

Universidade de Coimbra
Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

**A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA REGULAR DE
EXERCÍCIO FÍSICO NA PERCEÇÃO DA QUALIDADE
DE VIDA DE IDOSOS DO GÉNERO FEMININO**

Maria Helena Lopes da Cruz
Coimbra, 2009

Universidade de Coimbra
Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

**A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA REGULAR DE
EXERCÍCIO FÍSICO NA PERCEÇÃO DA QUALIDADE
DE VIDA DE IDOSOS DO GÉNERO FEMININO**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Exercício e Saúde em Populações Especiais pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor. Doutor José Pedro Leitão Ferreira

Maria Helena Lopes da Cruz

Maio, 2009

A criança de ontem
é o adulto de hoje
e o idoso de amanhã

Agradecimentos

Agradeço a todos os participantes que possibilitaram a recolha de dados, sem os quais não seria possível realizar este estudo, especialmente ao colega fisioterapeuta Luís Silva e aos colegas de desporto Cláudio e Patrícia que me presentaram desde logo com uma extrema receptividade, simpatia e prestabilidade. Bem como à professora Lurdes Fonseca que se prestou de imediato a fazer uma revisão da língua portuguesa do meu trabalho.

Aos meus pais pela sua compreensão e paciência.

O meu agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Doutor José Pedro Ferreira, pela orientação que me concedeu ao longo deste trabalho de investigação e pelo seu entusiasmo incessante e contagiante.

Resumo

As investigações científicas têm reconhecido os benefícios psicossociais da prática regular de exercício físico na melhoria da qualidade de vida dos idosos, nomeadamente ao nível do bem-estar subjectivo. No entanto, estes estudos, para além de escassos, apresentam inúmeras limitações e os resultados são inconstantes.

O presente estudo pretende, por um lado, testar a estrutura hierárquica, fidedignidade e validade do instrumento de medida PSPPp (versão portuguesa do *Physical Self-Perception Profile*) na população idosa portuguesa. O PSPP é um instrumento de medida que mede as auto-percepções no domínio físico e foi desenvolvido por Fox e Corbin em 1989, a pensar nas populações mais jovens, pelo que necessita de adaptações particulares para poder ser aplicado em populações idosas. Recentemente, Fox, Stathi, McKenna (2007) propuseram a versão clínica do PSPP (PSPP-SC) especificamente adaptada à população idosa. Neste estudo foi aplicada a versão portuguesa desse instrumento, identificada como PSPPp-VCR (*Physical Self-Perception Profile – versão clínica reduzida*). Simultaneamente, este estudo pretende averiguar o efeito psicológico da prática de exercício físico na qualidade de vida dos idosos, através da avaliação das seguintes variáveis: Satisfação com a Vida em Geral, Satisfação com a Vida no Momento, Percepção de Stress, Auto-estima Global e Auto-percepção Física.

Resultados: O PSPPp-VCR foi administrado a 237 idosos (129 do género feminino e 108 do género masculino) com uma média de idades de 74, $85 \pm 7,66$. Os valores médios dos sub-domínios do PSPPp-VCR são mais elevados no género masculino do que no género feminino. A análise dos componentes principais apresentou um resultado de seis factores para o grupo feminino e de cinco factores para o grupo masculino. As variáveis Atracção Corporal e Força Física no grupo feminino e Atracção Corporal e Saúde Física no masculino foram claramente identificadas. Os valores de alpha de Cronbach variam entre 0,62 e 0,76 no género feminino e entre 0,62 e 0,85 no género masculino, mostrando uma aceitável a boa consistência interna. As correlações bivariada de Pearson e parciais não confirmam a estrutura hierárquica do modelo, na qual a Auto-valorização Física actuará como um mediador entre os sub-domínios do PSPPp-VCR e a Auto-estima Global. Contudo, esta organização hierárquica foi identificada no género feminino. As regressões mostram que as variáveis Funcionalidade, Força Física e

Atração Corporal explicam 38,9% para o género feminino e 65,6% para o género masculino do total da variância.

No que respeita ao efeito da prática de exercício físico, não foram encontradas diferenças nos valores médios da Satisfação com a Vida no Momento, nem da Auto-estima Global entre os grupos praticante e não-praticante. O grupo praticante apresenta valores médios de Percepção de Stress mais elevados e o grupo não praticante apresenta valores médios de Satisfação com a Vida em Geral mais elevados. Os resultados demonstraram ainda uma relação positiva entre a prática de exercício físico e a percepção que os idosos formam de si próprios no domínio físico particularmente nos sub-domínios Funcionalidade, Força Física e Atração Corporal.

Conclusões: Novas investigações e novas adaptações são necessárias para adequação do PSPPp-VCR à população idosa portuguesa, nomeadamente a revisão dos sub-domínios Funcionalidade e Competência Desportiva.

Parece haver uma relação fraca ou mesmo nenhuma relação entre a prática de exercício físico e a sua influência nas alterações psicológicas do bem-estar subjectivo das idosas em estudo.

Abstract

Increasing evidence suggests that physical exercise has positive psychological benefits on quality of life in elderly, more specifically, on subjective well-being. However, there is limited research. These investigations have shown limitations and their results are inconsistent.

The purpose of this study was, on one hand, to examine the hierarchical structure, reliability and validity of the Portuguese version of the PSPP (Physical Self Perception Profile) in Portuguese elderly population. The (PSPP) measures physical self-reported perceptions and was originally developed by Fox and Corbin in 1989, more specifically for young populations. Several studies suggested that further development was needed for particular elderly population. Recently Fox, Stathi and McKenna (2007) proposed the PSPP clinical version – PSPP-SC specifically for older population. The Portuguese version of this instrument (PSPPp-VCR) was used in this study. Simultaneously, another purpose of this study was to assess the psychological effects of regular physical exercise in older women's quality of life through the assessment of variables such as Satisfaction with Life in General, Satisfaction with Life at the Moment and Perceived Stress Global Self-Esteem, Physical Self-Perceptions,

Results: The instrument was administered to 237 Portuguese elderly adults (129 female and 108 male) mean aged $74,85 \pm 7,66$ years. Male participants showed higher mean score values in all PSPP-SC domains when compared with female. Principal components analysis showed that the original six-factor structure was not fully supported in both genders. Body Attractiveness and Physical Strength sub-domains in females and Body Attractiveness and Physical Health sub-domains in males were clearly defined. Cronbach Alpha values ranged from 0,62 to 0,76 for females and 0,62 to 0,85 for males showing an acceptable to good internal consistency. Zero order and partial correlation coefficient did not confirm the hierarchical organisation of the model with Physical Self-Worth functioning as a mediator between PSPP-SCp subscales and Global Self-Esteem in males, however this hierarchical organization was confirmed in females. Multiple regression revealed that Functionality, Physical Strength and Body Attractiveness sub-scales explained 38,9% for female and 65,6% for male of the total of variance.

No differences were found in Satisfaction with Life at the Moment or in Global Self-Esteem among the exercisers and non exercisers groups. Exercisers group showed

higher Stress Perception mean values and non exercisers revealed higher levels of Satisfaction with Life In General. Results also revealed a positive relationship between physical exercise practice and physical self perception, particularly in the sub-domains: Function, Strength and Sport Competence.

Conclusions: Further studies with new adaptations are needed to adequate the PSPPp-
ver to the Portuguese older population, with focus on Function and Sport Competence.

There seems to be a weak or no relationship at all between physical exercise and subjective well-being changes in elderly women.

Índice

Resumo.....	i
Abstract.....	iii
Índice.....	v
Índice de Tabelas	viii
Índice de Diagramas.....	ix
Índice de Abreviaturas	

Capítulo I – Introdução

1.1. Nota Introdutória.....	1
1.2. Formulação do Problema	2
1.3. Pertinência do Estudo.....	3
1.4. Hipóteses do Estudo.....	3
1.5. Estrutura do Trabalho de Investigação.....	5

Capítulo II – Revisão da Literatura

1. Aspectos Gerais do Envelhecimento.....	6
2. Qualidade de Vida.....	10
2.1. Bem-estar Subjectivo.....	11
2.1.1. Satisfação com a Vida.....	15
2.1.2. Percepção de Stress.....	18
2.1.3. Auto-conceito.....	22
2.1.3.1. Auto-estima Global.....	24
2.1.3.2. Auto-percepção Física.....	27
2.1.3.2. a) Imagem Corporal.....	29
3. Exercício Físico e os seus Efeitos Psicossociais.....	31
4. Exercício Físico e Qualidade de Vida.....	35
4.1. Exercício Físico e Bem-estar Subjectivo.....	36
4.1.1. Exercício Físico e Satisfação com a Vida.....	37
4.1.2. Exercício Físico e Percepção de Stress.....	38
4.1.3. Exercício Físico e Auto-estima Global.....	42

4.1.4. Exercício Físico e Auto-percepção Física.....	46
4.1.4. a) Exercício Físico e Imagem Corporal.....	47
5. Qualidade de Vida no Idoso.....	49
5.1. Bem-estar Subjectivo e o Idoso.....	50
5.1.1. Satisfação com a Vida e o Idoso.....	52
5.1.2. Percepção de Stress e o Idoso.....	54
5.1.3. Auto-estima Global e o Idoso.....	57
5.1.4. Auto-percepção Física e o Idoso.....	58
5.1.4.a) Imagem Corporal e o Idoso.....	59
6. A Importância do Exercício Físico no Idoso.....	62
Capítulo III – Metodologia.....	66
1. Amostra.....	66
2. Variáveis em Estudo	
2.1. Variáveis Independentes.....	67
2.2 Variáveis Dependentes.....	67
3. Procedimentos.....	67
4. Instrumentos de Medida.....	69
4.1. Caracterização dos Instrumentos de Medida.....	69
4.1.1. Satisfaction with Life Scale.....	69
4.1.2. Self-Anchoring Rating Scale.....	70
4.1.3. Percieved Stress Scale.....	71
4.1.4. Rosenberg Self-Esteem Scale.....	72
4.1.5. Physical Self-Perception Profile-VCR.....	73
5. Análise e Tratamento de Dados.....	77
Capítulo IV Apresentação dos Resultados.....	80
1. Caracterização da Amostra.....	80
2. Estudo I.....	82

2.1. Estatística Descritiva.....	82
2.2. Análise Factorial Exploratória.....	83
2.3. Análise da Consistência Interna do Instrumento.....	85
2.4. Estrutura Hierárquica do Instrumento.....	86
2.5. Regressões.....	88
3. Estudo II.....	89
3.1. Estatística Descritiva.....	89
3.2. Estatística Inferencial.....	90
3.2.1 Estatística Inferencial praticantes/não praticantes em t_0 $n=89$	90
3.2.2. Estatística Inferencial praticantes/não praticantes em t_1 $n=89$	90
3.2.3. Estatística Inferencial praticantes/não praticantes em t_0 e t_1 $n=89$	91
Capítulo V – Discussão dos Resultados.....	92
Capítulo VI – Conclusões.....	107
Capítulo VII – Limitações do Estudo.....	109
Capítulo VIII Sugestões de Novas Investigações.....	112
Referências Bibliográficas.....	114
Anexos.....	127

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da Amostra.....	80
Tabela 2. Estatística Descritiva para os géneros feminino e masculino praticantes e não-praticantes de exercício físico n=237.....	81
Tabela 3. Estatística Descritiva para os géneros feminino e masculino n=237 dos instrumentos de medida PSPPp-vcr e RSES.....	83
Tabela 4. Análise das Componentes Principais do género feminino.....	84
Tabela 5. Análise das Componentes Principais do género masculino.....	85
Tabela 6. Consistência Interna - valores Alpha de Cronbach para os géneros feminino e masculino.....	86
Tabela 7. Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial para o género feminino.....	86
Tabela 8. Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial para o género masculino.....	87
Tabela 9. Regressões nos géneros feminino e masculino.....	88
Tabela 10. Estatística Descritiva dos grupos praticantes e não praticantes de exercício físico em t_0	89
Tabela 11. Apresentação dos valores médios das variáveis do PSSPp-VCR e do RSES.....	98

Índice de Diagramas

Figura 1. Estrutura Hierárquica das Auto-percepções segundo Fox e Corbin (1989)...	29
Gráfico 1. Distribuição por género e por prática e não-prática de exercício físico.....	80

Índice de Abreviaturas

ACMS - American College of Sports Medicine

AEstimaG - Auto-estima Global

AtracCorp – Atracção Corporal

AutovalFisic - Auto-valorização Física

CDCP - Centers for Disease Control and Prevention

CompDesp - Competência Desportiva

CSP - The Chartered Society of Physiotherapy

ForcFisic - Força Física

Func - Funcionalidade

MS-DGS - Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSPPp VCR - Physical Self-Perception Profile versão clínica reduzida portuguesa

PSS - Perceived Stress Scale

PStressS - Percepção de Stress

USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services

WHO - World Health Organization

RSES - Rosenberg Self-Esteem Scale

SARS - Self-Anchoring Rating Scale

SatisfVidaG - Satisfação com a Vida no Geral

SatisfVidaM - Satisfação com a Vida no Momento

SaudFisic - Saúde Física

SWLS - Satisfaction With Life Scale

CAPITULO I – INTRODUÇÃO

1.1 Nota Introdutória

A esperança média de vida mais elevada nos últimos anos tem provocado um aumento demográfico progressivo da população idosa em Portugal e no resto do mundo.

Em 2001, o Instituto Nacional de Estatística (MS-DGS, 2004) apura que 16,5% da população portuguesa é idosa, isto é, tem 65 e mais anos e prevê que para 2020 este grupo etário represente cerca de 23% da população total (Espadaneira, 2007). Sendo a esperança média de vida nessa data de 80,3 anos para as mulheres e 73,5 anos para os homens (MS-DGS, 2004). Este crescente envelhecimento da população implica a necessidade de uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento (MS-DGS, 2004). Tal como acontece na Europa, em Portugal há uma proporção mais elevada de idosos do género feminino do que masculino. Em 2002 a Europa contava com 678 homens para 1000 mulheres com 60 e mais anos (OMS, 2002a).

Os avanços das tecnologias médicas e farmacêuticas, entre outras, tanto de diagnóstico como terapêuticas, têm contribuído para o aumento da esperança média de vida (Martins, 2007a).

Esta vida mais longa nem sempre é acompanhada de mais saúde ou qualidade de vida. Muitas vezes o envelhecimento traz consigo sequelas e problemas incapacitantes e sintomas psicossociais negativos. A população idosa apresenta com frequência limitações funcionais, sinais de depressão, insatisfação com o percurso da própria vida, insatisfação com a sua saúde e incapacidades física e mental, assim como sentimentos de perda de auto-controlo, o que pode conduzir a baixos níveis de auto-estima e dar início a um ciclo vicioso de perda de credibilidade em si próprios, perda de sentido da própria vida, afastamento social e isolamento, resultando numa conseqüente diminuição da qualidade de vida.

Urge proporcionar uma maior qualidade de vida a esta população. Para tal, é necessário uma investigação rigorosa neste âmbito, específica para cada cultura. É necessário que se perceba quais as componentes que influenciam a qualidade de vida no idoso português, como se percebe a si próprio, o que afecta a sua auto-estima e o seu bem-estar. Só nessas circunstâncias haverá recursos científicos suficientes para

actuar correctamente e adequar a intervenção às características específicas desta população.

Na área do exercício e actividade física há necessidade de avaliar o impacto dos comportamentos e estilos de vida no contributo ou não para uma melhor qualidade de vida no idoso. E com base nestes resultados alterar esses mesmos hábitos, planeando, corrigindo, modificando, sensibilizando, no sentido de aumentar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa (Paschoal, 2004).

A literatura indica que a prática regular de exercício físico traz benefícios tanto físicos como psicológicos e sociais, quer para a população geral como para a população idosa (Batista, 2000). No que respeita aos benefícios físicos, estes são bem conhecidos devido ao grande número de estudos efectuados neste âmbito. O aumento da força muscular, da flexibilidade e da resistência aeróbia, a diminuição do cansaço, do tempo de reacção e a melhoria do equilíbrio e da agilidade física, prevenção de algumas doenças cardíaco-respiratórias, são alguns dos factores físicos de que os idosos beneficiam com o exercício físico, para além da facilitação da execução das suas tarefas diárias e consequente autonomia (Carvalho, 2004).

As investigações na área dos efeitos psicossociais resultantes da prática de exercício físico, para além de escassas, arrastam consigo inúmeros problemas de ordem metodológica (Cruz, Machado & Mota, 1996), justificando assim a grande diversidade de resultados e dificultando a exactidão dos resultados. No entanto, e de um modo geral, essas investigações reconhecem os benefícios da prática de exercício físico na promoção da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida na população em geral, tais como: diminuição da depressão, da ansiedade e do stress, melhoria da auto-estima, do humor e das auto-percepções, assim como melhoria da qualidade de vida e do bem-estar subjectivo.

1.2. Formulação do Problema

O estudo aqui desenvolvido questiona as relações entre a prática de exercício físico e as variáveis psicológicas do bem-estar subjectivo na população idosa: satisfação com a vida, percepção do stress, auto-estima e auto-percepções no domínio físico. A sua importância prende-se com a necessidade de compreender a relação entre estas variáveis e o exercício físico nesta população em particular, no sentido de procurar

novas abordagens de desenvolvimento mais positivo destes constructos através do exercício físico.

Por outro lado, para conhecer os factores que influenciam a qualidade de vida numa perspectiva física (auto-percepção física), é necessário um instrumento de medida que meça esses mesmos factores. Em inúmeros países tem sido utilizado um instrumento de medida reconhecido pelas suas características psicométricas. Pretendemos utilizar esse mesmo instrumento na população idosa portuguesa. Para isso, o instrumento necessita de ser adaptado à população idosa e especificamente enquadrado e validado para a cultura portuguesa.

1.3. Pertinência do Estudo

Cada vez mais a sociedade se preocupa com a saúde e o bem-estar da população idosa, uma vez que se tem verificado que, para além do aumento do número de anos de vida, esses nem sempre são acompanhados de uma boa qualidade de vida. Para oferecer uma melhor qualidade de vida é necessário conhecer quais os factores que nela interferem nesta população em particular. Um dos factores que a revisão da literatura aponta como contributivo para a melhoria da qualidade de vida geral é a prática de exercício físico regular. No nosso país esta informação é muito escassa devido ao número reduzido de estudos publicados neste âmbito. Assim, procuramos com este estudo investigar se a prática de exercício físico influencia o bem-estar subjectivo e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população idosa portuguesa.

O conhecimento das atitudes, capacidades e hábitos comportamentais e sociais dos idosos permite a formulação e adaptação adequada de um programa de exercício físico regular, facilitando a aderência e permanência nos programas de exercício destinados especificamente para esta população. É nesta área que o estudo das auto-percepções físicas se torna num contributo importante.

1.4. Hipóteses do Estudo

O presente estudo pretende contribuir para o processo de desenvolvimento e validação do *Physical Self Perception Profile*, versão clínica reduzida (PSPPP-VCR) para a população idosa portuguesa e avaliar a sua estrutura hierárquica.

Paralelamente, este estudo pretende avaliar o impacto da prática regular de exercício físico na percepção de qualidade de vida dos idosos com mais de 65 anos do sexo feminino.

Dada a vasta aplicação do conceito de Qualidade de Vida, e para melhor compreender os efeitos psicossociais do exercício físico na qualidade de vida, este estudo apenas se refere a uma das suas vertentes, o Bem-estar Subjectivo. Devido à complexidade deste último conceito e com base na literatura, este constructo é subdividido e estudado em cinco grandes domínios. São eles: Satisfação com a Vida em Geral, Satisfação com a Vida no Momento, Percepção de Stress, Auto-estima Global e Auto-percepção Física.

Este estudo procura confirmar as seguintes hipóteses:

1H₀ - a prática regular de exercício físico não promove a sensação de satisfação com a vida em geral;

1H₁ - a prática regular de exercício físico promove a sensação de satisfação com a vida em geral;

2H₀ - a prática regular de exercício físico não provoca efeitos positivos na maior satisfação com a vida no momento;

2H₁ - a prática regular de exercício físico provoca efeitos positivos na maior satisfação com a vida no momento;

3H₀ - a prática regular de exercício físico não fomenta a percepção de menores níveis de stress;

3H₁ - a prática regular de exercício físico fomenta a percepção de menores níveis de stress;

4H₀ - a prática regular de exercício físico não estimula o aumento dos níveis de auto-estima;

4H₁ - a prática regular de exercício físico estimula o aumento dos níveis de auto-estima;

5H₀ - a prática regular de exercício físico não melhora a percepção física que o idoso tem de si próprio;

5H₁ - a prática regular de exercício físico melhora a percepção física que o idoso tem de si próprio.

1.5. Estrutura do Trabalho de Investigação

O trabalho está estruturado em oito capítulos, sendo o I introdutório ao tema, o II explora e aprofunda cada tema desde a sua origem à actualidade. O capítulo III é referente à metodologia aplicada para a recolha de dados, os capítulos IV, V e VI são referentes à apresentação e discussão dos resultados e suas conclusões respectivamente. No capítulo VII são identificadas as possíveis limitações do nosso estudo e no capítulo VIII são feitas sugestões para futuros estudos.

No desenvolvimento deste estudo de investigação, e com base na corrente teórica dos autores pesquisados, a Qualidade de Vida é enquadrada como o conceito mais abrangente e que inclui o Bem-estar Subjectivo. Este, por sua vez, engloba os outros conceitos mais específicos, como Satisfação com a Vida, Percepção de Stress, Auto-estima Global e Auto-percepção Física.

CAPITULO II - REVISÃO DA LITERATURA

1. Aspectos Gerais do Envelhecimento

Segundo a Organização Mundial da Saúde (MS - DGS, 2004), a terceira idade tem início aos 65 anos, embora, para fins estatísticos, muitas vezes sejam considerados idosos indivíduos com 60 e mais anos, sobretudo nos países da América Latina. Contudo, esta é uma idade instituída apenas para efeito de pesquisa, uma vez que o processo de envelhecimento é extremamente heterogêneo e é muito variável entre os indivíduos, devido à influência de um grande leque de factores, desde o estilo de vida, passando pelos acontecimentos ao longo da vida e aos factores genéticos (Pereira, Freitas, Mendonça, Marçal, Souza, Noronha, Lessa, Melo, Gonçalves & Sholl-Franco, 2004).

O envelhecimento tem sido descrito como um processo ou conjunto de processos inerentes a todos os seres vivos e que se expressa pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade (Spirduso, 1995). Trata-se de um processo dinâmico que se inicia a partir da idade adulta e que dura uma vida inteira (OMS, 2002b).

Não existe uma teoria única que, por si só, consiga explicar todo o processo da senescência, isto é, o declínio gradual das funções celulares até à sua morte (Martins, 2007). No entanto, existem várias correntes teóricas explicativas como a Biológica, a Psicológica e a Sociológica que consideram como factores principais responsáveis por acelerar ou retardar o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade avançada. Esses factores são os agentes biológicos, psicológicos e sociais, respectivamente (Pereira et al., 2004). Genericamente, as teorias Biológicas assentam no papel da genética e da hereditariedade, nos danos celulares acumulados por erros do DNA e nos desequilíbrios das funções biológicas. As teorias Psicológicas centram-se na importância de conceitos como auto-actualização, transcendência, inteligência, capacidade cognitiva, auto-eficácia, auto-estima e resistência moral. As teorias Sociológicas defendem que a manutenção de um envolvimento diário em actividades físicas e mentais tende a retardar o processo e proporciona um envelhecimento mais saudável. Contudo, permanece ainda por definir,

em termos conceptuais, uma teoria coerente que separe as causas dos efeitos da senescência (Martins, 2007).

Ramsdan (1999) agrupa as variáveis responsáveis pelo envelhecimento em diferentes categorias: variáveis intrínsecas (genética, física e psicológica) e variáveis extrínsecas (componentes culturais, sociais e estilo de vida). Afirma que o envelhecimento é um processo individual e que os factores psicológicos e físicos estão em constante interligação, sendo esta relação ainda mais forte no idoso.

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais. O organismo perde a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e todas as funções fisiológicas começam a declinar gradualmente. Há redução da regulação autónoma do coração, diminuição do débito cardíaco e da capacidade aeróbia assim como da eficiência das trocas gasosa e perda da massa muscular. A pressão arterial e a gordura corporal aumentam com a idade (Jones & Rose, 2005; Van Norman, 1995; Camiña, 2004). Esta diminuição da capacidade cardio-vascular e a perda de massa muscular, naturais da idade avançada, põem em risco uma vida funcional e independente do idoso, afectando a sua qualidade de vida (Sequeira & Silva, 2002). Segundo a OMS (2002b) a qualidade de vida da pessoa idosa é determinada pela capacidade de manter a sua autonomia funcional e a sua independência, assim como uma boa saúde (MS-DGS, 2004). Com o envelhecimento surge a diminuição das aptidões psicomotoras, como a coordenação e a agilidade mental. A menor velocidade de condução do estímulo nervoso leva a uma diminuição da velocidade dos reflexos e da execução de gestos e a um conseqüente aumento do tempo de reacção. Ao perder a sua capacidade motora e o seu esquema corporal, o idoso tende a fechar-se no seu mundo, reforçando os sentimentos de isolamento, solidão e depressão (Pereira et al., 2004).

Com o avançar da idade surge a descompensação, ou seja, o idoso perde a capacidade de lidar com determinadas situações que possam ocorrer no seu dia-a-dia (Sequeira & Silva, 2002).

No entanto existe uma grande heterogeneidade nesta faixa etária, os idosos apresentam estados de saúde muito divergentes e percepções de qualidade de vida muito diferentes, quer na sua função física, psicológica, quer no seu papel social. (Ramsdan, 1999; Paúl, 1991: cit. in Sequeira & Silva, 2002).

Alguns autores destacam o Envelhecimento Bem Sucedido ou Envelhecimento com Sucesso (*Successful Aging*) do Envelhecimento Geral (Jones & Rose, 2005; Duay & Bryan, 2006: cit. in Espadaneira, 2007; Martins, 2007a), considerando para tal de crucial importância um equilíbrio geral entre os seguintes factores psicológicos: capacidade funcional, bem-estar subjectivo, adaptabilidade social, qualidade de vida, capacidade cognitiva, auto-eficácia, autonomia e auto-estima. No fundo, para um envelhecimento com sucesso é essencial o equilíbrio no estado de saúde geral, física e psicológica (Jones & Rose, 2005; Ramsdan, 1999).

