o <u>motivo pelo qual não se encontra reformado</u> : _____ _____

1.3. Encontra-se em que escalão de rendimento social mediante a sua
reforma/pensão:

Baixa (< 500€) ☐ Média-baixa (500€-950€) ☐ Média (950€-1.500€) ☐ Média-alta
(1.500€-3.000€) ☐ Alta (> 3.000€) ☐

2. Atividade Física: 2.1. Situa-se em que nível de Atividade? (Assinale com uma cruz (x) ao lado do nome do nível de atividade física que lhe corresponde)

Sedentário ☐	Leve ☐	Moderada ☐	Vigorosa ☐
Exs: Estar sentado	Exs: Cozinhar	Exs: Jardinagem, aspirar	Exs: Nadar
Estar deitado	Fazer a cama	Subir escadas	<i>Jogging/corrida</i> ($\geq 5,5\text{km/h}$)
Ver televisão	Lavar a loiça	Hidroginástica, Golfe	Ginástica aeróbia/step
Trabalhar com o Computador	Marcha lenta (< 4km)	Marcha rápida (> 4km)	Futebol

2.2. Com que regularidade a pratica por semana? (Se respondeu “Sedentário” passe para o tópico apresentado abaixo que se refere à “História Médica”) 1-2 dias ☐
2-3 dias ☐ 3-4 dias ☐ 4-5 dias ☐ Todos os dias ☐

2.3. Onde pratica: Casa ☐ Na rua ☐ Ginásio ☐ Complexos desportivos/sociedade desportiva ☐ Outro ☐ Qual? _____

2.4. Com quem: Sozinho(a) ☐ Cônjuge/Namorado(a) ☐ Outros familiares ☐
Amigo(a) ☐ Projeto Comunitário/Promotor de saúde pela atividade física ☐
Outro ☐ Qual? _____

3. Historia Médica:

3.1. Padece ou já padeceu de algum historial de doenças neurológicas?

Sim ☐ (Indique que doenças)

Não ☐

Acidente Vascular Cerebral (AVC) ☐

Traumatismo Craniano ☐

Doença de Alzheimer ☐

Outra(s) ☐

Qual/Quais? _____

3.2. Padece ou já padeceu de algum historial de doenças/perturbações psiquiátricas?

Sim ☐ (Indique que doenças)

Não ☐

Depressão ☐

Fobia ☐

Outra(s) ☐

Qual/Quais? _____

3.3. Toma algum tipo de medicação?

Sim ☐ (Indique qual/quais o(s) medicamento(s))

Não ☐

GAI

Para algumas das afirmações que se seguem, pede-se a sua opinião sobre **o que tem sentido durante a última semana**. Se acha que o que é dito se aplica no seu caso, faça **uma cruz (X)** no quadrado “**Concordo**” se, pelo contrário, achar que o que é dito não aplica à sua situação, faça **uma cruz (X)** no quadrado “**Discordo**”. Há ainda outras afirmações, que indicam a frequência com que determinadas coisas lhe podem ter acontecido na última semana, pede-se, igualmente, que escolha a alternativa (“Concordo” ou “Discordo”) que estiver mais próxima do que se passou consigo. **Responda, por favor, a todas as afirmações**. Não existem respostas certas ou erradas para estas afirmações porque as pessoas são diferentes umas das outras. O importante é responder de acordo com aquilo que sentiu (ou se passou consigo) **na última semana**.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo.		
2. Tenho dificuldade em tomar decisões.		
3. Sinto-me muitas vezes inquieto(a).		
4. Tenho dificuldade em descontrair.		
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações.		
6. Aflijo-me muito com coisas sem importância.		
7. Sinto muitas vezes um peso na cabeça.		
8. Considero-me uma pessoa preocupada.		
9. Não consigo deixar de me preocupar, mesmo com coisas simples do dia-a-dia.		
10. Sinto-me muitas vezes nervoso.		
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me ansioso(a).		
12. Sinto-me muitas vezes tenso(a).		
13. Penso que sou uma pessoa nervosa.		
14. Acho que vai sempre acontecer o pior.		

15. Sinto muitas vezes um nervosismo interior.		
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida.		
17. Sinto-me muitas vezes paralisado(a) pelas minhas preocupações.		
18. Tenho muitas vezes a sensação de ter a cabeça vazia.		
19. Deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado.		
20. Sinto-me muitas vezes aflito(a).		

AEG

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas **assinale com uma cruz (X)**, na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

A	B	C	D	E	F
Concordo Totalmente	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Discordo Totalmente

1. Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	A	B	C	D	E	F
2. Por vezes penso que nada valho.	A	B	C	D	E	F
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	A	B	C	D	E	F
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	A	B	C	D	E	F
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	A	B	C	D	E	F
6. Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.	A	B	C	D	E	F
7. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	A	B	C	D	E	F
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	A	B	C	D	E	F
9. Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).	A	B	C	D	E	F
10. Adoto uma atitude positiva perante mim próprio(a).	A	B	C	D	E	F

WHOQOL-BREF

(Adaptado por Canavarro, M. C. & Vaz Serra, A.; 2004)

Instruções

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

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

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

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

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1.	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10.	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5

11.	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12.	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13.	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14.	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15.	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

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

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16.	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19.	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20.	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23.	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24.	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

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