O envelhecimento bem sucedido é difícil de definir porque é multifacetado e cada autor apresenta a sua definição com base na sua corrente teórica. A seguir são expostas algumas dessas definições. De uma forma simplificada Paltmore (1979: cit. in Martins, 2007a) define o envelhecimento bem sucedido como um processo que inclui longevidade, ausência de disfunção e satisfação com a vida. Outros autores defendem que se trata de um processo que permite ao idoso apresentar valores acima da média em características fisiológicas e psicossociais (Rowe & Kahn, 1987: cit. in Martins, 2007a). Estes autores acrescentam ainda outros factores essenciais para um envelhecimento bem sucedido, como o baixo risco de desenvolvimento de doenças físicas e cognitivas e o sentimento de bem-estar físico, mental, social, emocional e espiritual. Outros autores sublinham ainda aspectos análogos como primordiais para o envelhecimento bem sucedido, como a autonomia, o estatuto económico e o significado da vida (Martins, 2007a). A OMS (2002) caracteriza o envelhecimento activo como um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Por outro lado, o conceito de envelhecimento bem sucedido pode ser entendido de forma diferente entre os idosos. Por exemplo, para os idosos rurais entrevistados no estudo de Witcher, Holt, Spence e Cousins (2007) o envelhecimento bem sucedido é estar sempre ocupado com qualquer actividade, quer seja física ou mental, o que não implica necessariamente o exercício físico. Paúl (1991: cit. in Sequeira & Silva, 2002) afirma que o conceito de envelhecimento bem sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, isto é, considerando o indivíduo no seu contexto actual e passado, no quadro de uma relação dialéctica entre as pressões ambientais e as capacidades adaptativas do indivíduo.

Dentro desta nova área de investigação que pretende evidenciar as variáveis que permitem um envelhecimento saudável, munido de bem-estar e livre de stress, (Duay &

Bryan, 2006: cit. in Espadaneira, 2007) consideram essenciais factores como a relação com os outros, a manutenção da saúde física e mental, estabilidade financeira e a aceitação das mudanças como processo natural do ciclo de vida. Factores psicológicos como a capacidade de resolver problemas e de se adaptar às mudanças e perdas são índices indicadores de um envelhecimento activo (MS-DGS, 2004). A manutenção das relações interpessoais e a participação em actividades sociais à medida que se envelhece têm um impacto positivo na longevidade e na saúde individual do idoso. As relações familiares fortes fornecem uma percepção de controlo, autonomia e participação, contribuindo para a construção de um significado de vida, facilita a aceitação de novos papéis na sociedade e o encarar das mudanças como parte de um percurso individual e natural (Duay & Bryan, 2006: cit. in Espadaneira, 2007).

Mais recente à conjectura do envelhecimento bem sucedido, surge uma nova reflexão, a teoria da gerotranscendência de Tomstam (1997: cit. in Fernandes, 2007). Esta teoria remete para mudanças do desenvolvimento em que os idosos adquirem novas definições perante a sua própria existência, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida. E tem em conta três factores: o espacio-temporal; o sistema do “eu”; e as relações sociais e individuais. O factor espacio-temporal refere-se à transcendência dos limites temporais, em que os idosos conseguem estar em simultâneo no passado e no presente. O sistema do “eu” reporta que ao longo da vida alguns indivíduos descobrem aspectos deles próprios que ainda não tinham descoberto, tanto positivos como negativos. No que respeita às relações interpessoais, os idosos passam a ser mais selectivos nas suas relações. Segundo este autor, o isolamento não é sinónimo de solidão, mas sim de necessidade positiva de estar só, decorrente da selectividade das relações. O elemento transcendência implica uma perspectiva diferente do indivíduo idoso e uma nova forma de ver a realidade no sentido mais positivo possível. Trata-se de um processo complexo e que implica a sujeição do indivíduo a alterações espacio-temporais, individuais e sociais. O desenvolvimento para a gerotranscendência pode ser facilitado ou dificultado conforme o modo como o indivíduo resolve os problemas que surgem ao longo da vida e conforme o contexto sócio-cultural em que vive. Esta teoria aceita o envelhecimento como um processo natural, universal e inevitável.

De uma forma global, os valores e tradições culturais e ambiente em que vive o idoso determinam em grande parte a forma como o indivíduo envelhece, as oportunidades que a sociedade lhe oferece e a forma como o idoso é visto pela sociedade em geral. Em algumas culturas, para além das diferenças biológicas entre os

géneros, a distinção dos papéis sociais dão forma à identidade dos indivíduos ao longo da vida e discriminam as oportunidades tanto laborais e económicas, como de saúde. (MS-DGS, 2004).

A acrescentar a todas as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento, este é um momento de transição na vida do indivíduo, pois surge a possibilidade de ser institucionalizado. Esta fase implica uma nova adaptação, um estabelecimento de novas redes de relações, uma adopção de novos comportamentos e uma formulação de novas percepções de si mesmo. A dificuldade para lidar com estas mudanças pode manifestar-se em estados depressivos e aumentar a susceptibilidade para doenças, assim como a adaptação às rotinas estabelecidas pela instituição pode conduzir a uma perda de individualidade. No entanto, o contrário também pode acontecer, isto é, o idoso decide ele próprio inscrever-se num lar de terceira idade, porque não quer sobrecarregar os seus familiares. Neste sentido, a reacção à institucionalização difere em função da situação em que ocorre, das razões que levam à tomada de decisão e se esta resulta da vontade própria do idoso ou se lhe é imposta (Gomes, 2007).

2. Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é uma concepção extraordinariamente vasta, tanto que na revisão da literatura se encontra em diferentes contextos e com diversos significados. Se não for bem enquadrado e delimitado, este conceito pode tornar-se vago ou perder o seu sentido. Segundo Berger e McInman (1993) o termo bem-estar psicológico é muitas vezes aplicado com o mesmo significado. No presente estudo, a Qualidade de Vida apenas se refere a uma das suas vertentes, ao Bem-estar Subjectivo.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas e interesses. Reconhece igualmente a natureza multidimensional deste conceito.

A qualidade de vida envolve valorizações qualitativas e quantitativas que definem os níveis que o indivíduo consegue alcançar ao longo da vida. Esses níveis de qualidade alteram-se no decorrer da existência do indivíduo, uma vez que são definidos por questões culturais e são percebidos pelo indivíduo de formas diferentes em função das

circunstâncias. No caso dos idosos, algumas áreas são mais enfatizadas, como a capacidade funcional e a capacidade de efectuar as actividades da vida diária (AVD's), como cuidar da sua higiene, vestir-se e alimentar-se. Portanto, é um conceito subjectivo e que aborda a especificidade de cada indivíduo (Bulla, Valêncio, Santos & Areosa, 2007).

A multidimensionalidade é um aspecto importante deste conceito, uma vez que aborda dimensões pessoais e sócio-ambientais. Mais ainda, a qualidade de vida pressupõe tanto aspectos subjectivos, tais como os valores e sentimentos que o indivíduo apresenta, como aspectos objectivos (Bulla et al., 2007).

Uma vez que a abrangência do conceito varia em função do contexto, também existem inúmeras escalas de medição de qualidade de vida (Berger & McInman, 1993). Algumas destas escalas medem sub-domínios específicos como o “eu” (*self*), que se concentra nas percepções do indivíduo sobre ele próprio e sobre a sua vida, como é o caso da bateria de instrumentos seleccionada para o presente estudo.

O facto do indivíduo considerar que tem uma boa qualidade de vida depende do seu sentimento de bem-estar subjectivo, o que, por sua vez, inclui o facto de estar satisfeito com a sua vida. A qualidade de vida também depende da saúde do indivíduo e de como ele se sente relativamente à mesma (Spiriduso, 1995). O facto de não ter doença ou o mínimo de sintomas está positivamente relacionado com o bem-estar subjectivo e com a satisfação e com a vida, mas pode não ser suficiente, por si só, para aumentar a qualidade de vida do indivíduo (Spiriduso, 1995). Fazendo referência a Chodzko-Zajco (1999), Santos (2005) resume que a qualidade de vida é dependente da saúde física, do bem-estar psicológico e da satisfação social e espiritual.

2.1. Bem-estar Subjectivo

O conceito de bem-estar é tão abrangente que já foi alvo de investigação de inúmeras disciplinas como Geografia, Filosofia, Economia da Saúde, Promoção da Saúde, Medicina, Sociologia e Psicologia. Tem sido foco de atenção desde a década de 50, na tentativa de elaborar um instrumento de medida (Hird, 2003).

O conceito de Bem-estar Subjectivo é difícil de definir de forma completa e precisa devido à sua abrangência e característica multidimensional. Alguns autores, como Baker e Intagliata (1982) citados por Hird (2003), chegam a afirmar que existem

tantas definições de bem-estar quantos os grupos de investigadores que exploram este fenómeno.

Globalmente, o bem-estar subjectivo consiste na avaliação que cada um faz da sua vida (Diener & Lucas, 2000). É subjectivo porque é um conceito que só pode ser sentido e relatado pelo próprio indivíduo, é muito pessoal. Varia de pessoa para pessoa, uma vez que os indivíduos reagem de forma diferente perante circunstâncias iguais e avaliam as condições com base nas expectativas, valores e experiências próprias anteriores (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener & Lucas, 2000; Hird, 2003; Shigehiro, Ulrich, & Diener, 2001; Albuquerque & Lima, 2007).

Na literatura identificam-se diferentes termos: “bem-estar emocional” (Richardson Faulkner, McDevitt, Skrinar, Hutchinson & Piette, 2005), “bem-estar mental” (Raine, Truman & Southerst, 2002; Faulkner & Biddle, 2001; Hammond, 2002), “bem-estar geral” (Raine, Truman, & Southerst, 2002; Spirduso, 1995; Jones & Rose, 2005). No presente estudo é apenas aplicado o termo Bem-estar Subjectivo, tido como um constructo global que engloba todos estes conceitos, isto é, o bem-estar mental, emocional e físico.

Diversos autores consideram sinónimos, nos seus estudos, termos como qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade, bem-estar objectivo, bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico, originando alguma confusão de natureza terminológica que contribuiu para a dificuldade na comparação de resultados finais de cada estudo. Outros autores insistem que há diferenças fundamentais entre estes conceitos (Hird, 2003). Walker (2002: cit. in Hird, 2003), por exemplo, defende que bem-estar psicológico e bem-estar subjectivo são equivalentes, enquanto que Keyes, Shmotkin & Ryff (2002: cit. in Hird, 2003) e Albuquerque e Lima (2007) estabelecem claramente que são dois conceitos distintos. Argumentam que o bem-estar subjectivo é a avaliação da vida em termos de satisfação e equilíbrio entre afectos (emoções e estados de humor) positivos e negativos e o seu lado positivo está associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma ausência relativa de problemas, enquanto que o bem-estar psicológico transmite a percepção de compromisso com os desafios existenciais da vida e está associado à realização do potencial humano, à procura do crescimento e à mudança. No entanto, há suporte na literatura de que bem-estar subjectivo e felicidade são sinónimos (Hird, 2003; Diener & Lucas, 2000).

De um modo geral, o bem-estar subjectivo refere-se a um grande leque de fenómenos que incluem as respostas emocionais individuais, a satisfação geral em todos

os domínios, e os julgamentos globais de satisfação com a vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Hird, 2003; Shakiba, 2006). Esses julgamentos ou avaliações podem ser categorizados em duas componentes: a afectiva e a cognitiva. A componente afectiva envolve estados de espírito e emoções denominados de afectos, podendo estes ser positivos ou negativos. A componente cognitiva envolve julgamentos da vida do próprio indivíduo, quer numa visão generalizada, como a satisfação com a vida geral, quer numa perspectiva mais específica, como no meio familiar, laboral, económico, na saúde, no lazer. Enquanto que a componente afectiva se refere ao indivíduo como a forma como ele se sente na sua vida, a componente cognitiva reporta-se à forma como o indivíduo pensa sobre a sua vida (Diener et al., 1999; Diener & Lucas, 2000; Hird, 2003). Embora estas duas componentes estejam relacionadas entre si e reflectam a avaliação individual sobre a satisfação com a vida e conseqüente bem-estar subjectivo, os estudos têm mostrado algum grau de independência entre elas (Diener, Oishi & Lucas (2003: cit. in Albuquerque & Lima, 2007).

Quando um indivíduo considera que está satisfeito com a vida, também apresenta um nível de bem-estar subjectivo mais elevado e vice-versa (Spiriduso, 1995).

Numa tentativa de definir os conceitos psicológicos, os autores agrupam e estabelecem relações diferentes entre estes domínios. Se para Spiriduso (1995) o bem-estar subjectivo, a auto-estima e o auto-conceito físico se relacionam mutuamente e equitativamente, para Jones e Rose (2005) a componente de bem-estar geral engloba domínios psicológicos como o bem-estar emocional, o auto-conceito e a percepção global de saúde. Outros autores (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985a; Diener et al., 1999; Diener & Lucas, 2000, Shigehiro et al., 2001; Hird, 2003) classificam a satisfação com a vida como uma componente e um indicador do bem-estar subjectivo. Ainda para Raine e colaboradores (2002) e Spiriduso (1995) o bem-estar subjectivo depende da satisfação com a vida. Fox (2000a) considera que o bem-estar subjectivo está intimamente relacionado com a auto-estima e depende desta.

Para Diener e colaboradores (1999), a personalidade é um dos mais fortes e consistentes indicadores de bem-estar subjectivo. Foi cientificamente demonstrado que alguns indivíduos têm maior predisposição para serem felizes do que outros, provavelmente devido a diferenças individuais inatas. Mas os efeitos da personalidade na felicidade estendem-se para além dos efeitos directos e exclusivos. A personalidade pode, de alguma forma, ser influenciada pelo meio ambiente, originando comportamentos, atitudes e pensamentos diferentes. O bem-estar subjectivo e, portanto,

a felicidade, resultam de combinações precisas de personalidade e do ambiente (Diener et al., 1999). Suh, Diener e Fujita (1996) concluem que o bem-estar subjectivo é influenciado em grande parte pela personalidade e em menor grau por eventos relativamente recentes. Os factores externos, como nível económico, saúde, aparência física e formação académica pouca importância têm no que respeita à influência do bem-estar subjectivo, comparativamente com factores internos como a personalidade e as estratégias de *coping* (estratégias de adaptação às circunstâncias) (Suh et al., 1996; Diener & Lucas, 2000).

A personalidade, sendo um factor extremamente estável e que solidifica por volta dos 30 anos de idade, tem efeitos estáveis e a longo prazo no bem-estar subjectivo. Os eventos da vida, por seu lado, interferem neste domínio por um período mais curto - entre três a seis meses e de forma mais variável. Portanto, os eventos da vida têm um potencial menor e temporário de afectar o bem-estar subjectivo comparativamente à personalidade (Suh et al., 1996).

Embora alguns resultados não sejam concordantes, várias investigações no âmbito da interferência de factores sócio-demográficos, como género, idade, estado civil, rendimento e educação no bem-estar subjectivo, revelam que estas variáveis explicam, ainda que numa percentagem diminuta, a variância do bem-estar subjectivo do indivíduo (Albuquerque & Lima, 2007).

Apesar do bem-estar subjectivo ser afectado pelos factores externos, este tende rapidamente a voltar a um nível de base positivo particular e específico de cada indivíduo, quer após eventos positivos, quer negativos. Existe, portanto, um equilíbrio dinâmico em que a personalidade determina a linha base das respostas emocionais e do bem-estar subjectivo. As percepções que o indivíduo elabora sobre si próprio vão agir como moderadoras da realidade, sendo o seu papel predominante a manutenção do bem-estar subjectivo (Diener et al., 1999). No entanto, estas conclusões são questionáveis, uma vez que a população estudada por estes autores é jovem, em fase de maturação e pouco estável, o que pode não corresponder à população idosa (Diener et al., 1999).

Além da personalidade, a auto-estima também estabelece uma relação com o bem-estar subjectivo. Contudo, esta relação é variável entre as sociedades. Diener e Diener (1995: cit. in Diener & Lucas, 2000) verificaram numa investigação em diferentes culturas que a correlação entre a auto-estima e a satisfação com a vida é menor em sociedades colectivistas, que valorizam mais o grupo em detrimento do individual.

Outro aspecto muito importante é que o nível de bem-estar subjectivo também é determinado, em parte, pela comparação que o indivíduo faz, não simplesmente dos que o rodeiam, mas de outros indivíduos que o próprio escolhe como termo de comparação (Diener & Lucas, 2000).

De uma forma resumida, conclui-se que os factores externos são responsáveis apenas por uma pequena variância do bem-estar subjectivo. O temperamento, aspectos cognitivos, objectivos e estratégias de adaptação às circunstâncias, inseridos numa determinada cultura, moderam a influência dos eventos da vida no bem-estar subjectivo (Diener et al., 1999).

2.1.1. Satisfação com a Vida

Em 1978, a satisfação com a vida foi definida por Shin e Johnson (1978: cit. in Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985b) como a avaliação da qualidade de vida de acordo com os critérios escolhidos pelo próprio indivíduo. O conceito de satisfação com a vida refere-se à ponderação das atribuições tanto positivas como negativas do indivíduo face à própria vida e através da qual formula um juízo de valor sobre a qualidade da sua própria existência (Diener et al., 1985b; Queirós, Fernandez-Berrocal, Extremera, Carral & Queirós, 2005). Trata-se de um julgamento cognitivo de domínios específicos da vida, tais como saúde, trabalho, condições de habitação, relações sociais e autonomia, entre outros, de acordo com um critério próprio (Jóia, Ruiz & Donalísio, 2007) e depende da comparação das circunstâncias da vida que o indivíduo considera como apropriadas e *standard*, ou, segundo outros autores (Diener, et al., 1985b; Jóia, et al., 2007) depende exclusivamente das expectativas, projectos e exigências que cada um tem para consigo próprio.

A palavra “satisfação” tem origem no latim e significa “fazer” ou “ter o suficiente”. A satisfação com a própria vida implica um contentamento com ou aceitação das circunstâncias da vida de cada um. Em síntese, a satisfação com a vida é uma avaliação subjectiva de qualidade de vida (Sousa & Lyubomirsky, 2001). Uma forma simplificada de entender este conceito é apresentada por Paschoal, (2004), e que se resume à diferença entre as expectativas dos indivíduos e as suas realizações.

Como já foi referido no sub-capítulo anterior, a satisfação com a vida é considerada o aspecto cognitivo de um constructo mais extenso - o bem-estar subjectivo. Desse modo, a satisfação com a vida influencia directamente o bem-estar subjectivo e indirectamente a qualidade de vida (Spirduso, 1995). Estes conceitos estão inter-relacionados e influenciam-se mutuamente. No que respeita ao sentido da relação entre estes domínios psicológicos, existe algum consenso entre os autores: Cummins e Nistico (2002), Raine et al. (2002), Spirduso (1995), Shigehiro et al. (2001), Diener, et al. (1985b) e Jóia, et al. (2007) interpretam a satisfação com a vida como uma componente do conceito de Bem-estar Subjectivo. Por ser inevitavelmente uma avaliação, os julgamentos da satisfação com a vida têm uma grande componente cognitiva (Sousa & Lyubomirsky, 2001).

Na satisfação com a vida, a satisfação com o próprio torna-se um pré-requisito. A sensação de satisfação com o próprio implica a necessidade do indivíduo se sentir predominantemente bom, útil e capaz (Cummins & Nistico, 2002).

Enquanto que Cummins e Nistico (2002) identificam a necessidade da satisfação com o próprio para atingir a satisfação com a vida e conseqüente repercussão no bem-estar subjectivo, Rozin (1999: cit. in Shigehiro et al., 2001) refere que a busca do prazer da realização é o mais estudado nas pesquisas sobre o bem-estar subjectivo e a satisfação com a vida na área da Psicologia. Pois o ser humano é um ser que se move pela motivação e pela busca incessante de atingir objectivos e metas.

Tem-se verificado em vários estudos aplicados a populações com diferentes características que a média dos níveis de satisfação com a vida são positivos, com cerca de 75% do valor máximo (Cummins & Nistico, 2002). O estudo de Cummins e Nistico (2002), vem mostrar que a satisfação com a vida não está simplesmente sob influência das situações que vão acontecendo ao longo da vida, mas é gerido de alguma forma e através de processos psicológicos, de modo a predominar uma visão positiva da vida. Cummins e Nistico (2002) verificaram nas suas pesquisas que há uma tendência natural do ser humano para procurar um nível próprio e positivo de satisfação com a vida e um nível mínimo mas satisfatório de felicidade, mesmo após um acontecimento trágico ou traumático. Assim, parece que o ser humano recorre a mecanismos psicológicos, de forma a controlar homeostaticamente a satisfação com a vida, procurando manter um nível moderadamente positivo.

Segundo Cummins e Nistico (2002), a satisfação com o próprio é o indicador mais forte de qualidade de vida encontrado até hoje. Para estes autores, a satisfação com o

próprio é dividida em três constituintes e que, no seu nível óptimo, são indicadores da satisfação com a vida. São eles: auto-estima (sensação de utilidade e valor), controlo (sensação de que se consegue modificar o ambiente que o rodeia, de acordo com os desejos de cada um) e optimismo (sensação positiva numa projecção para o futuro). Destas três variáveis, a auto-estima parece ser a que estabelece uma correlação mais forte com a satisfação com a vida nos estudos pesquisados por Cummins e Nistico (2002).

Na revisão da literatura efectuada por Sousa e Lyubomirsky (2001), alguns estudos acrescentam a assertividade, empatia, sentido de auto-controlo interior e abertura para novas experiências como características da personalidade que estão associadas à maior satisfação com a vida. Para Cummins e Nistico (2002), não só é necessário um mecanismo (satisfação com o próprio) que gere satisfação com a vida, como também este mecanismo tem de ser robusto o suficiente para resistir aos desafios da vida que, muitas vezes, tendem a criar insatisfações com o próprio. Esta tendência de visão positiva relativamente à sensação de utilidade, controlo e optimismo são essenciais para manter a homeostase do bem-estar subjectivo numa plataforma estável. Se essa visão cai abaixo desse nível óptimo, inicia-se uma associação com depressão e pensamentos de desilusão.

O conceito de satisfação com a vida é extremamente complexo e difícil de mensurar, devido à variação por influência de factores tanto externos como internos. O estado de humor no momento da avaliação da satisfação com a vida pode interferir nas respostas sobre o conceito no seu todo. Igualmente, o atingir ou não dos objectivos estabelecidos previamente tem implicações no estado emocional do indivíduo, naquele momento ou naquela fase da vida, o que irá repercutir-se na sua óptica sobre a sua vida. Assim, o factor temporal é o factor externo que mais peso tem na motivação e determinação dos objectivos e consequente apreciação da Satisfação com a Vida. Da mesma forma, uma visão optimista sobre o futuro pode ter implicância de quão bem o indivíduo consegue lidar com situações stressantes no momento actual (Pavot, Diener & Suh, 1998). Os processos cognitivos que os indivíduos fazem ao responder sobre a satisfação com a sua vida influenciam as respostas e alteram os resultados da pesquisa, dependendo em que eventos da vida o indivíduo se concentra para responder. Por exemplo, um indivíduo optimista, quando questionado sobre a satisfação com a vida, recorre aos acontecimentos positivos da sua vida para responder, enquanto que um indivíduo pessimista vai focar a sua atenção nos acontecimentos menos positivos ou

trágicos da sua vida. Uma vez mais, o factor interno personalidade interfere na avaliação da satisfação com a vida (Pavot et al., 1998).

Sousa e Lyubomirsky (2001) vêm corroborar esta ideia ao afirmar que o ambiente, e sobretudo acontecimentos recentes (isto porque o indivíduo se vai adaptando progressivamente às mudanças na vida), influenciam a avaliação da vida, assim como a personalidade. Alguns estudos da revisão da literatura concluem que, quando um indivíduo está satisfeito com uma área específica, tende a ter uma perspectiva igualmente positiva em outras áreas.

De uma forma global, pode-se afirmar que, com base na associação entre a personalidade e a sua influência no ambiente, a satisfação com a vida torna-se relativamente estável ao longo da vida e consistente perante os acontecimentos.

2.1.2. Percepção de Stress

O conceito de stress foi primeiramente aplicado pelo fisiologista Hans Selye em 1935, ao verificar que qualquer agressão física despertava uma resposta biológica não específica no organismo (Rivolier, 1999). A teoria de stress de Selye baseava-se no conceito de que o organismo humano é um sistema que segue o princípio homeostático (princípio do equilíbrio). Se este equilíbrio for perturbado, é activado o sistema de auto-regulação, numa tentativa de regressar ao estado inicial de equilíbrio. Selye define o stress como um estado que traduz a ocorrência de uma sequência inespecífica de respostas fisiológicas provocadas por situações específicas de tensão (Hackfort & Schwenkmezger, 1993; Rivolier, 1999). De acordo com a teoria de Selye, esta sequência de ocorrências só surge quando as respostas de adaptação e compensação do organismo falham (Hackfort & Schwenkmezger, 1993).

A resposta orgânica ao stress é dividida em três fases:

1. fase de reacção de alarme, que activa todo o sistema de regulação orgânico;
2. fase de resistência ou adaptação, em que há o retrocesso desse sistema;
3. fase de exaustão ou descompensação, que surge em situações de stress prolongado e pode afectar negativamente os órgãos.

Para Selye, o stress era visto apenas num prisma fisiológico, contudo, a partir da década de 80, o stress psicológico veio sobrepor-se ao fisiológico. Actualmente é o stress psicológico que mais preocupa a população em geral, os profissionais de saúde e

os investigadores. O stress psicológico é um problema generalizado a todas as populações (Bulla et al., 2007). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, o stress afecta actualmente mais de 90% da população mundial e está associado à ocorrência de diversas patologias, tais como doenças metabólicas, cardiovasculares, gastro-intestinais, distúrbios do crescimento, cancro, depressão, distúrbios reprodutivos e doenças infecciosas, entre outras (Pereira et al., 2004).

Actualmente, o stress é entendido como algo semelhante a um desequilíbrio nervoso ou emocional causado por grandes e/ou frequentes pressões e dificuldades do quotidiano. Mas para Pereira e seus colaboradores (2004), o stress também funciona como um motivador ou um “motor de arranque” que estimula o indivíduo na busca das suas realizações, tanto no domínio sentimental e profissional, como em qualquer outro campo. Assim, se por um lado o excesso de stress é prejudicial ao indivíduo, proporcionando a manifestação de doenças, por outro lado, a falta dele pode levar à formação de um ser acomodado e inapto para enfrentar os desafios diários. Segundo estes autores, os indivíduos com níveis demasiado baixos de stress, ainda que não cause danos tão graves como os que sofrem de stress excessivo, são geralmente indivíduos com baixa auto-estima.

Em 2000, o stress é descrito por Taylor como resultante do reconhecimento do desequilíbrio entre as capacidades percebidas e as exigências situacionais. Este manifesta-se em estados emocionais e em respostas psicológicas, fisiológicas e comportamentais. A ansiedade é o estado emocional do stress e é constituída por componentes cognitivas e somáticas – ansiedade estado. Por outro lado, a ansiedade também pode ser classificada como uma predisposição do indivíduo para ser ansioso perante inúmeras situações – ansiedade traço (Taylor, 2000).

Uma contribuição importante para compreender o fenómeno de stress foi dado por Lazarus e Folkman (1984: cit. in Pereira et al., 2004), ao demonstrarem que não são os eventos da vida em si que originam stress patológico, mas sim a avaliação que o indivíduo faz das situações por que passa, assim como as diferenças ambientais, orgânicas e psicológicas, que têm um importante papel mediador neste contexto. Tal descoberta alterou o rumo das pesquisas neste campo e as fontes de stress passaram a ser categorizadas em internas – sendo os agentes nocivos sentimentos ou pensamentos; e externas – independentes do mundo interno do indivíduo, portanto não controláveis por este.

Janke (1976: cit. in Hackfort & Schwenkmezger, 1993) classifica os agentes stressores em categorias diferentes das de Lazarus e Folkman. São elas: stressores externos (meio ambiente), stressores associados à privação das necessidades primárias, stressores de performance (demandas excessivas, insatisfação com o desempenho); stressores sociais (isolamento, conflitos inter-pessoais, mudança de hábitos, perda de entes queridos) e stressores relacionados com conflitos intra-pessoais.

De acordo com Cohen & Williamson (1988: cit. in Luft, Sanches, Mazo & Andrade (2007), existem três formas de medir o stress. A primeira é direccionada à presença de agentes stressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do stress; a terceira pretende medir a percepção de stress individual de forma global, independente dos agentes stressores.

É sabido que a mesma situação é percebida de forma diferente de indivíduo para indivíduo e o que pode constituir uma ameaça para uns, pode significar uma situação de fácil resolução para outros (Luft et al., 2007). A forma como cada indivíduo interpreta os acontecimentos, as estratégias de *coping* e a personalidade são factores que podem moderar a forma como os eventos podem ser experienciados como mais ou menos stressantes (Suh et al., 1996; Lipp, 1996: cit. in Bulla et al., 2007). O indivíduo interage activamente no seu meio ambiente, percebendo eventos potencialmente ameaçadores recorrendo a capacidades internas para lidar, resolver e ultrapassar os problemas. Nesta perspectiva, o efeito stressante só acontece quando a situação é percebida como ameaçadora pelo indivíduo ou demasiado exigente, que ultrapasse as suas capacidades e este não possua recursos suficientes para lidar com a situação (Cohen et al., 1983). Os eventos ou factores externos são stressores porque provocam mudanças demasiado rápidas no meio ambiente, cuja magnitude requer um grau de adaptação social e psicológica por parte dos indivíduos. Esta mudança, por si só, é capaz de produzir stress (Pereira et al., 2004; Bulla et al., 2007).

De encontro com estas ideias, Cohen e colaboradores (1983) afirmam que existem três condições centrais que podem provocar stress, e que são as situações que o indivíduo considera como imprevisíveis, incontroláveis e de sobrecarga.

Independentemente do stress psicológico ser originado por agentes de natureza social, psicológica ou física, o padrão de resposta fisiológica é sempre o mesmo (Hackfort & Schwenkmezger, 1993; Pereira et al., 2004). A resposta ao stress inicia-se

no momento em que o cérebro percebe um agente como stressor, isto é, perigoso ou ameaçador, desencadeando uma resposta fisiológica (Pereira et al., 2004), independentemente deste agente ser um acontecimento triste, assustador, ameaçador ou excitante. Estas experiências stressoras têm efeitos nocivos nos processos metabólicos dos órgãos e tecidos. O mecanismo geral de resposta ao stress não é mais do que uma série de sequências bioquímicas hormonais que afectam vários sistemas do corpo humano, desde o endócrino ao nervoso. Desestabiliza a homeostase e provoca distúrbios no sistema digestivo, diminuição do sistema imunitário e aumento da pressão arterial. Sendo esta uma das razões pela qual o stress é considerado um factor de risco para a saúde e conseqüente para a qualidade de vida, uma vez que, a longo prazo, esse aumento da pressão arterial contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e a predisposição para outras doenças crónicas pela diminuição das defesas imunitárias (Carlson, 2002: cit. in Pereira et al., 2004). Cooke (1986: cit. in Pereira et al., 2004) refere que o corpo humano, quando submetido a situações de stress físico e emocional prolongadas pode atingir uma sobrecarga funcional que culmina em processos patológicos, como doenças mentais, nomeadamente esquizofrenia e depressão. Alguns autores verificam nas suas investigações que o factor stress segue uma linha inversamente proporcional ao bem-estar subjectivo (Albuquerque & Lima, 2007; Espadaneira, 2007).

Outra perspectiva mais recente associa o stress psicológico ao stress biológico ao nível celular. Actualmente, é sabido que as células do corpo humano são agredidas diariamente por radicais livres provocando desequilíbrios bioquímicos e que, agravado por factores pró-oxidativos, aumentam o risco de aparecimento de doenças crónicas. O stress psicológico é considerado um desses factores pró-oxidativos. Os estados de depressão, ansiedade, stress e angústia aumentam o aparecimento de doenças inflamatórias crónicas. Por outro lado, o facto de o indivíduo sofrer de uma doença prolongada ou crónica, fragiliza o seu estado emocional e a sua capacidade homeostática. Uma é a causa ou consequência da outra (Sánchez-Rodríguez & Mendonza-Núñez, 2003 e Stratakis, 1995: cit. in Arronte-Rosales, Sanchez-Rodríguez, Correa-Muñoz, & Mendoza-Nuñez, 2007)

2.1.3. Auto-conceito

O estudo do auto-conceito tem sido foco central de um vasto leque de teorias filosóficas e sociais, no sentido de investigar a auto-estima e os constructos a ela relacionados. Se por um lado, a auto-estima tem sido vista como um indicador de bem-estar emocional e mental, o auto-conceito tem igualmente sido associado ao comportamento humano (Fox, 1990) e ao bem-estar psicológico (Berger & McInman, 1993).

É particularmente difícil apresentar uma definição única e completa de auto-conceito. Tal como acontece com outros constructos psicológicos, o auto-conceito apresenta um carácter complexo e multidimensional (Fox, 1999; 2000). A complexidade deste conceito tem propiciado a existência de um conjunto de termos que muitas vezes são empregues indiscriminadamente, gerando ambiguidade e conduzindo a uma confusão conceptual e metodológica. Tem sido identificada na revisão da literatura alguma indefinição quanto à correcta e objectiva diferenciação entre a auto-estima e o auto-conceito. Esta imprecisão tem-se arrastado até ao final da década de 80, altura em que parece ter emergido um consenso na definição destes dois constructos primários do “eu” (*self*) (Fox, 1997; 1998), considerando que se trata de duas entidades psicológicas diferentes e que divergem para distintas dimensões do “eu” (Peixoto, 1996: cit. in Bernardo & Matos, 2003). Segundo diversos autores, o auto-conceito é o domínio mais abrangente relativo à auto-descrição do indivíduo, uma vez que está relacionado com a percepção que ele tem de si próprio (Peixoto, 1996 e Vaz Serra, 1988: cit. in Santos, 2005), enquanto que a auto-estima é a dimensão avaliativa do auto-conhecimento e refere-se à forma como um indivíduo se auto-avalia (Fox, 1999). Neste sentido, a auto-estima pode ser usada para se referir à auto-avaliação de um indivíduo como um todo (auto-estima global) ou pode ser discutida em relação à avaliação do “eu” em determinada dimensão ou domínio em particular (Bernardo & Matos, 2003).

A investigação teórica na área do auto-conceito caracteriza-se por uma grande imprecisão da terminologia e discordância das definições. Vasconcelos (1995: cit. in Santos, 2005) identifica na literatura vários sinónimos, tais como “percepção de si”, “representação de si”, “conceito de si”. Associando as duas expressões que mais se encontram e confundem na literatura, Vaz Serra (1986: cit. in Santos, 2005) define auto-conceito como a percepção que o indivíduo tem de si e o conceito que, por isso, forma

de si. Note-se que auto-conceito é um constructo global, enquanto que a auto-percepção é o conjunto de percepções que irão dar origem ao auto-conceito.

Shavelson e colaboradores (1976: cit. in Kelly, 2004) descrevem a teoria do auto-conceito como multidimensional e com capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente. Kelly (2004) define auto-conceito como uma visão pessoal e própria com base nas experiências com o meio e nas interpretações do meio ambiente. Estas interpretações são influenciadas pelas avaliações e reforços positivos ou negativos atribuídas pelos outros (pessoas que o indivíduo considera significativas) ao comportamento do indivíduo. O auto-conceito é o conhecimento das características e limitações pessoais do próprio indivíduo e a forma como ele vê essas características similares ou diferentes comparativamente aos outros indivíduos. É um aspecto importante no desenvolvimento social, uma vez que é formado através de experiências sociais e relações interpessoais. O que significa que um auto-conceito positivo pode ser desenvolvido a partir de um envolvimento em actividades sociais e cognitivas bem sucedidas (Bahram & Shafizadeh, 2006). Para Carvalho, (2002: cit. in Santos, 2005) o auto-conceito é contemplado como uma estrutura social, uma vez que exprime a forma como o indivíduo compreende os outros, mas também traduz a forma segundo a qual o indivíduo acredita que os outros o compreendem, e ainda, representa o modo como os demais compreendem o indivíduo. Cada indivíduo possui uma percepção do “eu”, isto é, um auto-conceito, a partir das interações que estabelece com os outros. O auto-conceito não constitui uma visão objectiva do próprio indivíduo, mas antes um reflexo de como este se percebe a si próprio (Vaz Serra, 1983: cit. in Santos, 2005). Mais recentemente, uma definição é dada por Faria e Fontaine (1990: cit. in Santos, 2005) em que o auto-conceito se refere ao conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias. Este conceito vai sofrendo variações ao longo da vida do indivíduo em função das suas interações com o meio, das experiências e da percepção das suas competências pessoais e sociais.

Apesar da variedade de definições, existe uma certa coerência entre as descrições dos diversos autores. Assim, e de um modo geral, o auto-conceito refere-se ao conjunto de percepções que cada um tem em relação a si próprio, quer seja a nível social, emocional ou físico, num ambiente que o envolve quotidianamente.

O auto-conceito interfere no comportamento de cada indivíduo, isto é, o indivíduo tende a comportar-se em função da percepção que tem de si próprio (Sonstroem & Potts,

1996). Este constructo permite compreender e atribuir coerência ao comportamento humano ao longo do tempo.

O auto-conceito pode ser considerado uma característica traço - maleável ou uma característica estado - estável. Se, por um lado, alguns autores identificam a natureza estável do auto-conceito, por outro lado, outros autores verificam que existe uma componente variável. No entanto, segundo Berger e McInman (1993) a generalidade dos estudos apresenta uma estabilidade global do conceito que se sobrepõe a qualquer aspecto modificável. Markus e Kunda (1986: cit. in Berger & McInman, 1993) justificam esta ambiguidade de características ao afirmar que o auto-conceito é regido, quer por circunstâncias sociais imediatas (carácter variável e modificável), quer por pensamentos e memória (carácter estável).

2.1.3.1. Auto-estima Global

Auto-estima é a forma positiva como o indivíduo sente sobre ele próprio e expressa a ausência ou presença de valorização pessoal (Spirduso, 1995; Fox, 2000a). Por outras palavras, expressa quão bem o indivíduo está na vida (Campbell, 1984: cit. in Fox, 2000a), especialmente nas áreas que ele considera importantes e centrais no seu ponto de vista (Fox, 2000a). A auto-estima resulta da análise global que o indivíduo faz de si próprio com base nas diferentes áreas. É um conceito dinâmico, uma vez que se vai modificando ao longo do desenvolvimento (maturação) do indivíduo. A compreensão do seu significado tem sofrido modificações progressivas até aos dias de hoje. Actualmente é aceite o seu carácter multidimensional, uma vez que inclui a forma como cada um se vê em qualquer das dimensões psicológica, social, filosófica e física (Spirduso, 1995) ou nas dimensões biológicas, familiares e individuais, ou ainda mais especificamente, nas dimensões académicas, desportivas, profissionais, etc. (Vaz Serra, 1986: cit. in Santos, 2005).

Os indivíduos não valorizam as suas acções ou atributos da mesma forma. Nesta perspectiva, se o indivíduo se percebe como competente nos domínios onde aspira ser bem sucedido, terá uma auto-estima elevada. Por outro lado, se não é bem-sucedido em determinados domínios onde aspira ser competente, terá uma baixa auto-estima. Entretanto, a falta de competência em domínios que não são importantes para o indivíduo não afectam a sua auto-estima (Lima, 2003: cit. in Santos, 2005). Deste modo,

as atribuições de baixa ou alta auto-estima são consequência das percepções analíticas e avaliativas que o indivíduo faz aos aspectos que considera relevantes da sua identidade (Santos, 2005).

Na literatura a auto-estima surge frequentemente associada ao auto-conceito e, como já foi reportado no sub-capítulo anterior, identifica-se muitas vezes a aplicação destes dois conceitos de forma indistinta. De um modo generalizado, a auto-estima é a avaliação da informação contida no auto-conceito. Se, por um lado, o auto-conceito se refere às descrições que o indivíduo acarreta consigo, como atributos físicos, características comportamentais ou qualidades emocionais, por outro lado, a auto-estima refere-se à componente avaliativa e afectiva do auto-conceito, isto é, reflecte os julgamentos qualitativos e sentimentos que cada um tem face à descrição que faz de si próprio (Sonstroem & Potts, 1996).

Mais recentemente, Fox (1999) refere-se à auto-estima como um constructo avaliativo global e relativamente estável, que reflecte o nível no qual o indivíduo se sente positivamente acerca de si próprio, enquanto que o auto-conceito pode ser considerado como uma auto-descrição em vez de uma auto-avaliação, que se refere aos inúmeros atributos e papéis através dos quais o indivíduo se avalia a si próprio para estabelecer julgamentos de auto-estima.

Na Psicologia a auto-estima é considerada uma característica traço da personalidade e é uma qualidade relativamente estável que caracteriza e diferencia o indivíduo ao longo do tempo e em diferentes situações (Delignières, Fontes & Ninot, 2004; Fox, 2000a). Pequenas instabilidades da auto-estima podem surgir por curtos períodos de tempo, devido a situações específicas. Os níveis de auto-estima variam de pessoa para pessoa, assim como o tempo da instabilidade. Os níveis de auto-estima e as suas pequenas variações interagem de forma a predizer as reacções emocionais cognitivas ou comportamentais perante eventos (Delignières et al., 2004). Segundo Coopersmith (1967: cit. in Berger & McInman, 1993), a auto-estima pode ser afectada por circunstâncias imediatas, mas volta ao nível inicial quando as condições voltarem ao habitual.

No modelo hierárquico de Fox e Corbin (1989), que será apresentado no próximo sub-capítulo, a auto-estima é vista como um conceito global e relativamente estável, estando sujeita a eventuais variações resultantes de alterações de aspectos específicos da auto-percepção, neste caso do domínio físico.

Alguns teóricos como Campbell (1984: cit. in Carless & Fox, 2003) afirmam que para além da busca pela satisfação das necessidades fisiológicas básicas, a procura da elevação da auto-estima é das forças motivadoras mais poderosa no ser humano. Daí que a tentativa constante em agradar ao próprio e aos outros explique muito do comportamento humano (Fox, 2000a).

Teóricos como Harter (1978) e Campbell (1982) (cit. in Batista, 2000) focaram que a auto-estima é um importante indicador e mediador do comportamento humano. Para Fox (2000b), a auto-estima e as auto-percepções a ela relacionadas estão ambas implicadas nas opções de comportamentos de vida saudáveis. Por outro lado, baixos níveis de auto-estima são associados a fracos comportamentos de saúde e a distúrbios mentais (Ferreira & Fox, 2007; Sonstroem, 1997), como depressão e ansiedade (Fox, 2000a).

A auto-estima elevada, segundo Hattie (1992: cit. in Sonstroem, 1997), permite ao indivíduo lidar e integrar-se melhor na sociedade, assim como ter um maior controlo do seu papel na sociedade. No entanto, a interacção com o meio ambiente também influencia a auto-estima e vice-versa. Experiências bem sucedidas e recompensadoras tendem a promover sentimentos positivos sobre o próprio indivíduo. O nível de auto-estima em que o indivíduo se encontra naquele momento pode interferir nas experiências e escolhas que este toma, uma vez que o indivíduo tende a agir com base na sua auto-concepção, reforçando a imagem que ele tem de si próprio (Sonstroem, 1997).

A auto-estima é essencial para o bem-estar mental e é um indicador do bem-estar subjectivo, logo, contribui para a qualidade de vida do indivíduo (Fox, 2000a; Fox 2000b). As organizações de saúde enfatizam actualmente a auto-estima como uma componente central de saúde mental (USDHHS, 1999). A auto-estima é muitas vezes vista como o contributo mais importante para o bem-estar psicológico e é indicativa de adaptação à vida (*life adjustment*). Tanto que estando os seus baixos valores muitas vezes associados a psicopatologias, muitos dos tratamentos psicológicos e psiquiátricos incidem no aumento da auto-estima dos pacientes.

Devido à natureza global da auto-estima e ao seu potencial de ser influenciada por inúmeros outros factores, os investigadores têm enfatizado a necessidade de estudar outras variáveis do sistema do “eu” a par com a auto-estima (Ferreira & Fox, 2007).

Alguns autores correlacionam positivamente a auto-estima com outros constructos psicológicos, como é o caso de Liderman (1994: cit. in Santos, 2005) ao referir que a

auto-estima é afectada por factores sociais interiorizados como a satisfação com a vida, entre outros. Segundo Pracidelli et al. (2002: cit. in Santos, 2005) e Salusso-Deonier e Schwarzkopf (1991: cit. in Batista, 2000), para uma elevada auto-estima é necessário haver uma satisfação com a imagem corporal.

Na cultura ocidental, o domínio físico ocupa um lugar de extrema importância, uma vez que é considerado o meio de comunicação com o mundo social. Por esse motivo, o estudo do “eu físico” é constantemente englobado em modelos de estudo da auto-estima (Fox, 2000b). Segundo este autor, a imagem corporal, sendo uma componente do sistema do auto-conceito físico, estabelece uma correlação forte com a auto-estima.

2.1.3.2. Auto-percepção Física

No domínio da Psicologia são identificados quatro componentes do auto-conceito: o espiritual, o material, o social e o corporal. Este estudo debruça-se unicamente sobre o auto-conceito físico ou corporal, isto é, na percepção que o indivíduo tem sobre o seu próprio corpo físico, sobre a sua aparência e capacidades físicas, incluindo a sua imagem corporal (Fox, 1999).

O corpo é hoje um dos aspectos mais valorizados pelo indivíduo na sociedade ocidental, quer na dimensão aparência, quer na dimensão funcionalidade (Carless & Fox, 2003). Estas dimensões, enquanto aspectos relevantes do auto-conceito geral, constituem também aspectos importantes para o funcionamento psicológico do próprio indivíduo, na medida em que são variáveis de auto-referência e, conseqüentemente, têm um impacto positivo no bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo. O modo como este se percebe nessas dimensões influencia a forma como pensa, actua e se relaciona com o meio envolvente (Pais-Ribeiro & Ribeiro, 2003). Os padrões comportamentais são influenciados pela percepção que o indivíduo tem de si próprio (Fox, 1990).

O estudo das auto-percepções no domínio físico ainda é uma área pouco desenvolvida em Portugal. Várias investigações têm sido publicadas nos últimos anos envolvendo a actividade física e a auto-estima ou um domínio particular da auto-percepção física - a imagem corporal (Abrantes, 1998; Batista, 1995; Faustino, 1994; Ferreira, 1998 Vasconcelos, 1995: cit. in Ferreira & Fox, 2007), mas nenhum deles explorou os aspectos multidimensionais do auto-conceito físico (Ferreira & Fox, 2007).

Fonseca, Fox e Almeida (1995) proporcionaram a primeira tradução portuguesa do PSPPp (instrumento de medida que avalia a auto-percepção física numa perspectiva multidimensional), mas poucas investigações têm sido publicadas usando este instrumento (Fonseca & Fox, 2002; Ferreira & Fox, 2007).

A percepção do “eu físico” teve origem no que os autores acreditavam ser essencial para a compreensão dos mecanismos e dos antecedentes da auto-estima e a sua relação com o exercício físico (Fox, 1990; Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992).

Com base neste constructo, foi desenvolvido um modelo estrutural hierárquico por Fox e Corbin (1989), com características multidimensionais, organizado de modo a agrupar duas dimensões opostas: a global e a específica. A auto-estima é o conceito mais generalizado e encontra-se no topo da pirâmide hierárquica e é livre de contextos situacionais; enquanto que nos níveis mais baixos da pirâmide estão os sub-domínios do auto-conceito físico, mais específicos e sujeitos a contextos situacionais (Sonstroem et al., 1992; Fox, 1998). Trata-se de um constructo multidimensional, dado que há interação dos vários factores entre si. É hierárquico na medida em que se espera que as alterações das auto-percepções nos níveis mais baixos (sub-domínios) afectem as auto-percepções dos níveis mais elevados na pirâmide (Semerjian & Stephens, 2007). Por exemplo, as modificações na auto-percepção física, nomeadamente na imagem corporal, podem alterar o auto-conceito geral (Santos, 2005). É desenvolvimental, tendo em consideração que, à medida que se desenvolve o indivíduo (maturidade), o seu auto-conceito se vai tornando cada vez mais multidimensional. Este modelo estrutural possui em simultâneo uma dimensão descritiva e outra avaliativa, sendo os sub-domínios a componente descritiva sobre cada indivíduo e a auto-estima, o elemento avaliativo em que o indivíduo se avalia com base nas auto-percepções nos diferentes domínios físicos (Fox, 1998). As auto-percepções gerais são consideradas estáveis, enquanto que os sub-domínios são mais dinâmicos e é aqui que as mudanças ao longo do tempo ocorrem (Semerjian & Stephens, 2007).

O presente estudo parte com base neste modelo hierárquico de Fox e Corbin (1989), que encara o auto-conceito físico (Auto-valorização Física) como um mediador entre a Auto-estima Global e os domínios físicos (Competência Desportiva, Condição Física, Atracção Corporal e Força Física), como é esquematizado na figura 1.

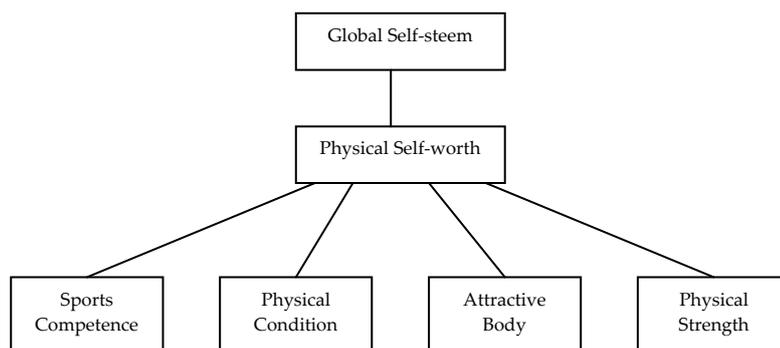


Fig.1 Three-level hierarchical organization of self-perceptions after Fox & Corbin (1989)

No entanto, para estudar a auto-percepção física na população idosa, é necessário adaptar este modelo. Assim, após várias investigações direccionadas a esta população, Fox, Stathi, McKenna e Davis (2007) fizeram as adaptações adequadas e considerou a Funcionalidade, a Competência Desportiva, a Saúde Física, a Força Física, a Atracção Corporal e a Auto-valorização Física como domínios físicos do auto-conceito específicos desta população. Sendo a auto-percepção física uma descrição que o indivíduo tem de si próprio baseado em critérios por ele escolhidos, o impacto de cada sub-domínio do modelo hierárquico de Fox e Corbin (1989) varia de indivíduo para indivíduo, em função da importância que lhe é atribuída individualmente (Fox, 1990).

Paralelamente, Chase (1991: cit. in Semerjian & Stephens, 2007) ao considerar necessária a adaptação do PSPP para medidas mais relevantes para a população idosa, desenvolveu o PSPP-A (Physical Self Perception Profile for Adults), constituído por quatro sub-domínios. Concluiu no seu estudo a existência de relação entre os níveis de auto-percepção física e o tipo e quantidade de actividades físicas escolhidas pelos idosos (Semerjian & Stephens, 2007).

2.1.3.2 a) Imagem Corporal

Não são conhecidos estudos que analisem especifica e individualmente cada sub-domínio do auto-conceito físico. No entanto, detecta-se que é dada uma grande importância ao corpo e à imagem corporal; daí a exploração excepcional deste tema.

Como afirmam Carless e Fox (2003), actualmente vive-se numa sociedade que deposita um elevado valor cultural na aparência física e nas competências físicas para quase todos os sectores da sociedade. A atenção pública está cada vez mais focada nos aspectos relacionados com o bem-estar físico e psicológico, atribuindo grande

importância ao aspecto corporal e à aparência física. O corpo assume um papel fundamental na comunicação, sendo actualmente considerado como o meio de comunicação, de socialização e de interacção (Santos, 2005; Batista, 2000). Assim, a aparência corporal e os cuidados que lhe estão inerentes tornam-se o centro da vida contemporânea em qualquer idade. Qualquer desvio do padrão ditado pela sociedade pode tornar-se numa fonte de stress e afectar a percepção que o indivíduo tem da sua imagem corporal (Santos, 2005).

Muitas são as investigações que apontam para uma relação positiva entre o auto-conceito e a imagem corporal (Batista, 2000). Outras pesquisas indicam ainda que indivíduos que possuem uma má imagem corporal tendem a ter um auto-conceito mais pobre (Santos, 2005). Segundo o modelo hierárquico de Fox e Corbin (1989), a auto-estima global é influenciada por uma série de domínios do auto-conceito físico, entre os quais a atracção corporal.

Dada a evidência da grande importância que a imagem corporal assume no conceito que o indivíduo tem de si mesmo, foi acrescentado, neste trabalho de investigação, um sub-capítulo ao tema Auto-conceito Físico unicamente para a imagem corporal. Termo este que, no instrumento de medida PSPPp-vcr e enquanto variável no tratamento estatístico, é identificado como Atracção Corporal. Na literatura são igualmente empregues várias designações à imagem corporal: “esquema corporal”, “conceito corporal”, “percepção corporal”, “atracção corporal”.

O conceito de imagem corporal comporta, quer aspectos cognitivos como as percepções acerca do corpo e experiências corporais, quer aspectos emocionais como prazer/desprazer, satisfação/insatisfação, que o indivíduo sente relativamente à sua aparência. Segundo Vaz Serra (1986) e Fowler (1989: cit. in Santos, 2005), a imagem corporal é a representação mental que o indivíduo elabora do seu corpo como resultado de julgamentos, atitudes e sentimentos de experiências anteriores e actuais. É um conceito dinâmico, uma vez que evolui ao longo da vida com as experiências pessoais.

Na definição de Oliveira (1996: cit. in Santos, 2005), a imagem corporal é uma concepção multifacetada, avaliada subjectivamente e é influenciada por indicadores físicos, por julgamentos dos outros e pelo estatuto socio-económico.

Este conceito vai-se modificando continuamente ao longo da vida em função das experiências vividas e da substituição de valores. As pressões sócio-culturais influenciam e modelam a formação do conceito individual da imagem corporal, assim

como as experiências sensoriais e perceptuais influenciam o desenvolvimento da imagem corporal (Batista, 2000).

3. Exercício Físico e seus Efeitos Psicossociais

O termo Actividade Física compreende qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num aumento substancial do gasto energético; enquanto que o Exercício Físico é definido como a realização de actividade física de uma forma regular e prolongada no tempo, com o objectivo específico de melhoramento da aptidão física e da saúde (Bouchard & Shephard, 1993). Apesar de existir uma diferença bem delimitada, no presente estudo e por questões de simplificação, os termos Actividade Física e Exercício Físico são usados de forma indistinta.

Os estudos que relacionaram o exercício físico com aspectos psicológicos no adulto começaram a ter grande ênfase na década de 80. Estudavam como domínios psicológicos a depressão e a ansiedade. Mais tarde, dada a complexidade dos factores e verificando a sua inter-relação, as investigações procuraram focar como benefícios psicológicos do exercício físico a auto-estima, a auto-eficácia e o bem-estar subjectivo. Investigações mais actuais dirigem o seu foco de atenção para um conceito mais recente - a auto-percepção.

Os resultados de inúmeras pesquisas têm suportado o facto de que o exercício físico regular tem efeitos positivos na saúde mental, tais como: melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (Rejeski, Brawley & Shumaker, 2000) diminuição da depressão (Lindwall, Rennemark, Halling, Berglung & Hassmén, 2006), diminuição do stress e da ansiedade; melhoria do humor, da auto-estima, da auto-confiança, da imagem corporal e do auto-conceito (Fox, Boutcher, Faulkner & Biddle, 2000); maior qualidade do sono; distração de pensamentos negativos; maior ajustamento social (Jones & Rose, 2005; Fox, 1999; Timonen, Rantanen, Timonen & Sulkava 2002; Hammond, 2002; USDHHS, 1996; Pate, Pratt, Blair, Haskell, Macera, Bouchard, Buchner, Ettinger, Heath, King, Kriska, Leon, Marcus, Morris, Paffenbarger, Patrick, Pollock, Rippe, Sallis & Wilmore, 1995; Fox et al., 2007; Biddle, Page, Ashford, Jennings, Brooke, & Fox, 1993).

Vários autores têm vindo a sugerir inúmeras hipóteses explicativas para os efeitos da prática de exercício físico nas variáveis psicológicas, no entanto, ainda não existe uma explicação definitiva. Plante (1994: cit. in Cruz, Machado & Mota, 1996), assim como Fox e colaboradores (2000), após uma revisão de estudos agruparam os possíveis mecanismos sugeridos pelos diversos autores. São eles mecanismos bioquímicos:

- O aumento da temperatura do corpo devido ao exercício físico tem, a curto prazo, efeitos tranquilizadores;
- O exercício facilita a adaptação ao stress devido à estimulação da actividade adrenal, que produz maior quantidade de esteróides e assim maior controlo do stress;
- O exercício promove a libertação da tensão muscular;
- O exercício facilita a neuro-transmissão da norepinefrina, serotonina e dopamina, o que resulta na melhoria de estados de humor;
- O exercício estimula a libertação de endorfinas, hormonas que têm um efeito de redução da sensação de dor e podem gerar um estado de euforia.

No entanto, estas teorias não explicam na sua totalidade a relação complexa que existe entre o exercício físico e o funcionamento psicológico. Pelo que foram avançadas várias teorias complementares de natureza psicológica:

- A melhoria na aptidão física gera e promove as percepções de mestria, de controlo pessoal e de auto-eficácia;
- O exercício físico promove o estado alterado e relaxado de consciência;
- O exercício constitui uma forma de *bio-feedback* que ajuda o indivíduo a controlar e regular a sua activação fisiológica;
- O exercício constitui uma forma de diversão e distracção face ao stress, emoções e pensamentos negativos do quotidiano;
- O contacto, reforço e inter-ajuda social que é sentido pelos praticantes de exercício melhora o estado psicológico;
- O exercício actua como um filtro moderador ao diminuir a pressão psicológica gerada pelos acontecimentos da vida;

Plante (1994: cit. in Cruz et al., 1996) sugere ainda que muitos dos efeitos psicológicos positivos podem resultar mais das percepções que o indivíduo tem sobre os seus ganhos físicos do que da melhoria real da aptidão física.

De uma forma sucinta, Faulkner e Carless (2006) apresentam os três principais mecanismos responsáveis pelas alterações psicológicas resultantes da prática de exercício físico: bioquímicos (maior produção de opioides e norepinefrina), fisiológicos (melhoria da função cardio-respiratória, e da função muscular) e psicológicos (apoio social, sensação de autonomia, percepção de melhoria das competências em diversas áreas, auto-eficácia, melhoria da auto-imagem, distração, sociabilização) (Faulkner & Carless, 2006; Fox, 1999).

Ainda assim, fica em aberto a questão se é o exercício por si só, ou outras variáveis moderadoras que, associadas ao exercício, se tornam responsáveis pelos efeitos psicológicos da prática de exercício físico. Cruz e colaboradores (1996) sugerem que a solução passa por um modelo compreensivo e integrador do comportamento e da adaptação humana que concilie o sistema dinâmico de inter-relações e interdependência entre as variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

A *American College of Sports Medicine* (ACSM, 2000) assume que linhas orientadoras de um programa de exercício físico bem estabelecidas melhoram a capacidade funcional fisiológica do indivíduo e que as mesmas se aplicam à melhoria da sua saúde mental. No entanto, Berger e McInman (1993) consideram que é necessário examinar as características e parâmetros do exercício físico para estabelecer o que são linhas bem orientadas com o intuito de obter efeitos psicológicos positivos. O que ainda não acontece na actualidade, uma vez que existem estudos com uma grande variedade de condições e de exercícios e em populações tão diversas que ainda não existe um consenso nos resultados, limitando a consistência dos mesmos e impossibilitando a atribuição de conclusões definitivas.

Quando se associa o exercício físico aos benefícios da saúde mental é necessário ter presente três componentes principais, que são: sensação de prazer/desfrutar da prática, tipo de actividade e requisitos para a prática (Berger & McInman, 1993).

- Sensação de prazer/desfrutar da prática - o desfrutar do exercício varia de indivíduo para indivíduo, ou seja, o que é agradável para um pode não o ser para o outro. Assim, o desfrutar do exercício físico torna-se numa condição essencial na potencialização dos efeitos psicológicos positivos do exercício físico.
- Tipo de actividade - engloba três características do exercício. No que diz respeito ao tipo, não há qualquer dúvida na literatura de que o exercício aeróbio está associado à melhoria de inúmeras características psicológicas relacionadas com o bem-estar. Mais concretamente, numa recolha bibliográfica, Berger e McInman (1993)

verificaram que mais do que uma boa capacidade aeróbia, é a respiração abdominal rítmica (gerada pela própria actividade aeróbia e por actividades de baixa intensidade) a responsável pelos efeitos psicológicos positivos. O efeito relaxante destas alterações do padrão respiratório chega a ser comparado aos efeitos da meditação, cuja fase inicial se volta para a concentração do ritmo respiratório. A segunda característica refere-se ao cariz competitivo/não competitivo do exercício. Verifica-se que o exercício não competitivo está associado aos benefícios psicológicos. Esta ausência de competição actua por vários factores: por um lado evita o efeito psicológico negativo de perder, por outro não atinge o nível de sobre-treino que se manifesta por exaustão fisiológica e mental/psicológica. A terceira característica concerne o espaço e tempo do exercício. A preferência por exercícios em locais fechados e previsíveis temporal e espacialmente é variável e condiciona os seus resultados. Alguns indivíduos preferem locais previsíveis e fechados como corrida ou natação, uma vez que, não exigindo esforço mental, permite mais tempo para divagar e obtêm melhores resultados psicológicos nestas condições. Por outro lado, outros indivíduos preferem um desporto menos previsível e que exija a sua concentração mental total; enquanto isso não pensam nos problemas e melhoram os resultados psicológicos. Assim, parece que para se submeter a um determinado tipo de programa experimental de exercício, é necessário conhecer as preferências dos indivíduos. No entanto, Berger e McInman (1993) verificam que os estudos tendem a indicar mais para as actividades previsíveis, em locais fechados, sem interferência do meio ambiente e, portanto, mais facilmente controláveis pelo praticante. O mesmo acontece para actividades rítmicas e repetitivas, as preferências divergem, no entanto os estudos apontam mais para os exercícios rítmicos e repetitivos.

- Requisitos para a prática - no que concerne à intensidade e frequência da prática, parece haver um consenso nas investigações de que o exercício de intensidade moderada é o que obtém maiores benefícios psicológicos, assim como uma frequência regular, que permita ao praticante considerar a prática do exercício como agradável (Berger & McInman, 1993).

De uma forma conclusiva, parece que para beneficiar ao máximo dos efeitos psicológicos do exercício físico, é essencial que o programa comporte determinadas características: deve promover uma respiração rítmica, de carácter não competitivo, ser uma actividade previsível em tempo e espaço e ser caracterizada por movimentos rítmicos e repetitivos, de intensidade moderada e com uma frequência regular (Berger & McInman, 1993).

Apesar destes efeitos positivos estarem comprovados e fundamentados, a OMS (2003: cit. in Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007) estima que sessenta por cento da população mundial não atinja o mínimo recomendado de 30 minutos de actividade física diária e de intensidade moderada. Por outro lado, apenas uma pequena percentagem da população tem noção de quanta actividade física é necessária para atingir benefícios de saúde.

É necessário haver motivação para a prática de qualquer actividade física e acreditar nos seus benefícios; se os indivíduos não valorizam a actividade física como benéfica, também não têm motivação para nela participar (Witcher et al., 2007). No estudo de Rasinaho e seus colaboradores (Rasinaho, Hirvensalo, Leinonen, Lintunen & Rantanen, 2006) verificou-se que a manutenção da saúde é o maior motivador para a participação em grupos de exercício físico. O contacto social e o apoio social também são motivadores para a prática de exercício em grupo, sobretudo em iniciantes.

4. Exercício Físico e Qualidade de Vida

Os estudos identificados na literatura mostram que a qualidade de vida pode ser melhorada através dos inúmeros efeitos psicológicos resultantes da prática de exercício físico (Carless & Douglass, 2004; Jones & Rose, 2005; Cruz et al., 1996; Batista, 2000).

De uma forma geral, foram identificados como efeitos psicológicos imediatos resultantes da prática de exercício físico, a diminuição do stress e da ansiedade, a melhoria do estado de humor (Jones & Rose, 2005), a maior qualidade do sono (Fox, 1999) e a distração de pensamentos negativos (Fennell & Teasdale, 1984 e Morgan, 1985: cit. in Timonen, Rantanen, Timonen & Sulkava, 2002). E como efeitos psicológicos a longo prazo o bem-estar subjectivo, a auto-estima, o menor nível de depressão (Jones & Rose, 2005), a melhor adaptação ao stress do dia-a-dia (Timonen et al., 2002), a melhoria da auto-estima (Fox, 1999; Sonstroem & Morgan, 1989: cit. in Timonen et al., 2002; Hammond, 2002) e ainda a melhoria da saúde mental e da função cognitiva (Jones & Rose, 2005). Todos estes efeitos transformam-se em maior qualidade de vida.

Com base na evidência dos benefícios psicológicos da prática regular de exercício físico, os estudos actuais procuram esclarecer os mecanismos responsáveis por esses efeitos. Existem várias hipóteses, ainda que segundo Jones e Rose (2005) não

consolidadas. No entanto, Fox (1999) considera que estas alterações psicológicas devem-se hipoteticamente a vários factores: bioquímico, fisiológico e psicossocial.

Bioquímico: pensa-se que as hormonas segregadas pelo organismo durante e após o exercício são responsáveis pelos efeitos psicológicos do exercício.

Fisiológico: pensa-se no relaxamento muscular e na eficiência de neurotransmissores como responsáveis pelos efeitos psicológicos do exercício.

Psicossocial: a percepção que o indivíduo tem da melhoria da sua capacidade física e funcional através do exercício físico, pode generalizar-se para auto-estima global e outros elementos de bem-estar subjectivo. Por outro lado, a interacção social que a participação no exercício pode promover, favorece o apoio social essencial para melhorar a auto-estima e satisfação com a vida (Fox, 1999).

Tal como os benefícios físicos, os benefícios psicológicos diferem do tipo de exercício e da modalidade. Factores como exercício individual ou em grupo, competitivo ou recreativo, aeróbio ou anaeróbio, crónico ou agudo, diferentes níveis de condição física e habilidade no mesmo grupo podem interferir nos resultados dos benefícios psicológicos. Até mesmo uma prática única pode obter resultados diferentes por múltiplos factores: características da prática, meio ambiente, praticantes e instrutor (Berger & McInman, 1993).

A partir do momento em que o exercício físico está associado à melhoria do estado de humor, do auto-conceito, da auto-eficácia e da auto-estima e à diminuição dos índices de stress psicológico e fisiológico, pode considerar-se que este desempenha um papel primordial na qualidade de vida (Berger & McInman, 1993).

4.1. Exercício Físico e Bem-estar Subjectivo

Face às novas exigências e pressões exercidas pela sociedade, um número cada vez maior de indivíduos tem vindo a recorrer à prática regular de exercício físico como forma de procura do bem-estar psicológico. De facto, é consensual que a prática regular de exercício físico, além de outros benefícios para a saúde, é melhorar o bem-estar psicológico (Cruz et al., 1996).

A relação entre saúde e bem-estar subjectivo é bidireccional. Não só o estado de saúde influencia o bem-estar subjectivo, como o sentimento de bem-estar também incita

o indivíduo a adoptar comportamentos e estilos de vida saudáveis, como a alimentação equilibrada e variada e a prática de exercício físico moderado e regular (Spiriduso, 1995; Benjamin, Edwards & Bharti, 2005; Shakiba, 2006). Deste modo, o exercício físico pode indirectamente melhorar o bem-estar subjectivo e a qualidade de vida através da prevenção da doença (Fox, 1999).

Vários são os estudos que vêm de encontro a esta teoria de que o exercício físico traz benefícios positivos no bem-estar mental (Raine, Truman & Southerst, 2002; Faulkner & Biddle, 2001; Hammond, 2002) e no bem-estar emocional (Richardson Faulkner, McDevitt, Skrinar, Hutchinson & Piette, 2005) ou no bem-estar psicológico (Ruuskanen & Ruoppila, 1994). Por outro lado, parece que o bem-estar psicológico é um indicador importante para a continuação da prática de exercício físico. Surge assim uma questão de causalidade-efeito (Ruuskanen & Ruoppila, 1994).

Os resultados psicológicos positivos resultantes da prática do exercício físico originam melhoria do bem-estar subjectivo por influência de outros domínios psicológicos como a auto-estima e o auto-conceito físico (Spiriduso, 1995; Jones & Rose, 2005) e a redução do stress e libertação da tensão (Cruz et al., 1996). Segundo Fox, (1999) o exercício físico proporciona um efeito positivo no humor, o que conduz ao bem-estar subjectivo.

Para Spiriduso (1995) uma mudança efectiva e duradoura do bem-estar subjectivo no indivíduo implica que a prática de exercício físico passe a ser um estilo de vida e não uma simples intervenção no seu dia-a-dia durante um determinado período da vida.

Os benefícios psicológicos provenientes da prática de exercício físico podem ser influenciados por uma série de outros factores: tipo de exercício (actividade de grupo/individual; competição/lazer; aeróbio/anaeróbio; exercício crónico/agudo), modalidade praticada; idade e condição física do praticante; ambiente em que se realiza a prática (Cruz et al., 1996).

4.1.1. Exercício Físico e Satisfação com a Vida

Segundo Berger e McInman (1993) a correlação entre o exercício físico e a satisfação com a vida é elevada, uma vez que incluem a melhoria da saúde, melhor

habilidade para lidar com o stress, e atitude mais positiva perante a vida no conceito de satisfação com a vida.

No estudo de Sequeira e Silva (2002), ao procurar identificar as variáveis que mais contribuem para o bem-estar e satisfação com a vida dos indivíduos, verificaram que, entre outras, o nível de actividade física tem influência na satisfação com a vida. O factor de integração social associado à prática de exercício físico é outro contributo para a satisfação com a vida ao estabelecer novas relações e amizades e ao reduzir a solidão (Sequeira & Silva, 2002).

Mais do que a satisfação com o próprio, a satisfação com a vida é uma reflexão de toda uma vida, pelo que o factor exercício físico interfere com uma percentagem muito pequena na satisfação com a vida, daí a grande divergência de resultados que se encontram nas investigações científicas.

Rosenberg (1986: cit. in Berger & McInman, 1993) considera a felicidade uma componente da satisfação com a vida e conclui no seu estudo que esta não é influenciada pelo exercício físico. É importante ter presente que o idoso escolhe a actividade que lhe dá mais prazer, o que pode não ser a actividade física em si, mas sim a sua própria organização, por exemplo, outra actividade mental e não fisicamente activa.

4.1.2. Exercício Físico e Percepção de Stress

No meio desportivo são muitas vezes aplicados indiscriminadamente os termos stress, ansiedade e emoção devido à sua proximidade conceptual. No entanto, são conceitos distintos e com significados diferentes (Rivolier, 1999).

Em termos científicos, a ansiedade é categorizada como uma emoção. Nas teorias cognitivas, a avaliação da ansiedade encontra-se nas investigações sobre stress e é considerada uma emoção típica do stress (Hackfort & Schwenkmezger, 1993). Spielberger (1972: cit. in Hackfort & Schwenkmezger, 1993) defende que o stress e a ansiedade estabelecem uma relação muito próxima e elabora um esquema explicativo da sua conexão: sendo o stress um estímulo objectivo, irá provocar uma sensação de ameaça (estímulo subjectivo) e originar uma resposta de ansiedade.

No âmbito desportivo, o stress (e a ansiedade) podem ser estudados de duas formas: 1) observação das técnicas de controlo de stress usadas pelos atletas, sobretudo os de alta competição; 2) observação dos efeitos do exercício físico sobre os níveis de stress. O presente trabalho de investigação debruça-se unicamente neste último ponto e associa os conceitos Stress e Ansiedade por uma questão de imposição bibliográfica.

Os estudos são unânimes ao afirmar que a prática regular de exercício físico moderado e sem o intuito competitivo melhora, entre outras variáveis o humor e diminui os níveis de stress e de ansiedade (Jones & Rose, 2005; Fox, 1999; Timonen et al., 2002; Hammond, 2002; USDHHS, 1996; Cruz et al., 1996; Pereira et al., 2004; WHO, 1998a).

Atlantis, Chow, Kirby e Singh (2004) avaliam no seu estudo vários domínios da qualidade de vida relacionados com o exercício físico e verificam diminuição dos níveis de stress após um período de 24 semanas de prática de exercício aeróbio de intensidade moderada numa população adulta inicialmente sedentária.

Folkins (1976: cit. in Hackfort & Schwenkmezger, 1993) inclui nos estudos sobre os estados de humor a avaliação da ansiedade e do stress e verifica uma melhoria significativa destas duas variáveis após a prática de exercício físico durante um determinado período de tempo. E associa as causas do aumento da sensação de bem-estar à diminuição dos índices de stress.

Dos poucos estudos existentes que apresentam valores favoráveis na relação exercício físico/stress e ansiedade, grande parte deles não se pode generalizar porque se baseiam em amostras constituídas por populações clínicas ou porque falham em termos metodológicos (Hackfort & Schwenkmezger, 1993). Estes autores sugerem que é necessário ter em conta não só as características individuais do grupo em estudo, mas também o tipo de exercício, duração, intensidade, frequência e factores ambientais como o suporte social. A inter-relação destes factores aumenta a complexidade das investigações e dificulta a sua comparação.

Por seu lado, Berger e McInma (1993) afirmam detectar uma diminuição acentuada dos sintomas de stress numa prática única de exercício físico em populações sem patologia diagnosticada. E referem que a diminuição da ansiedade a longo prazo resultante de programas de exercício físico crónico está mais associada a populações psiquiátricas. Comparativamente aos efeitos a longo prazo, as alterações a curto prazo parecem estar mais associadas ao exercício físico em si.

Segundo Petruzzello e colaboradores (Petruzzello, Landers & Salazar, 1993), há evidência científica de que o exercício agudo tem uma associação fraca a moderada com a redução da ansiedade-estado; enquanto que o exercício crónico está associado à redução fraca a moderada da ansiedade-traço.

No estudo elaborado por Weinberg e seus colaboradores (Weinberg, Jackson & Kolodny, 1988) verificou-se que o grupo que praticava corrida (*jogging*) apresentava melhorias no estado de humor e diminuição da ansiedade imediatamente após o exercício, comparativamente com um grupo de repouso e mesmo o grupo que praticava outras actividades desportivas como ténis e natação. Os estudos têm confirmado maior evidência no efeito da corrida na diminuição da ansiedade (Weinberg et al., 1988; Berger & McInman, 1993). Outros autores não referem a corrida mas o exercício aeróbio como factor predominante na diminuição das respostas fisiológicas aos agentes psicológicos stressores (Blumenthal et al., 1988 e Crews & Landers, 1987: cit. in Berger & McInman, 1993). Outros ainda indicam que a natação, sendo um tipo de exercício igualmente aeróbio, individual, repetitivo e rítmico tem os mesmos efeitos ao nível da redução do stress e da ansiedade (Sharp, 1987 e Berger et al, 1992: cit. in Berger & McInman, 1993). Para McAuley e Rudolph, 1995: cit. in WHO, 1998a), quanto maior o período de prática de exercício físico, mais forte se torna a ligação entre o exercício e a saúde mental.

São sugeridos vários mecanismos hipotéticos para explicar a redução da ansiedade com o exercício físico: os mecanismos fisiológicos (aumento da temperatura corporal, activação cerebral, produção de endorfinas) e os mecanismos psicológicos (distracção de pensamentos, efeito da expectativa, melhoria na mestria). Muitos estudos procuraram comprovar que o aumento da temperatura corporal estava directamente relacionado com a diminuição da ansiedade, mas concluíram que esta variável apenas contribui com uma pequena percentagem para a diminuição da ansiedade. Petruzzello e colaboradores (1993) colocaram outra hipótese, ainda não comprovada, de que seria o aumento de temperatura no hipotálamo provocado pelo exercício físico que teria uma relação directa com a diminuição da ansiedade, uma vez que este tem a função fisiológica e comportamental de regular a temperatura corporal e sabe-se também que tem influência ao nível das emoções (Petruzzello et al., 1993). Lawlor e Hopker (2001) sugerem ainda um mecanismo psicológico para a melhoria da percepção que o indivíduo tem de si próprio e conseqüente redução da ansiedade com o exercício: o facto de receber um *feed-back* positivo por parte dos outros aumenta a auto-valorização do indivíduo.

Permanece por esclarecer o mecanismo que provoca a diminuição do stress e da ansiedade com a prática de exercício físico, assim como o tempo de duração do efeito após o exercício. Alguns estudos concluem que esse efeito tem a duração de quatro horas (Morgan, 1981), outros indicam que é de apenas 30 minutos (Weinberg et al., 1988). Morgan (1987: cit. in Hackfort & Schwenkmezger, 1993) apresenta uma explicação simplista, mas não equivocada, de que durante a prática do exercício há uma distração dos pensamentos e conseqüente redução dos agentes causadores de stress. Contudo, Hackfort e Schwenkmezger (1993) indicam que para uma explicação completa é necessário ter em conta que os factores fisiológicos influenciam os processos psicológicos.

Em 2000 Taylor reuniu numa revisão exaustiva investigações efectuadas desde 1989 até 2000 no âmbito do stress/ansiedade associado ao exercício físico e verificou que os estudos não são claros quanto ao efeito positivo do exercício físico. Os estudos analisados aplicaram diferentes instrumentos de medida e em populações tão variadas como jovens, adultos, populações clínicas e população em geral. Separando os estudos de metodologia qualitativa dos de metodologia quantitativa, parece que o primeiro grupo apresenta uma relação mais forte entre o exercício e o stress, comparativamente aos estudos quantitativos.

Ao agrupar os estudos em três categorias: redução do stress com exercício agudo; redução do stress com exercício crónico e efeitos do exercício agudo e crónico na reactividade ao stress, Taylor verificou resultados diferentes. Os estudos que aplicaram exercício físico agudo não obtiveram conclusões concretas, porque usaram amostra por conveniência e foram aplicados em populações jovens, pelo que não podem ser generalizados. Verificou-se uma diminuição ligeira a moderada do stress/ansiedade em estudos aplicados em grupos de idosos, com algum tipo de doença crónica e em populações que nunca praticaram exercício físico antes, assim como em estudos efectuados com amostras aleatórias, em estudos que usaram programas prolongados de exercício físico (quinze ou mais semanas) e em exercícios aeróbios. No entanto, não identificaram nenhuma associação entre a melhoria da condição física e a diminuição do stress/ansiedade. Os estudos não apresentam diferenças significativas entre os géneros.

Com base na análise das investigações, Taylor (2000) afirma que uma percentagem significativa de estudos não apresenta diminuição do stress/ansiedade.

Segundo este autor, existem factores moderadores que afectam os resultados dos estudos, como os efeitos esperados. É difícil separar os efeitos esperados dos reais. Parece que os indivíduos que têm uma expectativa inicial positiva, realmente identificam um efeito positivo. Para Taylor (2000), acima de tudo, o usufruto do exercício é essencial para alterações ao nível da saúde mental. No que respeita à reactividade ao stress, não foi possível chegar a nenhuma conclusão, dada a variedade de programas de exercício com frequência, duração e intensidade desiguais e devido aos diferentes índices de reactividade psico-fisiológicos. Nos estudos que compararam os géneros, as diferenças identificadas foram justificadas com a diferença bio-química das respostas neuro-endócrinas ao factor stressante.

Taylor (2000) apresenta, de forma sintetizada, os possíveis mecanismos propostos pela literatura para a redução do stress/ansiedade para os três diferentes grupos de investigação acima mencionados. No exercício agudo, foram propostos os seguintes mecanismos: aumento da temperatura, aumento da secreção de beta-endorfinas, redução da tensão muscular, redução da actividade do sistema nervoso central e aumento da actividade nervosa parassimpática. No caso do exercício crónico, foram propostos os seguintes mecanismos: estado de humor positivo, auto-estima e auto-percepção física positiva, percepção de controlo de comportamentos, melhoria de estratégias de *coping* e aumento da rede social que, por si só, pode reduzir a ansiedade.

Uma vez mais, como referido anteriormente, acima de tudo é muito importante a forma como o indivíduo sente e desfruta do exercício físico e as expectativas iniciais que projecta sobre o programa de exercícios.

4.1.3. Exercício Físico e Auto-estima Global

Na revisão da literatura encontram-se muitos estudos que apresentam uma fraca relação, ainda que positiva, entre o exercício físico e os níveis de auto-estima, sendo mais notório em indivíduos com baixa auto-estima inicial e em crianças e adultos de meia-idade. O que leva a crer, segundo Fox (1999; 2000a) e Cooper (1982: cit. in Santos, 2005), que a auto-estima é uma construção individual relativamente estável, resultante das vivências e experiências da vida e, desse modo, não é facilmente modificável.

Os resultados dos estudos que relacionam o exercício físico e a auto-estima não são consistentes, mas identificam que o aumento dos níveis de auto-estima é mais evidente em indivíduos que nunca praticaram desporto/sedentários e que possuem fraca condição física (Everett, 2003; Sonstroem, 1997) e com baixos níveis de auto-estima iniciais. Os indivíduos que sofrem de depressão são aqueles em que se identificam facilmente resultados, uma vez que a depressão clínica está intimamente associada a baixos níveis de auto-estima. Contudo, a melhoria da auto-estima também se identifica em indivíduos saudáveis, apenas que, por já terem um valor elevado, é menos evidente o resultado para além do efeito tecto que pode surgir (Sonstroem, 1997).

Num estudo de Cooper (1982: cit. in Santos, 2005) em que se compara um grupo de jovens do género masculino praticante e outro não praticante, conclui-se que à medida que os indivíduos executavam os exercícios com maior facilidade, ganhavam maior segurança e confiança em si próprios e tornavam-se mais estáveis emocionalmente.

A prática regular de exercício físico melhora a auto-estima global, o que por sua vez contribui para o aumento da auto-confiança, reforçando a prática de exercício. A exercitação física provoca modificações positivas no corpo do praticante e na auto-imagem, bem como no sentido de realização que ocorre quando o indivíduo se confronta com uma dificuldade física ou com um desafio psicológico e os ultrapassa (Ledwedge, 1980: cit. in Santos, 2005).

Os estudos mostram que a prática de exercício físico ajuda geralmente o indivíduo a ver-se de forma mais positiva, sobretudo no que diz respeito ao conceito físico, contribuindo para a melhoria da auto-estima. Neste contexto, a auto-estima é vista como um elemento importante de bem-estar subjectivo. A auto-estima é importante quando se estuda o bem-estar subjectivo e satisfação com a vida, devido à sua associação com a estabilidade emocional e devido à influência recíproca destes factores na auto-estima dos indivíduos (Fox, 1999). São conceitos que estão sempre interligados havendo, no entanto, a possibilidade de se detectarem algumas contrariedades nos resultados quando se investiga estes conceitos individualmente. Por outro lado, a baixa auto-estima está associada a pobres comportamentos de saúde (Fox, 1999).

Numa revisão da literatura efectuada por Fox (2000b) desde 1970 até 2000, verifica-se que não existem muitos estudos publicados no âmbito da auto-estima global associada ao exercício físico, sendo ainda mais escassos na população idosa. Inúmeros estudos apresentam resultados positivos quanto a esta relação, sobretudo no que respeita

ao domínio físico, nomeadamente à imagem corporal. Resultados mais efectivos em estudos longos com mais de 12 semanas a seis meses. Isto evidencia claramente que a prática de exercício faz com que as pessoas se percepcionem de uma forma mais positiva. O facto de praticarem exercício físico em grupo, pode promover o aumento da auto-estima pela inerente interacção social (Carless & Fox, 2003). O uso de escalas de medida diferentes na pesquisa efectuada por Fox (2000b) pode justificar a ambiguidade dos resultados. Segundo o mesmo autor, o RSES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*) é o instrumento que melhor avalia a auto-estima global e o que apresenta resultados mais consistentes, mas também menos elevados.

Inicialmente julgava-se que a melhoria da auto-estima resultante da prática de exercício físico estava directamente associada à melhoria da condição física. Actualmente, ainda que os estudos não apresentem conclusões definitivas, parece que a percepção da melhoria de uma qualquer capacidade é mais importante na melhoria da auto-estima do que propriamente o aumento da condição física (Sonstroem, 1997; Fox, 2000a; Carless & Fox, 2003). Sabe-se que são vários os factores que contribuem para o aumento dos níveis da auto-estima: aumento do sentimento de competência, mestria ou controlo; alcançar um objectivo; sentimento de bem-estar; experiência social (Sonstroem, 1997).

Embora haja alguma evidência de que o exercício físico tenha efeitos positivos na melhoria da auto-estima, os mecanismos pelos quais promove esse efeito ainda não estão totalmente compreendidos (Everett, 2003). Alguns desses mecanismos são do âmbito físico, outros estão associados aos aspectos sociais e outros relacionados com o exercício em si (Fox, 2000a). Um factor que é preciso ter em conta é que a experiência do exercício é sentida de forma diferente em indivíduos diferentes, logo, há respostas psicológicas diferentes para estímulos de exercício iguais, em função do modo como enquadram o exercício na sua forma de estar (Fox, 2000a; Everett, 2003; Carless & Fox, 2003). Fox (2000b) revela que o efeito do exercício físico na auto-estima não pode ser explicado sem ter em consideração experiências passadas e valores particulares de cada indivíduo.

Lirgg (1991: cit. in Fox, 2000b) considera que ambos os géneros beneficiam com o exercício físico, mas existe uma sensibilidade diferente entre os géneros. O género feminino obtém resultados com uma evolução maior após um período de prática de exercício físico, por inicialmente apresentar valores de auto-estima mais baixos. Ainda

assim, o género feminino apresenta, na grande percentagem de estudos, valores mais baixos comparativamente ao género masculino.

Os estudos mostram que os resultados conseguidos pela prática de exercício físico ao nível da auto-estima e do auto-conceito persistem (até 12 meses depois, Ossip-Klein et al., 1989: cit. in Sonstroem, 1997) depois de terminado o programa de exercícios. Ainda não há investigação que esclareça a forma como os níveis de auto-estima variam ao longo do tempo e de indivíduo para indivíduo (Sonstroem, 1997).

Segundo Fox (2000a), a relação positiva entre o exercício físico e a auto-estima é mais notória com o avançar da idade. Os indivíduos que praticam exercício físico têm uma percepção física mais positiva de si próprios, incluindo a auto-valorização física e a imagem corporal, comparativamente aos seus pares do mesmo grupo etário. Apesar da participação em programas de exercício físico estar associado com níveis mais elevados de bem-estar, é impossível determinar em que nível as auto-percepções são determinantes para, ou resultantes do, exercício físico. Sabe-se que o facto de o indivíduo experimentar benefícios nas auto-percepções aumenta a motivação para continuar a praticar exercício físico, o mesmo acontece no sentido contrário.

Nos resultados dos estudos sobre o efeito do exercício físico na auto-estima global em idosos, verifica-se que há um maior nível de auto-estima nos idosos que praticam exercício físico do que nos que não praticam (Spirduso, 1995). Para Spirduso (1995), o aumento da auto-estima deve-se a três razões principais: melhoria notável na condição física do idoso; alcançar objectivos; indução na adopção de hábitos de vida saudável, como nutrição e sono. O facto do idoso se dar conta de que ganha maior habilidade nas suas tarefas diárias (devido aos benefícios físicos) e de observar o seu progresso ao longo do programa de exercícios, permite-lhe ter mais auto-confiança, logo, maior auto-estima e conseqüentemente aumenta a motivação para continuar a prática de exercício físico (Manini, Druger & Ploutz-Snyder, 2005; Stiggelbout, Maarten, Hopman-Rock, Tak, Lechner & Mechelen, 2005).

4.1.4. Exercício Físico e Auto-percepção Física

A actividade física tem um papel significativo no desenvolvimento da consciência do “eu”, uma vez que o “eu físico” e o “eu” estão intimamente ligados. Assim, programas de actividade física desenvolvem os conceitos corporais através das aquisições de habilidades físicas e, conseqüentemente, têm efeitos positivos ao nível do auto-conceito físico.

Inúmeros autores constataam haver uma relação positiva entre a prática de exercício físico e o desenvolvimento da auto-percepção física, mas estas conclusões não são consensuais.

Da revisão da literatura feita por Fox (2000a), uma grande percentagem dos estudos concluem que a prática de exercício físico melhora a auto-percepção física dos indivíduos, mais especificamente a sua auto-imagem. Importa salientar que a maioria dos estudos pesquisados têm como população alvo jovens e crianças. Alguns dos autores concluem que não são propriamente os aspectos fisiológicos e a melhoria da condição física que estão relacionados com as alterações da auto-percepção. O que leva a crer que os sentimentos são mais importantes para a auto-percepção física e conseqüente bem-estar subjectivo do que a realidade em si. Outros estudos indicam que os resultados mais evidentes na melhoria da auto-percepção física são detectados em indivíduos que possuem uma fraca condição física inicial, ou seja, os que têm mais para evoluir fisicamente com o exercício físico. Estão incluídos neste grupo indivíduos obesos, indivíduos de meia-idade sedentários e idosos. O mesmo acontece para os indivíduos que inicialmente apresentam baixos valores de auto-estima, auto-confiança e auto-imagem, reunindo neste grupo indivíduos do sexo feminino, indivíduos com depressão clínica, crianças e adultos com fraca condição física e obesos (Carless & Fox, 2003). Parece então que existe um mecanismo psicossocial, ainda não totalmente esclarecido, provocado pelo exercício físico como base deste processo. Como factores contributivos para estes mecanismos, são identificados: a melhoria da percepção de competência e da aparência (imagem corporal); a sensação de autonomia e auto-eficácia e o controlo do corpo (Craft, 2005: cit. in Faulkner & Carless, 2006); e ainda a maior auto-aceitação e o maior contacto humano (Fox, 2000a). Para Kamal e colaboradores (1995), os benefícios da prática de exercício físico vão para além da melhoria da auto-

percepção física, vão particularmente para a melhoria da imagem corporal, da auto-confiança, das alterações do comportamento e do ajustamento social.

Não obstante, após uma recolha e análise de investigações efectuadas até 1993, Berger e McInman (1993) consideram que não é possível apresentar um sumário conclusivo da relação entre a prática de exercício físico e a auto-percepção física, devido aos processos metodológicos pobres usados em inúmeros estudos. No entanto, ao estudar separadamente as investigações transversais e longitudinais, parece que os primeiros estudos não apresentam qualquer relação ou apresentam uma relação fraca entre o exercício físico e a auto-percepção física. Dos estudos longitudinais, alguns apresentam uma relação positiva. Contudo, é necessário ter em conta que características específicas do programa de exercícios, tais como frequência e tipo de exercício, influenciam na eficiência dos programas no que respeita à melhoria do auto-conceito físico. Ora, os estudos investigados têm metodologias muito divergentes.

Fox (1999), Faulkner e Biddle (2001) afirmam que pessoas fisicamente activas têm maior propensão para se perceberem de forma mais positiva. Nesta perspectiva, o exercício físico pode combater a auto-imagem degradada que muitos indivíduos foram construindo de si próprios ao longo da vida. Assim, o exercício físico pode ser considerado um veículo para melhorar a auto-percepção física dos indivíduos (Fox, 1999).

Mas essa alteração na auto-percepção física leva o seu tempo a acontecer. Brown e seus colaboradores (1982: cit. in Berger & McInman, 1993) sugerem que um programa de exercício físico deve ter a duração de seis meses. Argumentando que quanto mais prolongado o programa, maior a probabilidade de ocorrerem mudanças psicológicas e maior oportunidade do indivíduo as perceberem, proporcionando a alteração do seu auto-conceito. No entanto, outros autores apontam para períodos mais curtos igualmente eficazes nas modificações das auto-percepções físicas, apontando para as dezasseis semanas como o tempo consensual para identificar algumas modificações a nível psicológico (Collingwood & Willett, 1971 e McCrory, 1981: cit. in Berger & McInman, 1993).

4.1.4. a) Exercício Físico e Imagem Corporal

A natureza da relação entre satisfação corporal e o exercício é complexa e multifacetada, o que pode explicar a inconsistência dos resultados nas diferentes

investigações. Com base nas conclusões dos seus estudos, Jacob (1994) e Seggar e seus colaboradores (1988) citados por Santos (2005), não confirmam a tendência de que a prática regular de exercício está positivamente relacionada com a satisfação com a imagem corporal. Abrantes (1998: cit. in Santos, 2005) justifica esta ocorrência com as pressões culturais do ideal de beleza a que o género feminino está constantemente sujeito e que limita a aceitação e satisfação com o próprio corpo.

Mas outros autores (Kreitler, 1970 e Schneider, 1993: cit. in Santos, 2005) afirmam que a prática regular de uma actividade, só por si é suficiente para promover a melhoria da auto-imagem (por melhorar a auto-percepção corporal, a consciência corporal e o controlo e responsabilização pelo próprio corpo). Ao diferenciar o tipo de actividade, Tucker (1993) verifica que o exercício anaeróbio tem efeitos mais significativos na melhoria da satisfação com a imagem corporal (Davis & Cowles, 1995: cit. in Santos, 2005).

Alguns estudos mostram que os indivíduos, sobretudo do género feminino praticam exercício físico com o intuito de melhorar a aparência, mais do que devido aos benefícios associados à saúde (Davis, 2007).

Continua-se a verificar uma diferença na satisfação com a imagem corporal entre os géneros. Quer no praticante quer no não praticante, o género feminino apresenta sempre uma menor satisfação com a sua imagem corporal, apesar de se preocupar mais com o seu corpo (Davis & Cowles, 1995 e Abrantes, 1998: cit. in Santos, 2005).

Cash e Brown (1989: cit. in Santos, 2005) verificaram que, dentro dos parâmetros da imagem corporal, os géneros se baseiam em aspectos diferentes: o género feminino focaliza mais a aparência e a saúde/doença e menos a condição física, enquanto que o género masculino focaliza mais a saúde/doença e menos o peso corporal.

No estudo de Davis & Cowles (1991: cit. in Santos, 2005) que compara a relação entre a imagem corporal e o exercício físico entre grupos etários diferentes de ambos os géneros, verificou-se que a melhoria da satisfação com a imagem corporal era evidente nos grupos mais jovens, enquanto que nos mais idosos a diferença não era significativa.

A imagem corporal e a auto-estima são duas variáveis que estão fortemente relacionadas entre si e com o exercício físico. Vários são os estudos (Sontroem, 1984; Batista, 2005; Serra, 1987 e Benedict & Freeman, 1993: cit. in Santos, 2005) que têm demonstrado o aumento dos níveis de satisfação com a imagem corporal e a auto-estima com a prática de exercício físico.

5. Qualidade de Vida no Idoso

O estudo da qualidade de vida no idoso tem ganho importância na investigação científica, devido à relevância que a longevidade trouxe à sociedade, acarretando consigo complicações e necessidades especiais (Paschoal, 2004).

Se, por um lado, o estudo da qualidade de vida já é feito há várias décadas, o estudo da qualidade de vida especificamente na população idosa só foi despertado recentemente. Numa recolha de estudos científicos efectuada por Paschoal (2004), verificou-se que as investigações que estudam a qualidade de vida no idoso são recentes e têm vindo a aumentar drasticamente, passando de menos de 700 referências na década de 90 para 2664 referências em 2003.

Se a qualidade de vida no idoso implica um envelhecimento bem sucedido, esta não se resume apenas à saúde fisiológica e cognitiva, mas sobretudo à saúde mental, sendo a qualidade de vida também um estado de espírito (Martins, 2007), uma vez que resulta das avaliações, reflexões e sentimentos que o idoso experiencia. Ninguém melhor do que o próprio indivíduo para conhecer as sensações, valores e experiências vividas e assim avaliar a sua qualidade de vida, bem-estar e satisfação com a vida, assim como os níveis de stress a que se sente sujeito e a percepção física que tem sobre si próprio. Desse modo, a avaliação destes domínios deve ser subjectiva, usando instrumentos de medida adequados. Daí o presente estudo usar vários instrumentos de medida multidimensionais com características psicométricas consistentes, sensíveis à grande heterogeneidade da população idosa e que se referem à percepção que o indivíduo tem sobre o seu estado.

Medir a qualidade de vida na terceira idade é um processo difícil, não só por causa da complexidade e subjectividade do constructo de qualidade de vida, mas também por causa da heterogeneidade da população idosa, que modela a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios próprios. Esta dificuldade é acrescida pela escassez de instrumentos de medida desenvolvidos especificamente para esta população (Paschoal, 2004) e ainda por não estarem validados e adaptados ao contexto sócio-cultural português.

Faria Júnior (1997), procurando medir os factores que podem interferir na qualidade de vida do idoso, identificou no seu estudo os seguintes factores: estado de

saúde/doença, função física, energia e vitalidade, função cognitiva e emocional, satisfação com a vida, sentimento de bem-estar, função sexual, função social, nível económico e actividades de lazer. Segundo Spirduso (1995), a maioria destes factores estabelecem interações entre si, o que põe em evidência a complexidade do constructo de qualidade de vida.

Em Portugal, os estudos sobre as alterações psicológicas associadas ao exercício físico aplicados à população idosa são escassos (Abrantes, 1998; Batista, 1995; Faustino, 1994; Ferreira, 1998 Vasconcelos, 1995: cit. in Ferreira, 2004a), comparativamente aos estudos do mesmo âmbito efectuados em populações jovens. Com o mesmo se depararam Sonstroem, Speliotis e Fava, (1992) ao efectuar uma busca de estudos internacionais que investigassem a correlação entre o exercício físico e os seus efeitos psicológicos especificamente em populações idosas.

5.1. Bem-estar Subjectivo e o Idoso

Uma das principais barreiras do estado de bem-estar no idoso é a imagem negativa que a sociedade associa ao envelhecimento e à terceira idade (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004).

Para alcançar um estado de bem-estar subjectivo, Ryff (1989: cit. in Mella et al., 2004) aponta várias dimensões: auto-aceitação, relações positivas com os demais, autonomia, domínio e controlo do ambiente em que se insere, propósito de vida, continuação do crescimento pessoal.

O processo de envelhecimento e a perda das capacidades psicossociais a ele associadas, assim como os aspectos positivos do ambiente que os rodeia e da vida em geral, são determinantes para alguns idosos na sua capacidade de perceber as suas competências e habilidades, (Mella et al., 2004). Investigações recentes concluíram que existem inúmeras diferenças individuais na percepção de bem-estar subjectivo entre os idosos (Stanley & Cheek, 2003 e Hagberg, Hagberg & Saveman, 2002: cit. in Mella et al. (2004).

Ao contrário do que se julga, vários estudos mostram que a satisfação com a vida, e conseqüentemente o bem-estar subjectivo, não diminui com a idade (Horley & Laver, 1995; Stock et al., 1983 e Inglehart, 1990: cit. in Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Contudo, existe uma mudança ao longo da vida no processo de avaliação do bem-estar subjectivo e distinguem-se três etapas diferentes nas três fases da vida. Enquanto que o idoso tende a recorrer à sua descrição espontânea do “eu” e da vida, o jovem adulto focaliza mais na personalidade, felicidade, emprego, educação e no “eu”. Adultos de meia-idade, ao fazerem uma avaliação do seu bem-estar subjectivo, enfatizam a auto-confiança, auto-aceitação e auto-conhecimento, assim como se baseiam no emprego e na carreira profissional (Hird, 2003).

O facto de parecer que a população idosa apresenta uma diminuição da felicidade deve-se à diminuição do humor e da intensidade emocional ou dificuldade em expressar as emoções, e não ao declínio do bem-estar subjectivo segundo Diener et al., (1999). Ryff (1991 : cit. in Diener et al., 1999) verificou no seu estudo que os idosos apresentam uma menor discrepância entre as auto-percepções ideais e as reais, comparativamente aos jovens. O que leva a crer que o ser humano possui uma capacidade de se adaptar às suas condições, à medida que a idade avança o indivíduo reajusta os seus objectivos e metas (Diener et al., 1999). Para além da adaptação, Mella e colaboradores (2004) verificam que a saúde percebida se correlaciona positivamente com o bem-estar subjectivo.

Spiriduso (1995) apresenta um estudo comparativo entre um grupo de idosos praticantes de exercício físico moderado e outro grupo não praticante e obteve resultados a curto e a longo prazo. Imediatamente após o exercício físico, foi referido pelos idosos um bem-estar geral. Em parte, isto deve-se à diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão. Sabe-se também que o tipo de exercício, as motivações para a prática do mesmo e o desfrutar do exercício podem interferir nos resultados. A longo prazo, verificou-se que o grupo praticante adquiriu uma atitude mais positiva e maior sentimento de bem-estar subjectivo comparativamente ao grupo não praticante, ainda que a diferença entre estes dois grupos seja menor a longo prazo do que a curto prazo. Com base neste estudo, Spiriduso (1995) conclui que o efeito da prática de exercício físico no bem-estar subjectivo persiste enquanto o idoso mantiver a prática de exercício físico e prolonga-se por pouco tempo depois de parar.

Isto leva a crer que, para produzir uma mudança efectiva e duradoura no bem-estar subjectivo do idoso, a prática de exercício físico deve passar a ser um estilo de vida e não uma simples intervenção no seu dia-a-dia por um determinado período de tempo (Spiriduso, 1995).

Segundo Jones e Rose (2005), os estudos indicam que exercícios de intensidade moderada e por um período prolongado têm maior efeito nos aspectos psicológicos na população idosa. No entanto, nem todos os estudos obtêm resultados positivos quanto à relação exercício físico/bem-estar psicológico no idoso. Uma das razões apontadas por Spirduso (1995) e Mella e colaboradores (2004) para esta falta de unanimidade entre as investigações é a possibilidade dos idosos terem dificuldade em compreender o conceito global e complexo de bem-estar subjectivo.

5.1.1. Satisfação com a Vida e o Idoso

A terceira idade é um estágio de reflexão, uma fase em que o idoso olha para trás e faz um balanço da sua vida e constitui um período de grandes mudanças nos planos biológico, psicológico e social. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida. Pela profunda alteração a diferentes níveis, pelo esforço que a personalidade tem de fazer para se adaptar, e pela fase de reflexão global sobre toda uma vida, a terceira idade torna-se num momento de risco para o equilíbrio mental, para o bem-estar e para a satisfação com a vida da pessoa idosa. A dificultar estas adaptações está a capacidade homeostática, que tende a diminuir com a idade (Sequeira & Silva, 2002).

A satisfação com a vida implica a percepção que o idoso tem do seu ambiente e a congruência que estabelece com o mesmo. Neste sentido, é de extrema importância a adaptação entre o indivíduo e o meio em que vive (Sequeira & Silva, 2002).

O modo como o idoso procura o sentido ou a compreensão do mundo ao longo do seu percurso vital, fá-lo perceber a sua própria experiência de vida (Walters, 1995: cit. in Fernandes, 2007). Isso pode conduzir à satisfação ou não com a vida.

Para Erik Eriksson (1998: cit. in Fernandes, 2007), a integridade e serenidade facilitam o sentido de satisfação com a vida durante o envelhecimento. Para isso, é necessário que o indivíduo esteja motivado para resolver e ultrapassar dificuldades. Verbraak, (2000: cit. in Fernandes, 2007), corrobora a ideia de Eriksson e defende que o declínio das capacidades físicas e mentais é compensado com as mudanças bem sucedidas que torna possível a vivência dos últimos anos em harmonia com a vida passada. Estudos relatam que as questões relacionadas com a saúde também têm um peso

muito importante na avaliação da satisfação com a vida na população idosa (Sequeira & Silva, 2002; Fonseca & Paúl 2004).

Dada a grande variabilidade de factores internos e externos que podem influenciar a satisfação com a vida (personalidade, ambiente, saúde, experiências passadas e presentes), não se pode considerar que a idade vai trazendo maior ou menor satisfação com a vida. Todos os factores e sobretudo experiências passadas tanto podem influenciar negativa como positivamente, dependendo da personalidade e das estratégias de *coping* que o indivíduo possui desde sempre.

Paúl (1991: cit. in Afonso, 2006) refere que um envelhecimento bem sucedido se exprime pela satisfação com a vida, o que espelha a vida passada.

A satisfação com a vida refere-se à avaliação do conjunto das condições da vida de cada indivíduo, reflectindo a comparação entre as aspirações e os feitos e o progresso conseguido em direcção aos objectivos de vida. Para Sequeira e Silva (2002), a satisfação com a vida resulta da eficaz interacção do indivíduo com o meio em que se insere.

O envelhecimento bem sucedido é aquele em que o idoso reconstrói o seu “eu”, encontrando um novo significado pessoal para a sua vida (Paúl, 1996: cit. in Afonso, 2006). Este autor considera que uma das grandes tarefas do envelhecimento é atingir o sentimento de que a vida valeu a pena e foi significativa. A chave de um envelhecimento ajustado parece residir no desejo do idoso em se manter física e emocionalmente activo, envolvido socialmente, procurando papéis substitutos num novo *status* social. Neste sentido, alguns autores consideram que a satisfação com a vida e a elevada auto-estima são sinais positivos do envelhecimento bem sucedido, e que são proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das interacções sociais. O idoso que envelhece de uma forma óptima é o idoso que continua activo, encontrando novas actividades significativas e que continua a manter a capacidade de estabelecer relações interpessoais gratificantes.

Se a terceira idade implica a atribuição de um sentido para a própria vida, de forma a lidar construtivamente com esta etapa, são necessários, para além de recursos individuais, recursos sociais significativos, ou seja, locais ou instituições onde o idoso possa incrementar as suas capacidades de relacionamento e participar em actividades intencionalmente dirigidas à promoção da saúde física e psicológica, no sentido de apoiar a construção de novos significados de vida e resultar numa maior satisfação com a vida (Afonso, 2006).

Várias teorias do desenvolvimento humano dividem o ciclo de vida em vários estágios. Erikson (1968: cit. in Pavot, Diener & Suh, 1998) dividiu o processo de desenvolvimento em oito estágios psicossociais, aos quais corresponde um papel social específico e diferente. Os indivíduos têm experiências de sucessos e falhas distintas nos diferentes estágios da vida, ou seja, nos diferentes papéis sociais que vão desempenhando. Como tal, sentem de forma diferente os níveis de satisfação com a vida nas várias etapas da vida. Para Pavot e colaboradores (1998) as experiências da vida, alegrias, satisfações e insatisfações são diferentes em qualidade e quantidade entre a população jovem e a idosa, sendo menor nesta faixa etária. Provavelmente devido à diminuição do humor e da dificuldade em expressar as emoções e à capacidade de se adaptar às suas condições à medida que a idade avança, reajustando os seus objectivos e metas. Sousa e Lyubomirsky (2001) apresentam uma opinião diferente ao defender que a satisfação com a vida permanece relativamente estável com o passar dos anos e justifica esta estabilidade com a capacidade que o ser humano tem de se adaptar às alterações das circunstâncias ao longo da vida.

5.1.2. Percepção de Stress e o Idoso

Poucos estudos existem sobre a diferenciação do stress ao longo do ciclo de vida, especialmente os efeitos do stress crónico, isto é, o stress continuado a que a população idosa está exposta devido a um grande leque de factores, nomeadamente: devido às perdas das relações ou morte de familiares e amigos, à decadência das habilidades físicas e perda de autonomia, à degradação da saúde e aparecimento de doenças crónicas e aos efeitos de isolamento físico e social (Pearlin & Skaff, 1995: cit. in Espadaneira, 2007; Luft, et al., 2007), devido à reforma e às dificuldades económicas (Berger & McInman, 1993) e devido aos deficits cognitivos (Pereira et al., 2004).

Durante o processo de envelhecimento acontecem trocas biológicas, psicológicas e sociais significativas. De uma forma geral, observa-se uma diminuição da reserva homeostática à medida que a idade avança, a qual resulta em maior dificuldade nas estratégias de *coping*, maior predisposição ao stress e maior vulnerabilidade para o aparecimento de doenças agudas e crónicas durante o envelhecimento (Troen, 2003 e Seeman et al., 2002: cit. in Arronte-Rosales et al., 2007).

Ao longo do ciclo de vida, o ser humano é exposto a diferentes tipos de agentes stressores e naturalmente adquirem recursos diferenciados que lhes permitem adaptar-se às novas exigências e condições de vida (Espadaneira, 2007). Ora, se os idosos vão perdendo essa capacidade de adaptação homeostática, os efeitos nocivos do stress são ampliados. Contudo, como referido anteriormente, a forma como cada indivíduo interpreta os acontecimentos, as estratégias de *coping* e sobretudo a personalidade, são factores que podem moderar a forma como os eventos podem ser experienciados como mais ou menos stressantes (Suh, Diener & Fujita, 1996).

Embora envelhecer traduza, efectivamente, um afastamento da vida activa e represente frequentemente um gradual desinvestimento do indivíduo face à sociedade, e vice-versa, este processo de afastamento não é aceite de forma pacífica pelo idoso, pois, ao ver-se privado de alguns dos papéis que representava e do respectivo reconhecimento social que lhe era conferido, reage, na maioria das vezes, de forma negativa. O confronto da pessoa idosa com estas mudanças e a percepção de que não possui as competências ou instrumentos para alterar esta situação desfavorável, constitui muitas vezes um processo indutor de stress e depressão (Afonso, 2006). Mas, por outro lado, existem idosos que se adaptam e ajustam, encontrando uma nova vivência, pautada de bem-estar e de sentido pessoal e social, encontrando uma nova definição do “eu”. Uma vez mais, é necessário ter em conta a heterogeneidade desta população. Esta adaptação é modulada pelas suas experiências passadas, incluindo os recursos pessoais, que, neste caso, podem reduzir o efeito dos agentes de stress. Segundo Caspi e Elder (1986: cit. in Afonso, 2006), as capacidades de resolução dos problemas, a saúde mental e o envolvimento social são os recursos pessoais que melhor produzem um funcionamento psicológico adequado quando um sujeito se depara com grandes mudanças na sua vida e situações de crise.

Muitas vezes, a solução (ou hipotética solução) passa pela institucionalização destes indivíduos, o que provoca, em alguns casos, consequências ainda mais nefastas do que a permanência na própria casa. O ambiente não familiar, o sentir-se entre estranhos e o ter de adaptar-se a novos horários e rotina diárias conduz a sentimentos de isolamento, solidão, aparecimento de estados depressivos e agravamento dos níveis de stress (Pearlin & Skaff, 1995: cit. in Espadaneira, 2007). Estas modificações são identificadas como stressoras, porque provocam mudanças demasiado rápidas no meio ambiente e na vida do idoso, cuja magnitude provoca desestabilização emocional e orgânica e requer um elevado grau de adaptação social e psicológica. Esta mudança

exige ao organismo consumo de energia para adaptação e é esse gasto de energia que provoca o stress e, conseqüentemente, prejudica a qualidade de vida do idoso. (Pereira et al., 2004; Bulla, Valêncio, Santos & Areosa, 2007).

Uma forma de reduzir os efeitos negativos do stress na saúde mental do idoso é a presença e apoio da família e amigos (Cockerham, 1991: cit. in Pereira et al., 2004). Isto ocorre porque o ajudar e receber ajuda contribui para o aumento do sentido de controlo pessoal, influenciando, assim, positivamente o bem-estar psicológico e subjectivo. Assim, as relações familiares fortes e positivas fornecem uma percepção de controlo, autonomia e participação, contribuindo para a construção de um significado de vida e o encarar as mudanças como parte de um percurso individual e natural. Por outro lado, a ajuda excessiva e dispensável por parte dos familiares pode ter um efeito negativo na auto-estima do idoso, devido ao reconhecimento da sua dependência e percepção da falta de autonomia e incapacidade para retribuir as ajudas recebidas, assim como incrementa o sentimento de ser um fardo (Cicirelli, 1990: cit. in Pereira et al., 2004). Isto pode levar a sentimentos de insatisfação com a vida, aumentar os níveis de stress, ansiedade e depressão nos idosos. Na sociedade actual o idoso é muitas vezes considerado como uma pessoa sem consciência, ao ser ignorado e posto de lado, quando é necessário tomar alguma decisão limitando a possibilidade de controlo por parte do idoso na sua própria vida. Os filhos e cuidadores de idosos assumem com frequência um comportamento paternalista, não considerando os desejos e preferências do idoso, contribuindo, assim, para exacerbar os problemas de saúde, de ansiedade e de stress dos idosos (Cicirelli, 1990: cit. in Pereira et al., 2004).

Uma situação agravante é o facto de se verificar recentemente que muitos dos prestadores de cuidados a idosos são eles mesmo idosos (geralmente os cônjuges). Estes prestadores de cuidados com idade mais avançada são particularmente sensíveis às exigências que este papel acarreta e estão sujeitos a níveis de stress mais elevados e diferenciados da restante população, por dois factores: por serem idosos e por serem cuidadores de idosos. Estudos demonstram que os prestadores de cuidados experienciam grandes exigências emocionais e apresentam níveis mais elevados de stress, depressão, raiva, ansiedade e insatisfação com a vida do que outros indivíduos da mesma faixa etária e que não têm a responsabilidade de cuidar de outrem. (Zarit et al., 1998: cit. in Espadaneira, 2007). No estudo elaborado por Bulla e colegas (2007), verificou-se que o cuidador de idosos, seja ele também idoso, sofre de maior stress psicossocial e tem maiores repercussões psicológicas e sobretudo físicas do que o idoso

não cuidador. Como patologias físicas, são descritas: sintomas músculo-esqueléticos, doenças cardio-vasculares, patologias do sistema digestivo e fragilização do sistema imunitário (Espadaneira, 2007).

Outra forma de reduzir os efeitos negativos do stress na saúde mental do idoso é a prática regular de exercício físico. O facto de melhorar a saúde física através do exercício físico, induz à melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde e reduz o medo, a ansiedade e a depressão, muitas vezes associados ao envelhecimento (Taylor, 2000; Berger & McInman, 1993)

5.1.3. Auto-estima Global e o Idoso

Sendo a auto-estima influenciada por experiências ao longo da vida, ainda que uma característica relativamente estável, esta pode sofrer pequenas variações com o avançar da idade. Contudo, a literatura não é consensual no sentido dessa variação. Alguns estudos não apresentam diferenças significativas dos níveis de auto-estima entre grupos de jovens e de idosos (Baptista, 1995; Abrantes, 1998; Lopes 1996 e Bandura 1986: cit. in Afonso, 2006). Outras investigações apresentam uma diminuição da auto-estima global à medida que a idade avança (Shieman & Campbell, 2001 e Bednar et al., 1989: cit. in Santos, 2005). Esta associação negativa da auto-estima com a idade avançada não se deve tanto à idade em si, mas sim às mudanças das condições de vida, como alterações físicas, fisiológicas e psicológicas, problemas de saúde e falta de ocupação, as quais conduzem à perda de noção do valor de si próprio (Fisher, 1986; Shieman & Campbell, 2001: cit. in Santos, 2005).

Os autores também diferenciam os géneros no estudo da auto-estima e concluem, maioritariamente, que o género feminino apresenta níveis de auto-estima mais baixos, principalmente nos aspectos relacionados com a aparência, quer nos grupos mais jovens, quer nos grupos de idosos (Baptista, 1995; Lopes 1996; Lima 2002 e Pliner et al., 1990: cit. in Santos, 2005).

Muitas vezes, o idoso interioriza uma representação de si próprio muito negativa, vendo-se como aquele que é incapaz de lidar eficazmente com as tarefas do quotidiano, que é dependente de terceiros para sobreviver e que, portanto, é um peso para os outros. Esta imagem de si próprio interfere com a sua auto-estima, com a relação que é capaz de estabelecer com os outros e com o mundo, conduzindo muitas

vezes a uma progressiva desresponsabilização face à sua própria vida e face aos acontecimentos exteriores, traduzindo-se num comportamento passivo, indiferente e ausente (Afonso, 2006).

As atitudes negativas da sociedade face aos idosos são, em parte, responsáveis pela imagem negativa que eles possam ter de si próprios. A terceira idade é vista como um declínio inevitável. Os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e gestos. Desta forma, um grande número de idosos aceita e adopta, sem questionar, as etiquetas que lhes são atribuídas. Acreditam nisso de tal forma que acabam por se conformar, identificando-se com a imagem que a sociedade lhes confere (Sequeira & Silva, 2002), reformulando negativamente a satisfação com a própria vida e influenciando negativamente a sua auto-estima.

5.1.4. Auto-percepção Física e o Idoso

Os estudos mostram que os idosos que apresentam níveis mais elevados de auto-percepção física tendem a praticar mais exercício físico do que os que têm valores mais baixos de auto-percepção física (Sonstroem et al., 1992). Contudo, a forma como estas auto-percepções se desenvolvem é menos conhecida. Até à data, tem havido pouca investigação sobre o mecanismo através do qual a população idosa avalia as suas capacidades e atributos físicos, isto é, a forma como se percebe fisicamente (Semerjian & Stephens, 2007). Estes autores sugerem que a teoria da comparação social de Festinger (1954: cit. in Semerjian & Stephens, 2007) pode ser um contributo para este mecanismo, ao concluir que os idosos que se comparavam positivamente em relação aos outros apresentavam níveis de auto-percepção física superiores.

Ainda são escassos os estudos internacionais que investiguem a auto-percepção física na população idosa. Segundo Fonseca e Fox (2002), o modo como os diferentes grupos etários se percebem fisicamente parece assumir contornos diferenciados, logo, não é possível transpor as conclusões dos estudos efectuados com populações jovens para a população idosa. Inclusivamente estes autores sugerem o desenvolvimento de um instrumento de medida que avalie a capacidade física funcional percebida especificamente pelos idosos.

Em Portugal, o estudo da auto-percepção no domínio físico é uma área em desenvolvimento, independentemente da faixa etária. Existem vários estudos recentes que envolvem a actividade física associada à auto-estima e imagem corporal, mas não exploram essa associação em idosos: Batista (1995), e Vasconcelos (1995) estudam adolescentes do sexo feminino; Faustino (1994) investiga adolescentes de ambos os sexos; Oliveira (1996) pesquisa a contribuição da actividade física para a satisfação com a imagem corporal em jovens adultas (Oliveira, 2005).

Segundo Berger e McInman (1993), o exercício físico melhora o auto-conceito físico do idoso. As relações entre as auto-percepções físicas e os níveis de condição física na população idosa são confirmadas por alguns autores (Chase, 1991 e Morbly et al., 1993: cit. in Semerjian & Stephens, 2007; Fox & Corbin, 1989; Sonstroem et al., 1992). Pequenos ganhos na saúde ou a redução do declínio físico conseguidos pela prática de exercício físico podem fazer uma grande diferença na qualidade de vida do idoso ao preservar a sua capacidade funcional e autonomia para efectuar as suas tarefas diárias.

5.1.4.a) Imagem Corporal e o Idoso

Existem poucos estudos que associam imagem corporal a idosos, e muitos deles reportam-se à dimensão psicológica, mais do que à física.

Num estudo feito por Cash e colaboradores (1986: cit. in Batista, 2000) com o objectivo de verificar se a idade afecta as atitudes face à imagem corporal, concluiu-se que as mulheres com mais de sessenta anos se interessavam mais pela aparência do que mulheres mais novas (entre 30 e 60). O que não quer dizer que se sentiam melhor, mas sim se preocupavam mais. Dentro da faixa etária dos 30 aos 60 anos, aí sim, verificou-se um declínio no interesse pela aparência à medida que envelheciam. Os autores justificaram este facto fundamentando que, à medida que se envelhece, alteram-se os padrões de vida e com isso a sua própria imagem.

Van-Gyn et al. (1989: cit. in Santos, 2005) realizou um estudo em indivíduos do sexo feminino e de diferentes faixas etárias. Concluiu que as mulheres com mais de cinquenta anos apresentavam maior satisfação com a imagem corporal do que as mais novas, podendo ser justificado por o grupo mais velho ser menos influenciado pelas atitudes socialmente impostas acerca do corpo do que o grupo mais novo. Outros estudos como o de Faustino 1994 ou o de Rohester, 1986: cit. in Santos, 2005)

apresentam resultados contrários, isto é, a imagem corporal diminui com o avançar da idade.

Num estudo realizado por Brodie e colaboradores (1994: cit. in Santos, 2005), deparou-se que a imagem corporal não estava relacionada com a idade, mas sim com manifestações de insatisfação para com o próprio corpo. Por exemplo, um idoso que se vê com um corpo deformado por artroses ou com excesso de peso associado ao envelhecimento pode ter uma imagem negativa e de insatisfação com o seu próprio corpo; enquanto que outro idoso que sempre conviveu toda a sua vida com excesso de peso, pode sentir-se satisfeito com o corpo que sempre teve.

Muitas vezes, a insatisfação com o corpo resulta de conceitos desenvolvidos e quase que impostos pela sociedade sobre estigmas de beleza, os quais ditam regras muito estreitas de conceito de beleza. Estas regras parecem afectar mais o género feminino do que o masculino. Acredita-se que estas discrepâncias relativas à satisfação com a imagem corporal entre os géneros poderão estar efectivamente alteradas, à medida que o género masculino assume um papel diferente na sociedade actual.

O género feminino evidência uma tendência superior para a insatisfação corporal, avalia-se mais negativamente e através de um leque mais vasto de atributos físicos do que o género masculino. Julga-se que este facto se deve a um conjunto de factores pessoais e sociais que contribuem para a construção e interiorização de uma série de crenças estereotipadas. Crenças estas que induzem o ser feminino a criar um ideal de beleza, elegância e juventude associado à magreza e à atracção corporal social (Santos, 2005). Da mesma forma, o género feminino, para além de dedicar mais atenção ao seu corpo, tende a avaliá-lo por partes, ao contrário do género masculino que avalia o seu corpo como um todo (Franzoi et al., 1989: cit. in Santos, 2005). Cash e Brown (1989: cit. in Santos, 2005) verificam que, para além do género feminino apresentar avaliações mais negativas perante a sua imagem corporal, esta imagem não se aplica apenas à aparência física mas também à condição física e à saúde. Concluem que os estereótipos da imagem corporal e atracção corporal são mais distorcidos no género feminino comparativamente ao género masculino.

Mello e Aranibar (2007) numa revisão de literatura sobre imagem corporal, apontam para a definição de alguns autores: Roland e Barthes (1982: cit. in Mello & Aranibar, 2007), para quem a imagem corporal deve ser compreendida como a resultante da influência que o ambiente exerce sobre o indivíduo, num processo em que as representações corporais estão em constante transformação. O corpo é para o próprio

indivíduo o mesmo que a imagem que ele julga que os outros têm dele. Schilder (1994: cit. in Mello & Aranibar, 2007) entende como imagem (esquema) corporal a figuração do próprio corpo transformada na mente, ou seja, o modo como o corpo se apresenta para o próprio. Desse modo, o ser humano constrói a visão do “eu” e da imagem corporal intimamente associados, ambos dependentes do sistema neuro-sensorial da percepção e de relações sócio-culturais (Adami et al., 2005: cit. in Mello & Aranibar, 2007).

Na sociedade actual o corpo ideal está inserido dentro de padrões pré-estabelecidos dentro de regras rígidas que se constroem no ambiente social. O sentido de beleza é variável de acordo com a etnia, idade, nível social, cultura, sociedade e infinitos outros grupos, considerando ainda a nível individual. Porém, na sociedade ocidental a beleza corporal está muito vinculada a padrões de marketing (Adami et al., 2005: cit. in Mello & Aranibar, 2007).

Para Goldenberg (2002: cit. in Mello & Aranibar, 2007), a preocupação com a imagem corporal não é um fenómeno recente, o que mudou foi o grau de adesão e de valorização da imagem exterior do indivíduo. Este fenómeno cria uma busca incessante de beleza e imagem corporal ideal, e sendo extensivo a todas as idades e géneros na procura da juventude eterna, esta visão acaba por ser socialmente aceite e considerada como natural. De tal modo que o próprio idoso interioriza a imagem enrugada e infeliz que a sociedade projecta deste grupo etário, criando aspectos enviesados relacionados com o universo corporal (Adami et al., 2005: cit. in Mello & Aranibar, 2007). Neste cenário, o género joga um papel importante. A diferença entre os géneros na preocupação com a imagem corporal é evidente e deve-se à construção da identidade feminina estar associada à beleza física. Este paradigma cultural de “o dever moral de ser bela” sempre existiu ao longo da história da humanidade. Desde sempre que a mulher luta contra a acção do tempo, procurando manter-se aparentemente jovem e bela, lutando contra a própria natureza, contra o seu próprio corpo. Desde jovem até à terceira idade, a mulher tem a obrigação social de se manter bonita e elegante.

Na sociedade actual, a terceira idade é desvalorizada, em função da supervalorização da juventude (Mello & Aranibar, 2007).

6. A Importância do Exercício Físico no Idoso

Como forma de minimizar os efeitos nefastos do sedentarismo, a Organização Mundial da Saúde reconhece a importância do exercício físico para a saúde (física, mental e social, capacidade funcional e bem-estar) apontando-o como um factor de primordial importância na saúde pública, e alertando os países para a necessidade de políticas e programas com o objectivo de integrar a prática desportiva nos hábitos de vida das populações e sociedades (OMS, 2002). A evidência científica que associa o exercício e a actividade física com o envelhecimento saudável surge nos finais da década de 90 e tem dado origem a vários relatórios e tomadas de posição por parte de diversas organizações (USDHHS, 1996; 2000; WHO, 1998a; ACSM, 2000). Por seu lado, em 1999, o INE apresenta os resultados de idosos portugueses activos, e apenas 2,4% dos idosos praticavam exercício físico regular (MS-DGS, 2004). Actualmente, crê-se que, com o estímulo constante e promoções de programas de actividade física específica para esta população, os valores tenham aumentado ligeiramente, mas ainda não atingido os valores ideais.

Para muitos indivíduos, envelhecer envolve perda da força muscular, de energia, diminuição da condição física e tudo isto se traduz na diminuição da qualidade de vida. Mas na realidade, o que muitas vezes acontece é que a fragilidade da saúde e diminuição da capacidade funcional se devem sobretudo à inactividade, mais do que ao processo de envelhecimento em si (Brill, 2004). Segundo Van Norman (1995), o desuso muscular é um factor significativo na perda da capacidade funcional associada ao envelhecimento. A prática regular de exercício físico contribui para a redução do declínio físico e melhora a capacidade funcional do idoso.

Para além da melhoria da capacidade física do idoso, o exercício físico melhora a sua capacidade mental e psicológica (Berger & McInman, 1993; Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992). Vários autores afirmam que o compromisso em actividades físicas afecta positivamente vários aspectos do bem-estar psicológico (Fox, Stathi, McKenna, Davis, 2007).

No estudo desenvolvido por Martins (2007b) na população idosa portuguesa, verificou-se que os principais motivos para a prática de exercício físico eram a melhoria da saúde e da mobilidade, o bem-estar psicológico e os aspectos relacionados com a reabilitação/recomendação médica.

Para Berger e McInman (1993) a relação entre o exercício e o envelhecimento é complexa e é quase impossível distinguir se a diminuição das capacidades físicas são devidas à acumulação de anos de inactividade ou se é devido ao processo de envelhecimento em si. De um modo geral, a participação regular em programas de exercício físico retarda a deterioração física relacionada com a idade, nomeadamente no declínio cardíaco-respiratório, no desenvolvimento da osteoporose e no declínio do metabolismo, número e tamanho das fibras musculares (Berger & McInman, 1993).

Os benefícios do exercício físico transformam-se num ciclo vicioso, em que a melhoria da capacidade funcional daí resultante reforça a continuidade da prática e aumenta a interacção social, o que, por seu lado, irá estimular a participação em actividades físicas, melhorando ainda mais a condição física. Em 1990, Bouchard e colaboradores (cit. in Martins, 2007b) apresentam um modelo de relações complexas entre os níveis de actividade física, a condição física e fisiológica e a saúde. Assumindo que a condição física se relaciona positivamente com a actividade física e com a saúde e vice-versa. Assim como o estado de saúde influencia a actividade física e a condição física. Mais tarde, Bouchard e Shephard (1994: cit. in Martins, 2007b), destacam a importância do factor saúde ao apresentarem um novo paradigma que relaciona a actividade física com a condição física relacionada com a saúde e a própria saúde.

Berger e McInman (1993) identificam, com base nas suas pesquisas, os efeitos psicológicos resultantes da prática do exercício físico na população idosa: a maior satisfação com a vida, a melhoria da auto-estima e os menores índices de stress, de ansiedade e de depressão. No estudo de Sequeira e Silva (2002), ao procurar identificar as variáveis que mais contribuem para o bem-estar e satisfação com a vida dos idosos, verificou-se que, entre outras, o nível de actividade física tem influência na satisfação com a vida. O factor de integração social associado à prática de exercício físico é outro contributo para a satisfação com a vida ao estabelecer novas relações e amizades e ao reduzir a solidão. O facto de os idosos ainda se sentirem activos, úteis e capazes, traz benefícios ao nível da auto-estima, do bem-estar subjectivo e da satisfação com a vida (Sequeira & Silva, 2002). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), um estilo de vida activo ajuda a criar as condições necessárias para a manutenção de um papel activo na sociedade e para a aquisição de novos papéis. Os benefícios psicossociais decorrentes da prática regular de actividade física resultam no enaltecimento do valor dos idosos praticantes e ajuda-os a ter um papel mais activo na

sociedade, aumenta a integração social e cultural e estimula a formação de novas amizades e alargamento de relações sociais.

Ainda no estudo de Sequeira e Silva (2002), ao comparar grupos de idosos que praticam diferentes níveis de actividade física, verificou-se que o grupo submetido a um programa de actividade reduzida revelou uma atitude mais negativa face ao envelhecimento do que os grupos moderadamente e muito activos. Camiña (2004) sugere que a população idosa deve praticar exercícios eminentemente aeróbios, procurando realizar actividades que impliquem grandes grupos musculares, realizadas com baixa intensidade e distribuídas ao longo do dia. Assim, por exemplo através das actividades da vida diária, os idosos trabalham os principais grupos musculares e mobilizam a maioria das articulações do corpo, mantendo a sua flexibilidade e agilidade.

Ainda são poucos os estudos que pesquisam o exercício físico e a saúde mental na população idosa, e destes, alguns falham em termos metodológicos (Berger & McInman, 1993). No entanto, estes autores assumem que os efeitos que se encontram nas investigações efectuadas na população jovem são similares aos encontrados na população idosa. E referem que faz pouco sentido assumir que os benefícios psicológicos do exercício físico estão relacionados com a idade. Se os benefícios são fisiológicos (diminuição da pressão arterial sistólica, aumento da temperatura corporal, adequada resposta ao stress, melhoria da aparência física, e melhoria da força e resistência física) então os benefícios devem afectar o idoso como afectam os jovens. Se os benefícios são psicológicos (interacção social, sentimento de comprimento, distração de preocupações) também devem beneficiar o idoso tal como beneficiam o jovem (Berger & McInman, 1993). Como referido anteriormente, o tipo de exercício, intensidade, frequência e outras características referentes ao mesmo interferem na efectividade dos benefícios tanto físicos como psicológicos.

O idoso tem a necessidade de se adaptar às diversas transformações que vão ocorrendo a nível psicossocial, nomeadamente a alteração e/ou perda de papéis na sociedade. O exercício físico pode ter uma função importante nesta adaptação, uma vez que promove o alargamento das relações sociais, realização de novas amizades e a aquisição de novos papéis, reduzindo o sentimento de solidão e exclusão social. O exercício físico aumenta a auto-confiança e a auto-suficiência – qualidades fundamentais para o bem-estar psicológico (WHO, 2007).

Se, por um lado, os efeitos positivos resultantes de uma actividade motora regular e contínua focando o seu papel multidimensional, pode transformar o programa de

exercício físico num meio de prevenção, manutenção, recreação e reabilitação na vida do idoso, por outro lado, existem ainda muitas resistências e barreiras à participação em programas de exercício físico. A falta de motivação é das principais barreiras, mas existem outras: medo de cair e se lesionar, medo de sentir dor, experiência anterior negativa, falta de saúde, falta de companhia, barreiras arquitectónicas, etc. (Rasinaho, Hirvensalo, Leinonen, Lintunen & Rantanen, 2006). É necessário haver motivação para a prática de qualquer actividade física e acreditar nos seus benefícios, se os idosos não valorizam a actividade física como benéfica, também não têm motivação para nela participar (Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007).

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

Após enquadramento teórico e revisão de diferentes teorias dos autores principais no âmbito dos constructos relativos aos benefícios psicológicos provenientes da prática do exercício físico, dá-se início à apresentação dos processos metodológicos, tais como caracterização da amostra, descrição dos instrumentos de medida utilizados, procedimentos na recolha dos dados, assim como processamento dos cálculos estatísticos e sua discussão.

Trata-se de um estudo com dois momentos, na medida em que as variáveis foram avaliadas em dois períodos de tempo com um intervalo de dezasseis semanas.

1. Amostra

O presente estudo é constituído por uma amostra de 237 idosos dos distritos de Coimbra e Aveiro, institucionalizados e não institucionalizados, residentes tanto em meio urbano como rural e com uma grande variedade de níveis de escolaridade.

Para análise da amostra, esta é agrupada por género, faixa etária e envolvimento desportivo. Relativamente ao género, 129 (54,4%) são do género feminino e 108 (45,6%) do género masculino. O intervalo de idades desta amostra está compreendido entre os 65 como mínimo e os 93 anos como máximo, sendo a média de idades para o grupo feminino de $74,64 \pm 7,98$ anos e para o grupo masculino de $75,11 \pm 7,28$ anos. Nesta amostra estão incluídos idosos praticantes de exercício físico $n=97$ (40,9%), dos quais 69,1% femininos e 30,9% masculinos e não praticantes $n=140$ (59,1%), dos quais 44,3% femininos e 55,7% masculinos. A grande diferença de géneros no grupo de praticantes pode dever-se à menor taxa de adesão a este tipo de exercícios em grupo por parte dos idosos do género masculino.

O presente trabalho envolve a realização de um segundo estudo cuja amostra é constituída por 89 idosas ($n=89$), às quais foi aplicado o mesmo questionário em dois momentos: um na fase inicial do estudo (t_0) e outro após 16 semanas (t_1), com o objectivo de verificar alterações entre o grupo praticante e o grupo não praticante, face ao seu Bem-estar Subjectivo, mais concretamente à sua Satisfação com a Vida no Geral, à sua Satisfação com a Vida no Momento, aos seus níveis de Percepção de Stress, às suas Auto-percepções Físicas (Funcionalidade, Competência Desportiva, Força Física, Saúde Física e Auto-valorização Física), e face à sua Auto-estima Global.

Como critérios de inclusão foram inseridos no estudo idosos com 65 ou mais anos, independentes, sem doenças ou incapacidades físicas e/ou mentais graves diagnosticadas. Considera-se como independente um indivíduo que seja capaz de efectuar as suas actividades de vida diária: tomar banho, vestir, comer, deslocar da cama ou cadeira, caminhar e usar o sanitário sem ajuda de terceiros (Norman, 1995).

A selecção do grupo de elementos para participarem na segunda parte do estudo, não teve outro critério de selecção senão a disponibilidade dos mesmos, serem do género feminino e o facto de um sub-grupo participar num programa de exercício físico.

2. Variáveis em Estudo

2.1. Variáveis Independentes

Este tipo de variáveis divide a amostra em sub-grupos, possibilitando estudar o efeito diferencial entre os mesmos. Assim, para este estudo são consideradas como variáveis independentes as seguintes:

- Género: género feminino e género masculino.
- Envolvimento desportivo: praticantes de exercício físico e não praticantes de exercício físico.

2.2. Variáveis Dependentes

Dado que este estudo pretende conhecer as percepções dos indivíduos quanto ao seu bem-estar subjectivo, estas são as variáveis que classificámos como dependentes:

- Satisfação com a Vida em Geral;
- Satisfação com a Vida no Momento;
- Percepção de Stress;
- Auto-estima Global;
- Auto-conceito Físico (Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Força Física, Saúde Física, Auto-valorização Física).

3. Procedimentos

Face à dimensão do universo, a estratégia de amostragem deve seguir os procedimentos probabilísticos. Nessa impossibilidade, optámos pelo método de amostragem por conveniência, arriscando a perda de representatividade da população.

Após uma breve explicitação dos objectivos e procedimentos do estudo, foi feita a selecção de idosos que demonstrassem interesse e disponibilidade em participar no estudo e que se enquadrassem nos critérios de selecção pré-estabelecidos. Dos questionários recolhidos, para além de muitos não terem sido devolvidos, alguns foram eliminados por não cumprirem os requisitos, como preenchimento incompleto ou incorrecto, o que implicou forçosamente uma redução da nossa amostra.

Como método de recolha de dados psicométricos foi aplicado o método de inquérito através de um questionário auto-administrado para a maioria dos idosos. Houve, no entanto, a necessidade de alguma assistência recorrendo ao método de entrevista fechada em alguns casos, pela dificuldade na compreensão do questionário ou pelo elevado grau de analfabetismo encontrado. A dificuldade em compreender a estrutura de formato alternativo e responder adequadamente às questões já foi referida por vários autores (Fox, 1998; Ferreira & Fox, 2007). Ferreira e Fox (2007) chegaram mesmo a apontar para uma invalidação dos questionários de cerca de 2,3% para estudantes universitários e 3,2% para estudantes de liceu.

Primeiramente, este questionário foi aplicado a uma amostra de 237 elementos com mais de 65 anos, praticantes e não praticantes de exercício físico e de ambos os géneros. Os resultados desta primeira parte constituem o estudo I.

A segunda parte deste estudo (estudo II) consiste numa segunda aplicação do mesmo questionário após dezasseis semanas (t_1) a um grupo seleccionado de 89 elementos do género feminino.

Dezasseis semanas são o tempo médio considerado como suficiente pela maioria dos autores para identificar alterações ao nível das variáveis psicossociais (Berger e McInman, 1993).

A elaboração do programa de exercícios procurou recorrer às principais directrizes sugeridas pelo ACSM (American College of Sports Medicine, 2000) no que diz respeito à população idosa: prática de exercício físico moderada, cinco vezes semanais e com a duração de cerca de 30 minutos. No entanto, esse protocolo foi de todo impossível de aplicar, pelo que se optou por elaborar um programa em associação com as linhas sugeridas por Berger e McInman (1993) para beneficiar ao máximo os efeitos psicológicos positivos do exercício físico. Assim, o programa foi estruturado com as seguintes características: frequência de duas vezes por semana, duração de cerca de 60 minutos, de carácter não competitivo e incidindo no trabalho aeróbio, de força muscular e de flexibilidade.

4. Instrumentos de Medida

Aplicámos, neste estudo, uma bateria de testes reunindo instrumentos de medida que avaliam os indicadores directos de qualidade de vida, de modo a conseguir uma abordagem multidimensional associada à prática de exercício físico no idoso. São eles: *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, *Self-Anchoring Rating Scale (SARS)*, *Perceived Stress Scale (PSS)*, *Physical Self-Perception Profile versão clínica reduzida portuguesa (PSPPP-VCR)* e *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*.

A escolha desta bateria de testes tem uma razão dupla. Em primeiro lugar, como parte integrante no processo de validação do PSPP versão clínica reduzida adaptada à população idosa e para a cultura portuguesa. Em segundo lugar, pelas características psicométricas dos instrumentos de medida, considerámos serem os mais adequados na avaliação dos constructos abordados neste trabalho de investigação. Tendo em conta as características da população em estudo, é o que melhor se aplica à objectivação de um dos propósitos deste estudo – percepção da qualidade de vida por parte do idosos associada à prática de exercício físico.

Associada a esta bateria de testes está uma pequena secção destinada à recolha de dados biográficos para caracterização da amostra.

4.1. Caracterização dos Instrumentos de Medida

4.1.1. Satisfaction With Life Scale

Para avaliação da Satisfação com a Vida em Geral dos idosos neste estudo, foi aplicada a *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*. Esta escala foi elaborada e validada por Diener e seus colaboradores em 1985 (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) e permite avaliar de uma forma global os níveis de satisfação individual com a vida.

É um instrumento prático e acessível que pode ser aplicado a várias populações, inclusivamente na população idosa, como referido anteriormente. É composto por 5 itens. Para cada item existem 7 alternativas de resposta numa escala tipo Likert, que vão desde o “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”. No somatório final, a pontuação pode variar de 5 a 35 pontos, correspondendo os valores mais elevados à percepção de maior satisfação com a vida. (Hird, 2003; Queiroz & Neri, 2005).

Pavot, Diener e Suh (1998) defendem que a escala *Satisfaction With Life Scale* é adequada para investigadores que queiram medir um determinado aspecto específico do conceito global de Bem-estar Subjectivo, argumentando que a Satisfação com a Vida é a componente cognitiva do Bem-estar Subjectivo, como referido no capítulo II. Deste modo, os itens não têm um carácter afectivo ou emocional e são muito generalizados, utilizando uma linguagem não específica, o que permite uma interpretação e avaliação da vida com base nas convicções e critérios próprios de cada indivíduo. Assim, torna-se numa escala de medida neutra no que respeita à cultura, idade e género, podendo ser aplicada a diferentes grupos (Sousa & Lyubomirsky, 2001).

Os autores desta escala (Diener et al., 1985) apresentam propriedades psicométricas favoráveis, com uma forte consistência interna de *alpha* de Cronbach de 0,87. Mais recentemente, tendo sido aplicada a populações de diferentes culturas e idades, esta escala continua a apresentar uma boa consistência interna e fidedignidade (Sousa & Lyubomirsky, 2001; Mella, González, D'Appolonia, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004). Em 2004, os autores deste instrumento de medida confirmam que, entre vários instrumentos de medida do Bem-estar Subjectivo, o *Satisfaction With Life Scale* continua a ser o que melhor mede de forma global a Satisfação com a Vida (Larsen, Diener & Emmons, 2004).

Em Portugal, esta escala foi validada primeiramente por Neto em 1993 (Neto, 1993) tendo encontrado uma consistência interna de *alpha* de Cronbach de 0,78.

4.1.2. Self-Anchoring Rating Scale

A escala *Self-Anchoring Rating Scale* (SARS), desenvolvida em 1965 por Cantril (Cantril, 1965), é uma escala subjectiva e global, com um único item, onde se pretende que o indivíduo analise subjectivamente e assinale o nível de satisfação com a vida que considera ter naquele momento. Consiste num desenho de uma escada com dez degraus. Cada degrau corresponde a um valor, sendo o topo da escada o valor 10 que corresponde à melhor vida possível em que o indivíduo se consegue imaginar e o degrau mais baixo, 0 valores, representa a pior vida em que o indivíduo se consegue imaginar.

Horley e Lavery (1991) concluíram no seu estudo longitudinal que a *Self-Anchoring Rating Scale* é uma escala de estabilidade moderada e sensível à mudança ao longo do tempo. Tem sido usada tanto em população jovem, adulta, como em idosos

(Oldehinkel, van den Berg, Bouhuys & Ormel, 2003). Esta escala já foi traduzida em inúmeras línguas, inclusive português (American Thracic Society, 1999), no entanto, não é conhecida a data da primeira versão portuguesa desta escala.

4.1.3. Perceived Stress Scale

A escala *Perceived Stress Scale* (PSS) foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein em 1983 (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) e quantifica o nível de stress que cada indivíduo experimenta subjectivamente, num determinado momento, ou, por outras palavras, mede o grau em que as situações de vida do indivíduo são percebidas como indutoras de stress (Pereira & Canavarro, 2007).

Esta escala avalia o controlo que o indivíduo tem sobre a sua vida actual, mais especificamente durante o mês precedente ao preenchimento do questionário. É constituído por 14 itens com 5 alternativas de resposta para cada item, que vão desde “nunca” a “muito frequentemente” e cuja pontuação final pode variar entre 14 e 70 valores, correspondendo os valores maiores a uma percepção de níveis de stress mais elevados. Para obter os resultados finais são revertidos sete itens: 4,5,6,7,9,10 e 13 (Cohen et al., 1983) de forma a manter a mesma direcção de resposta a cada um dos itens da escala. É um instrumento de medida global, objectivo, económico, fácil e rápido de aplicar à comunidade em geral (Cohen et al., 1983).

Dado que os níveis de percepção de stress são influenciados por situações diárias, eventos importantes e por alterações nas estratégias de *coping*, a validade das respostas perde-se ao fim de quatro a oito semanas. Daí o questionário inquirir sobre ocorrências no último mês, ou seja, quatro semanas, reflectindo situações recentes que ainda afectam o indivíduo (Cohen et al., 1983).

A *Perceived Stress Scale* é uma escala geral e pode ser aplicada em diversos grupos etários, uma vez que não contém questões específicas de sub-grupos populacionais (Cohen et al., 1983). A ausência de questões específicas de contexto é uma mais valia para esta escala, permitindo a sua validação em diferentes culturas e grupos populacionais (Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007).

Como referido anteriormente no capítulo II, existem três formas de medir o stress. A primeira é direccionada à presença de agentes stressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do stress e a terceira pretende medir a percepção de stress individual de forma global, independente dos agentes stressores (Luft et. al, 2007).

Para o presente estudo, interessa-nos apenas a terceira forma de medir os índices de stress, uma vez que se baseia unicamente na percepção do indivíduo.

A versão portuguesa deste instrumento é da autoria do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002: cit. in Pereira e Canavarro, 2007) revelando uma boa consistência interna de *alpha* de Cronbach de 0,86.

4.1.4. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

O instrumento de medida usado para avaliar os níveis de Auto-estima Global dos idosos neste estudo foi o *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Esta escala foi elaborada por Rosenberg (1965) e pretendia ser breve, global e com carácter unidimensional, de modo a poder ser aplicado a um grande número de indivíduos. No entanto, segundo Batista (2000), este instrumento de medida adapta-se à noção de multidimensionalidade da auto-estima e à estrutura hierárquica defendida na actualidade, reflectindo uma auto-avaliação global. Com efeito, a estrutura factorial deste instrumento tem suscitado alguma controvérsia, alguns estudos sugerem uma estrutura unidimensional (Azevedo & Faria, 2004; Silva & Faria, 1999: cit. in Romano, Negreiros e Martins, 2007), enquanto outros apontam para uma organização bidimensional (Romano et al., 2007; Dias, 1996: cit. in Romano, Negreiros e Martins, 2007). De acordo com Goldsmith (1986) e Marsh (1996), citados por Romano e colaboradores (2007), as variações observadas na estrutura factorial podem estar relacionadas com as características da amostra utilizada, particularmente ao nível de variáveis como género e idade, capacidade de compreensão e tipo de ocupação dos participantes. O que leva a crer que os indivíduos não interpretam os itens do RSES da mesma forma.

Em 1996, Marsh concluiu que esta escala pode ter carácter unidimensional numas populações e bidimensional noutras (Romano et al., 2007).

Esta escala é composta por 10 itens pontuados segundo a escala de Likert, de 1 a 4, (para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta) em que os participantes respondem desde “concordo completamente” a “discordo completamente” (Hammond, 2002; Ferreira & Fox, 2007). Para os itens 1,2,4,6 e 7 é feita a reversão da cotação dos itens. A auto-estima global é representada pela soma de todas as pontuações, podendo obter resultados entre 10 e 40, cujos valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de Auto-estima Global.

Este instrumento tem sido validado em diferentes estudos de investigação (Silber & Tippett, 1965, cit. in Hammond, 2002; Rosenberg, 1965; Hagborg, 1993: cit. in Ferreira & Fox, 2007). Foi traduzido para a língua portuguesa por Abrantes em 1991 e usado na população portuguesa em vários estudos (Batista, 2000; Abrantes, 1991; Abrantes, 1998: cit. in Ferreira & Fox, 2007).

Sendo uma escala antiga, ainda é actual e adapta-se perfeitamente à realidade. É dos instrumentos de medida de auto-estima mais usado segundo Bowling (1997: cit. in Hammond, 2002) e apresenta uma fidedignidade de $r=0,74$ no estudo de Batista (2000) em jovens portugueses e de $r= 0,75$ no estudo realizado por Ferreira e Fox (2007) em adolescentes e jovens adultos. Em 2004, Rusticus, Hubley e Zumbo aplicaram o RSES em diferentes países anglo-saxónicos, nomeadamente Canadá, América do Norte e Nova Zelândia, e confirmaram que esta escala apresenta uma boa fidedignidade e estrutura factorial. No estudo efectuado por Schmitt e Allik (2005), procuraram averiguar a aplicabilidade inter-cultural, estrutura factorial e fidedignidade do RSES em 53 países e com tradução deste instrumento em 28 línguas. Verificaram uma boa estrutura factorial e fidedignidade psicométrica deste instrumento em todos os países de um modo geral e identificaram, em Portugal, uma consistência interna de *alpha* de Cronbach de 0,86.

A escolha da aplicação deste instrumento de medida deve-se sobretudo à sugestão feita por Fox e Corbin (1989) como instrumento de medida complementar ao *Physical Self Perception Profile*, de modo a avaliar a auto-estima do indivíduo numa perspectiva global.

4.1.5. Physical Self-Perception Profile versão clínica reduzida portuguesa (PSPPp-VCR)

O *Physical Self-Perception Profile* versão clínica reduzida portuguesa (PSPPp VCR) é um instrumento de medida multidimensional que deriva da escala original PSPP (*Physical Self-Perception Profile*) de Fox e Corbin (1989). Esta escala é constituída por 30 itens e por cinco factores, quatro avaliam a percepção de diferentes domínios específicos do “eu físico”. São eles: Competência Desportiva, Condição Física, Imagem Corporal, Força Física. O quinto factor, a Auto-valorização Física, foi desenvolvido para proporcionar uma medição global do Auto-conceito Físico e é considerado o mediador entre os outros sub-domínios e a Auto-estima Global (medida

pela escala de *Rosenberg Self-Esteem Scale* abaixo descrita) (Fox, 1990; Hammond, 2002; Van de Vliet et al., 2002; Fonseca & Fox, 2002; Ferreira & Fox, 2007).

Na década de 80 existiam inúmeras escalas de avaliação das auto-percepções a nível físico; no entanto, estas apresentavam, segundo Fox (1990), resultados muito limitativos: não revelavam informações importantes, limitando a compreensão da complexidade e globalidade do “eu físico”; havia a possibilidade de anulação das variáveis entre si; tinham uma abordagem unidimensional, o que não permitia identificar as relações entre as variáveis. Procurando ultrapassar estas limitações e seguindo as linhas orientadoras de Harter, Fox e Corbin, após uma complexa sequência de estudos piloto, criaram em 1989 um novo instrumento de medida - o PSPP (*Physical Self-Perception Profile*) (Fox, 1990; Fonseca & Fox, 2002). Este instrumento de medida procurava encontrar os mecanismos justificativos para as alterações da auto-estima com a prática de exercício físico (Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992; Fonseca & Fox, 2002; Asci, 2002) e foi aplicado pela primeira vez em 1990, em jovens estudantes norte americanos.

Os aspectos que caracterizam este instrumento são a visão multidimensional, que reconhece um constructo global e generalizado, permitindo o estudo das relações entre os diferentes domínios do Auto-conceito Físico e com a Auto-estima Global, essencial para uma melhor compreensão do mecanismo do desenvolvimento da auto-estima (Fox, 1990). Outra característica da escala é o facto de ser um perfil, que pressupõe que os elementos (Auto-estima Global e sub-domínios do Auto-conceito Físico) sejam baseados em conceitos generalizados. O perfil proporciona informação mais rica sobre auto-percepção e é por isso um melhor meio de examinar as diferenças individuais.

O PSPP tem como base um modelo hierárquico baseado na especificidade/generalidade. Os níveis mais específicos (sub-domínios) são instáveis e modificáveis. À medida que se sobe na pirâmide hierárquica, estes sub-domínios vão-se generalizando e influenciam as percepções mais globais localizadas no topo da hierarquia (Auto-estima Global). (Fox & Corbin, 1989; Fox, 1990; Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992).

O PSPP tem sido aplicado em países anglo-saxónicos e posteriormente aplicado a outros países como Turquia (Asci, Asvoi & Zorba, 1999: cit. in Ferreira & Fox, 2007), Rússia (Hagger, Ashford & Stambulova, 1998: cit. in Ferreira & Fox, 2007), Espanha (Atienza, Balaguer & Moreno, 1997: cit. in Ferreira & Fox, 2007), Bélgica (flamenga) (Van de Vliet, Knapen, Onghena, Fox, Van Coppenole, David, Pieters & Peuskens,

2002) e em desenvolvimento na Itália. Na língua portuguesa, o PSPP foi aplicado pela primeira vez em jovens estudantes portugueses por Fonseca e Fox (2002). Recentemente foram avaliadas a validade e a fidedignidade desta versão por Ferreira e Fox (2007).

Sabe-se, com base nos estudos já desenvolvidos noutros países (Moreno & Cervelló, 2005; Van de Vliet et al., 2002), que a diferença cultural e semântica linguística e os contextos sociais são a primeira barreira para a aplicabilidade do PSPP, o mais próximo do original. Daí a importância do rigor dos testes psicométricos durante o processo de tradução e validação do instrumento. No entanto, em alguns estudos que envolvem a tradução da língua inglesa, surgem algumas questões sobre a estrutura factorial do PSPP. Esta questão foi inicialmente levantada por Van de Vliet e seus colaboradores (2002), que sugeriu um novo modelo tri-factorial para o PSPP desenvolvido em adultos de meia-idade belgas, baseado em duas possíveis explicações:

- a) a linguagem belga (flamengo) não é tão rica que distinga percepção de competência desportiva de percepção de condição física;
- b) os indivíduos fisicamente activos são mais capazes de distinguir a diferença entre os vários aspectos físicos do que os indivíduos sedentários.

Com o mesmo problema se deparou Ferreira (2004) e Ferreira e Fox (2007), na população portuguesa, sugerindo que a fusão de Condição Física e Competência Desportiva proporcionam a melhor solução numa análise factorial confirmatória (Ferreira & Fox, 2007).

Embora tenha sido originalmente desenhada para a população jovem, a sua validade tem sido estendida a adultos de meia-idade e idosos com pequenas sugestões de modificações e adaptações específicas para a população em estudo (Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992; Sonstroem, Harlow & Josephs, 1994 cit. in Sonstroem, 1997).

As alterações físicas, psicológicas e sociais que surgem inevitavelmente na passagem para a terceira idade obrigam a que os instrumentos contenham itens de conteúdos diferentes dos da população adulta ou jovem. A importância crescente de aspectos particulares relacionados com a saúde e o bem-estar da população idosa é um bom exemplo desta necessidade de alteração de conteúdos, daí o facto de esta versão clínica apresentar alguns sub-domínios diferentes dos inicialmente desenvolvidos na versão original do instrumento, direccionando para a população jovem.

Tendo por base este pressuposto, o presente estudo utilizou uma versão portuguesa do *PSPP-short clinical version*, desenvolvida por Fox, Stathi, McKenna e Davis, (2007).

Esta versão, denominada PSPPp-VCR, é composta por 18 itens distribuídos por seis sub-escalas (cinco sub-domínios e um sexto que desempenha o papel de mediador) com 3 itens cada e com uma pontuação de 1 a 4. Existem ainda dois itens adicionais (19 e 20), que estão a ser utilizados por motivos de necessidade de clarificação de conteúdos no desenvolvimento do instrumento. Todos os itens estão dispostos numa estrutura de formato alternativo proposto por Harter em 1985, de modo a controlar as respostas socialmente desejáveis (Fox & Corbin, 1989; Fox, 1990; Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992; Ferreira & Fox, 2007). Sabe-se que há uma tendência do indivíduo referir o que é socialmente aceite ou esperado, em detrimento do que realmente sente. Este formato provoca maior dificuldade aos inquiridos para responder às questões, no entanto, é a forma proposta para eliminar este viés (Fox, 1990; Sonstroem, 1997) e (Marsh, et al., 1994: cit. in Fonseca & Fox, 2002). Para efeitos de tratamento dos dados neste instrumento é feita a reversão dos seguintes itens: 1,4,5,6,7,9,10,12,13,16,18.

O questionário apresenta duas descrições opostas de percepções pessoais, nas quais o participante deve indicar qual das descrições mais se assemelha à sua própria percepção e a sua intensidade, isto é “quase verdade para mim” ou “realmente verdade para mim”.

As diferentes sub-escalas em análise são as seguintes: Funcionalidade (itens 1,7,13) percepção e confiança na capacidade funcional e independência física do individuo e confiança na capacidade de manter a prática de exercício físico; Competência Desportiva (itens 3,9,15) percepção ao nível da capacidade de executar e de aprender novas actividades físicas; Atracção Corporal (itens 4,10,16) percepção relativa à imagem que tem de si próprio e da atracção exercida pela sua aparência em relação a terceiros; Saúde Física (itens 2,8,14), percepção da saúde física actual e da capacidade para a manter; Força Física (itens 5,11,17), percepção e confiança em relação à força física e à capacidade de resposta numa situação que requeira força física; Auto-valorização Física (item 6,12,18) transmite sentimentos de satisfação, orgulho e confiança com o seu “eu físico”.

Os valores totais podem variar entre 20 e 80, sendo os valores mais elevados correspondentes a maiores níveis de auto-percepção física.

Esta versão do PSPP adaptada para a população idosa está actualmente a ser validada em outros países europeus de língua oficial não-anglo-saxónica, nomeadamente França, Itália, Grécia e Suécia, não havendo ainda resultados publicados, uma vez que as investigações ainda se encontram em curso.

Tal como no PSPP original, este instrumento tem por base a teoria das Auto-percepções no domínio físico e o modelo proposto por Shavelson, Hubner e Staton (1977: cit. in Santos, 2005), ao qual Fox e Corbin (1989) confirmam um carácter multidimensional. Este modelo pressupõe a existência de uma relação hierárquica entre Auto-estima Global e as diferentes dimensões do Auto-conceito Físico.

5. Análise de Tratamento de Dados

A análise dos dados foi efectuada separadamente por envolvimento desportivo, de forma a poder averiguar e comparar as diferenças entre o grupo praticante e o grupo não praticante. De igual modo, os dados foram analisados separadamente por género, dado que nas investigações que avaliam aspectos psicológicos de auto-referência se constata uma sensibilidade diferente entre os géneros, pelo que é recomendável estudar separadamente os grupos (Fox, 1990; Lirgg, 1991: cit. in Ferreira, 2001).

Toda a análise da estatística quantitativa foi feita com recurso a um *software* estatístico específico, o SPSS.16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Em todos os procedimentos estatísticos foi usado um valor de significância de 0,05.

Primeiramente, recorreremos à estatística descritiva usando medidas de dispersão e de tendência central para descrever os resultados de cada instrumento de medida utilizados. Na estatística inferencial recorreremos ao T-teste - *Independent Samples Test* para comparação entre as diferentes variáveis dependentes estudadas, por género, em cada um dos instrumentos.

Posteriormente, procedemos à divisão da amostra total em duas sub-amostras, integradas respectivamente no estudo I e no estudo II, de modo a dar resposta aos objectivos propostos para esta investigação.

O Estudo I tem como objectivo o desenvolvimento e validação do PSPPp-VCR na população idosa portuguesa e inicia com a apresentação e comparação entre os géneros dos valores médios do PSPPp-VCR e do RSES, de modo a poder confrontar com outros estudos.

No processo de validação da versão clínica reduzida do PSPPp, utilizámos o método estatístico da análise factorial exploratória. A análise factorial exploratória é utilizada para explorar um conjunto de dados e determinar o número e natureza dos factores que contribuem para a relação entre as variáveis investigadas. Isto, quando o

investigador não possui evidências suficientes no sentido da elaboração de uma hipótese e procura constituir uma teoria. A investigação exploratória está associada à fase de desenvolvimento de um instrumento (Fonseca & Fox, 2002). Deste modo, e atendendo a que este estudo aplica pela primeira vez o instrumento de medida *Physical Self Perception Profile* versão clínica reduzida (PSPPp-VCR), na população portuguesa, esta investigação recorre à análise factorial exploratória.

A estrutura factorial do modelo original de Fox e Corbin, (1989) recentemente adaptada à população idosa por Fox, Stathi, McKenna e Davis (2007), foi investigada através da análise dos componentes principais, de modo a verificar em que medida o modelo original (de seis factores) é replicável na amostra deste estudo. Segundo Fox (1990), importa fazer a análise dos componentes principais, de modo a determinar se por um lado, as sub-domínios são capazes de avaliar constructos independentes e se, por outro, representam as percepções de um único domínio - o físico (Auto-valorização Física).

Para aferir a fidedignidade de cada um dos factores do PSPPp-VCR e aferir se o instrumento mede o que propõe medir, recorreremos à análise do coeficiente de consistência interna de *alpha* de Cronbach.

O estudo da estrutura hierárquica do PSPPp-VCR foi realizado com base no cálculo do coeficiente de correlação de Pearson (indicado para variáveis contínuas) (Reis, 1994) e das correlações parciais, de forma a testar a validade da Auto-valorização Física enquanto variável mediadora entre os sub-domínios da base do modelo e a Auto-estima Global.

Para aferir o sentido e percentagem da variância da variável dependente Auto-valorização Física, explicada a partir das variáveis independentes (sub-domínios) do PSPPp-VCR, utilizámos a técnica estatística regressão múltipla recorrendo ao método *Stepwise*.

O Estudo II pretende dar resposta ao segundo objectivo deste trabalho de investigação o qual procura aferir, de uma forma global, diferenças na qualidade de vida entre idosas praticantes e não praticantes de exercício físico, após a aplicação de um programa de exercícios físicos regular após um período de dezasseis semanas. De um modo mais específico, pretendemos aferir os efeitos de um programa de exercício físico nas seguintes variáveis psicológicas: Satisfação com a Vida no Geral, Satisfação com a Vida no Momento, Percepção de Stress, Auto-estima Global e Auto-percepção Física

(Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Força Física, Saúde Física e Auto-valorização Física).

A sub-amostra deste Estudo II é constituída por 89 participantes do género feminino (n=89). Procedemos aos cálculos estatísticos em t_0 (início do estudo) e em t_1 (após dezasseis semanas). De modo a comparar as médias das variáveis dos grupos praticantes e não praticantes de exercício físico, recorreremos ao T-teste - *Independent Samples Test* em t_0 e em t_1 . Por fim, procurando averiguar as diferenças nestes dois grupos ao fim de dezasseis semanas, procedemos à comparação entre as médias das variáveis, recorrendo ao T-teste - *Paired Samples Test* entre t_0 e t_1 .

CAPITULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 237 elementos, 129 (54,4%) do género feminino e 108 (45,6%) do género masculino. A média de idades no grupo feminino é de 74,64 anos e no grupo masculino é de 75,11 anos, sendo o intervalo de idades da amostra desde 65 anos até ao máximo de 93 anos para ambos os géneros.

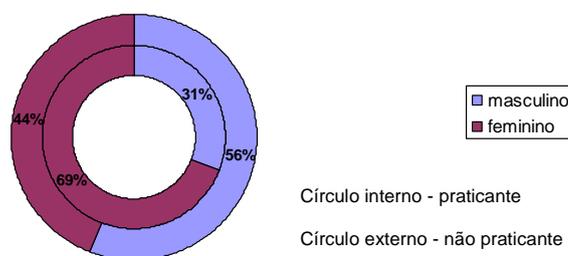
Ao analisar a curva de distribuição da amostra por género, verifica-se que esta não tem uma distribuição normal, uma vez que apesar de apresentar uma curva simétrica (*skewness*), não apresenta uma curva normal quanto ao achatamento (*kurtosis*). Sendo assim, esta amostra não é representativa da população, pelo que os resultados não podem ser generalizados à população idosa portuguesa e apenas se reportam à amostra deste estudo.

Tabela 1. Distribuição da Amostra

N	Mean		Std Deviation	Skewness		Kurtosis	
Statistic	Statistic	Std Error	Statistic	Statistic	Std Error	Statistic	Std Error
237	1,46	,032	,499	,179	,158	-1,985	,315

Dos 237 participantes, 97 (40,9%) são praticantes de exercício físico dos quais uma grande percentagem (69,1%) são do género feminino e 140 (59,1%) não são praticantes, este grupo tem uma distribuição mais homogénea entre os géneros, como ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição por género e envolvimento desportivo



Ao analisar a média de idades desta amostra relativamente à prática de exercício físico, verificamos que o grupo praticante apresenta uma média de idades de 71,55 anos no género feminino e de 73,48 no masculino, enquanto que o grupo não praticante apresenta uma média de idades de 77,98 anos no género feminino e de 75,73 no género masculino.

Tabela 2. Estatística Descritiva para os géneros feminino e masculino praticantes e não praticantes de exercício físico n=237

	Feminino						Masculino					
	Praticante			Não praticante			Praticante			Não praticante		
	N=67			N=62			N=30			N=78		
	Max/min	M	DP	Max/min	M	DP	Max/min	M	DP	Max/min	M	DP
SatisfVidaG	33/8	20.87	7.10	35/6	22.82	7.54	35/11	24.93	5.77	35/5	23.32	6.82
SatisfVidaM	10/0	5.39	2.17	10/0	5.79	2.60	10/2	6.57	2.37	10/0	5.99	2.54
PStressS	53/19	39.40	8.00	56/16	37.92	8.314	56/19	37.50	9.55	56/16	35.96	8.56
AEstimaG	34/23	26.52	1.99	31/20	26.73	2.46	33/24	26.88	2.33	32/21	26.86	2.56
Func	12/3	9.37	2.09	12/3	6.89	2.33	12/3	9.39	2.43	12/3	8.31	2.33
CompDesp	12/3	7.64	2.33	12/3	5.85	2.53	12/4	8.25	2.22	12/3	6.54	2.36
AtracCorp	12/3	7.18	2.55	12/3	7.55	2.59	12/3	7.79	2.48	12/3	8.26	2.67
SaudFisic	12/3	8.04	2.29	12/3	7.11	2.63	12/3	8.25	2.40	12/3	7.54	2.36
ForcFisic	12/3	7.88	2.50	12/3	6.84	2.79	12/3	8.04	2.58	12/3	7.47	2.69
AutovalFisic	12/3	8.31	2.36	12/3	7.98	2.29	12/3	8.46	2.65	12/3	8.28	2.52

Analisando a Tabela 2, podemos verificar que os indivíduos do género masculino praticantes de exercício físico apresentam valores médios mais elevados do que os restantes grupos em todas as variáveis, excepto na Atracção Corporal (AtracCorp) e na Percepção de Stress (PStressS). Sendo o grupo masculino não praticante que apresenta valores médios de AtracCorp mais elevados e o grupo feminino praticante que apresenta valores médios mais elevados de PStressS relativamente aos restantes grupos.

Analisando individualmente cada variável, verificamos que a variável Satisfação com a Vida em Geral (SatisfVidaG) medida pela escala SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) no grupo não praticante feminino apresenta valores mais elevados do que no grupo praticante, o contrário acontece no grupo masculino. De um modo geral, o grupo feminino apresenta valores médios inferiores de Satisfação com a Vida em Geral relativamente ao grupo masculino.

Podemos afirmar, com base na Tabela 2, que os idosos apresentam um valor mediano quanto à sua Satisfação com a Vida no Momento (SatisfVidaM) medida pela escala SARS (*Self-Anchoring Rating Scale*), não considerando que a sua vida é o pior, mas também não a considerando como a melhor possível. Tal como acontece na variável SatisfVidaG, verificamos que o género feminino apresenta valores ligeiramente inferiores de Satisfação com a Vida no Momento relativamente ao masculino.

Quanto aos níveis de Percepção de Stress (PStressS) avaliados pela escala PSS (*Perceived Stress Scale*), estes apresentam-se mais elevados no grupo praticante, quer feminino quer masculino, sendo neste último ligeiramente menor relativamente ao grupo feminino.

No que concerne à Auto-estima Global (AEstimaG) medida pela escala RSES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), não há diferenças das médias quanto ao envolvimento desportivo, nem quanto ao género. No entanto, ao analisar os valores máximos e mínimos conseguimos perceber que em ambos os géneros, o grupo praticante obtém valores máximos mais elevados do que o grupo não praticante e, da mesma forma, o grupo não praticante obtém valores mínimos mais baixos relativamente ao grupo praticante.

No que respeita às variáveis do instrumento de medida PSPPp-VCR (Func, CompDesp, AtracCorp, SaudFisic, ForcFisic, AutovalFisic) ambos os géneros apresentam comportamentos semelhantes, isto é, ambos apresentam valores ligeiramente mais elevados nos grupos praticantes relativamente aos grupos não praticantes, excepto a variável Atracção Corporal que exhibe um valor médio mais elevado no grupo não praticante em ambos os géneros. De um modo geral, os valores médios dos sub-domínios são ligeiramente mais elevados no grupo masculino relativamente ao grupo feminino.

2. Estudo I

2.1. Estatística Descritiva

O Estudo I tem como objectivo o desenvolvimento e validação do PSPPp-VCR na população idosa portuguesa. São apresentados os valores médios das variáveis dependentes de dois dos instrumentos de medida do questionário aplicado: o PSPPp-

VCR (*Physical Self Perception Profile – versão clínica reduzida*) e o RSES (*Rosenberg Self Esteem Scale*) e relacionados entre géneros.

Tabela 3. Estatística Descritiva para os géneros feminino e masculino dos instrumentos de medida PSPPp-VCR e RSES

	Feminino		Masculino	
	N=129		N=108	
	M	DP	M	DP
AEstimaG	26,62	2,223	26,86	2,473
Func	8,18	2,529	8,61	2,397
CompDesp	6,78	2,577	7,01	2,438
AtracCorp	7,36	2,570	8,13	2,616
SaudFisic	7,60	2,492	7,74	2,379
ForcFisic	7,38	2,687	7,63	2,657
AutovalFisic	8,16	2,327	8,33	2,546

Pela leitura da Tabela 3, podemos verificar que, embora os valores médios das variáveis sejam semelhantes entre os géneros, os indivíduos do género masculino apresenta valores ligeiramente mais elevados do que os do género feminino, em todas as variáveis.

2.2. Análise Factorial Exploratória

Para aferir a dimensionalidade do PSPPp-VCR utilizámos a análise dos componentes principais de forma a verificar se os seis factores originalmente propostos por Fox e colaboradores (2007) para a versão inglesa do instrumento replicavam igualmente na amostra de idosos portugueses.

Gorsuch (1983: cit. in Ferreira, 2004) aconselha que a análise das componentes principais deve conter no mínimo cinco participantes para cada item e não menos de cem por análise. Ou, como referem Gadagnoli e Velicer (1988: cit. in Sonstroem et al., 1992) as soluções estáveis são conseguidas quando o tamanho da amostra se aproxima do número de factores detectados multiplicado por vinte. Deste modo, para a análise dos componentes principais, a presente amostra pode ser dividida por género, uma vez que cada grupo é constituído por mais de cem elementos e o questionário aplicado é constituído por 20 itens.

O método utilizado foi a rotação oblíqua (Oblimin com normalização de Kaiser) limitando os factores que explicam na globalidade menos de 40% da variância dos itens, ou seja, os cruzamentos de pesos (*factor loadings*) menores que 0,4 foram eliminados. Do mesmo modo, com base nos autores Tinsley e Tinsley (1987: cit. in Ferreira e Fox, 2007), factores com menos de três itens não foram considerados válidos.

Tabela 4. Análise das Componentes Principais do género feminino

Factor	Item nº	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Func	1			-,69			
	7			-,79			
	13	[,64]		-,61			
CompDesp	3	,70					
	9	,50		[-,66]			
	15	,78					
AtracCorp	4		,86				
	10		,66				
	16		,89				
SaudFisic	2					,76	
	8					,82	
	14	[,65]				?	
ForcFisic	5						,78
	11						,85
	17						,78
AutovalFisic	6		[,50]		-,41		
	12				-,62		
	18				-,68		
	19				-,79		
	20			,75			
% variância		30,63	11,30	7,84	6,33	5,88	5,05
% cumulativa		30,63	41,93	49,78	56,11	61,98	67,03

A análise dos componentes principais realizada no género feminino demonstrou a existência de seis factores, tal como no modelo original (Fox, et al., 2007). A solução de seis factores explica, para o género feminino, um total de 67,03% da variância. O modelo factorial encontrado neste grupo integra os factores Atracção Corporal e Força Física claramente definidos e com um mínimo de três itens em cada factor. Verificámos ainda a existência de vários *cross loadings* (pesos cruzados) entre os diferentes factores, dos quais destacamos Funcionalidade, Competência Desportiva, Saúde Física e Autovalorização Física. Por último, e no que diz respeito à dimensão Saúde Física, esta apresenta apenas dois itens associados, não cumprindo o mínimo de três necessário para ser considerado como um factor.

Tabela 5. Análise das Componentes Principais do género masculino

Factor	Item nº	F1	F2	F3	F4	F5
Func	1			-,83		
	7			-,82		
	13		[,61]	?		
CompDesp	3		,73			
	9	[,59]	,47			
	15		,86			
AtracCorp	4	,81				
	10	,84				
	16	,87				
SaudFisic	2					-,79
	8					-,68
	14					-,75
ForcFisic	5			[-,69]	,52	
	11				,89	
	17				,84	
AutovalFisic	6	,67				
	12			-,66		
	18	,73				
	19					-,68
	20			,61		
% variância		35,85	12,62	7,09	5,90	5,55
% cumulativa		35,85	48,47	55,56	61,46	67,01

No género masculino foram extraídos apenas cinco factores através da análise dos componentes principais, não sendo distinguida a Auto-valorização Física. A solução de cinco factores, no género masculino, explica uma variância total de 67, 01%. O modelo factorial encontrado integra os factores Atracção Corporal e Saúde Física claramente definidos e com um mínimo de três itens em cada factor. Verificámos a existência de vários *cross loadings* (pesos cruzados) entre os diferentes factores, nomeadamente entre Funcionalidade, Competência Desportiva e Força Física. A dimensão Força Física apresenta apenas dois itens associados, não cumprindo o mínimo de três itens, necessários para ser considerado como um factor.

2.3. Análise da Consistência Interna do Instrumento

A consistência interna foi verificada em cada domínio do PSPPp-VCR usando o coeficiente *alpha* de Cronbach. Para que a variável seja considerada indicadora de boa consistência interna e de modo a permitir futuras análises são aconselhados como valores ideais, os valores iguais ou superiores a 0,70 (Nunally, 1978: cit. in Ferreira, 2004a) e como valores mínimos aceitáveis até 0,60 (Westre & Weiss, 1991 e Leitão, 1999: cit. in Ferreira, 2004a).

Tabela 6. Consistência Interna - valores Alpha de Cronbach para os géneros feminino e masculino

Alpha de Cronbach		Func	CompDesp	AtracCorp	SaudFisic	ForcFisic	AutovalFisic
	FEMININO	0,64	0,70	0,76	0,62	0,74	0,70
	MASCULINO	0,64	0,62	0,85	0,67	0,77	0,76

Ao analisar a Tabela 6 verificamos uma boa consistência interna (com valor igual ou superior a 0,70) na maioria dos constructos psicológicos do PSPPp-VCR. O género feminino apresenta uma boa consistência interna nas seguintes variáveis: Atracção Corporal (0,76), Força Física (0,74), Competência Desportiva (0,70) e Auto-valorização Física (0,70). O género masculino apresenta uma forte consistência interna na Atracção Corporal (0,85) e uma boa consistência interna na Força Física (0,77) e na Auto-valorização Física (0,76). É de salientar que os restantes constructos estão todos acima de 0,60 conforme (Westre & Weiss, 1991: cit. in Ferreira, 2004a).

2.4. Estrutura Hierárquica do Instrumento

Tabela 7. Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial para o género feminino

FEMININO							
	Func	CompDesp	AtracCorp	SaudFisic	ForcFisic	AutovalFisic	AEstimaG
Func	1	.557** .483**	.193*	.320** .254*	.420** .288**	.421**	-.030
CompDesp		1	.184*	.530** .494**	.563** .487**	.374**	.032
AtracCorp			1	.140	.212*	.470**	.174*
SaudFisic				1	.446** .396**	.228**	.072
ForcFisic					1	.439**	.126
AutovalFisic						1	.270**
AEstimaG							1

**Correlação significativa para 0.01

* Correlação significativa para 0.05

Bold Correlação parcial para auto-valorização física como mediador

Tabela 8. Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial para o género masculino

MASCULINO							
	Func	CompDesp	AtracCorp	SaudFisic	ForcFisic	AutovalFisic	AEstimaG
Func	1	.461** .402*	.450**	.305**	.563**	.696**	.154
CompDesp		1	.207*	.419** .411**	.428**	.374**	.131
AtracCorp			1	.238*	.425**	.667**	.213
SaudFisic				1	.384**	.302**	-.167
ForcFisic					1	.564**	.303*
AutovalFisic						1	.229
AEstimaG							1

* Correlação significativa para 0.01

* Correlação significativa para 0.05

Bold Correlação parcial para auto-valorização física como mediador

De entre os sub-domínios, no género feminino, a Auto-valorização Física apresenta uma correlação mais forte com as variáveis Atracção Corporal e Força Física, com uma significância de $p < 0,01$. No género masculino, a Auto-valorização Física estabelece uma correlação mais forte, de entre os sub-domínios, com as variáveis Funcionalidade e Atracção Corporal, com uma significância de $p < 0,01$. A Auto-estima Global estabelece uma correlação significativa com a Auto-valorização Física para uma significância de $p < 0,01$ e com a Atracção Corporal para uma significância de $p < 0,05$ no género feminino. No género masculino, a Auto-estima Global correlaciona-se significativamente com a Força Física ($p < 0,05$).

Fox (1990) estabeleceu quatro condições de suporte e validade da estrutura hierárquica do modelo das auto-percepções físicas apresentado por Fox e Corbin (1989). São elas:

- 1) De todos os sub-domínios, a Auto-valorização Física deve estabelecer a correlação mais forte com a Auto-estima Global;
- 2) Os sub-domínios devem ter uma relação mais forte com a Auto-valorização Física do que com a Auto-estima Global;
- 3) A relação entre os sub-domínios e a Auto-estima Global deve reduzir ou mesmo extinguir quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente através da correlação parcial;
- 4) A relação entre os sub-domínios deve ser mais fraca quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente.

Analisando as Tabelas 7 e 8 verificamos que:

1) No género feminino, a Auto-valorização Física é a variável que estabelece a correlação mais forte com a Auto-estima Global ($r=0,270$) e com uma significância de $p<0,01$. Sendo apenas esta correlação correspondente aos critérios estabelecidos por Fox (1990). No género masculino essa condição não acontece, isto porque, de todos os sub-domínios, é a variável Força Física que estabelece a correlação mais forte com a Auto-estima Global ($r=0,303$) e com uma significância de $p<0,05$.

2) Quer no género feminino, quer no masculino, os sub-domínios estabelecem uma relação superior com a Auto-valorização Física do que com a Auto-estima Global;

3) Nas correlações parciais, ao controlar estatisticamente os efeitos da Auto-valorização Física, verificamos, em ambos os géneros, a redução das relações entre os sub-domínios e a Auto-estima Global, chegando mesmo a extinguir-se no grupo masculino a relação entre Funcionalidade e Auto-estima Global;

4) Em ambos os géneros, a relação entre os sub-domínios torna-se mais fraca quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente.

Deste modo, podemos afirmar que apenas o género feminino corresponde totalmente ao modelo hierárquico de Fox e Corbin (1989). O género masculino corresponde a três das quatro condições estabelecidas por Fox (1990), portanto apenas se enquadra parcialmente no modelo das auto-percepções.

2.5. Regressões

Tabela 9. Regressões nos géneros feminino e masculino

género	Model	R Square
Feminino	AtracCorp	,221
	ForcFisic	,342
	Func	,389
Masculino	Func	,484
	AtracCorp	,641
	ForcFisic	,656

O estudo das regressões permite-nos determinar qual o peso das variáveis independentes (sub-domínios) na influência da variável dependente Auto-valorização Física. A análise da Tabela 9 revela-nos que, das cinco variáveis estudadas, três são responsáveis pela variância da Auto-valorização Física, quer no género feminino, quer

no masculino. São elas a Atracção Corporal, a Força Física e a Funcionalidade. No género feminino, a Atracção Corporal é capaz de explicar 22,1% da variância total relativamente à variável Auto-valorização Física, sendo que associada à Força Física explica 34,2% e estas duas variáveis associadas à Funcionalidade explicam 38,9% da variância total. No género masculino é a Funcionalidade que é capaz de explicar 48,5% da variância total relativamente à variável Auto-valorização Física, sendo que associada à Atracção Corporal explica 64,1% e estas duas variáveis associadas à Força Física explicam 65,6% da variância total.

3. Estudo II

3.1. Estatística Descritiva

O grupo seleccionado para continuidade do estudo é constituído por 89 idosas do género feminino, 47 (52,8%) são praticantes e 42 (47,2%) são não praticantes de exercício físico.

No que respeita às idades, o grupo praticante tem como média de idades $71,91 \pm 7,5$ anos, sendo esta média menor do que no grupo não praticante ($77,4 \pm 7,8$ anos), assim como o máximo de idade é de 91 anos para o grupo praticante e de 93 para o grupo não praticante.

Segue-se a descrição das médias das variáveis em estudo em t_0 , tendo como variável independente a prática ou não de exercício físico.

Tabela 10. Estatística Descritiva dos grupos praticantes e não praticantes de exercício físico em t_0

	Praticante			Não praticante		
	N=47			N=42		
	Max/min	M	DP	Max/min	M	DP
SatisfVidaG	32/8	21,43	6,59	35/6	22,74	7,37
SatisfVidaM	10/0	5,57	2,25	10/1	5,62	2,46
PStressS	53/19	38,68	8,46	53/16	37,90	8,08
AEstimaG	31/23	26,49	1,88	31/20	26,64	2,51
Func	12/3	9,19	2,23	12/3	7,17	2,25
CompDesp	12/3	7,66	2,38	12/3	6,29	2,44
AtracCorp	12/3	7,40	2,31	12/4	7,36	2,40
SaudFisic	12/3	8,17	2,20	12/3	7,12	2,73
ForcFisic	12/3	7,74	2,37	12/3	6,81	2,67
AutovalFisic	12/4	8,47	2,30	12/3	7,95	2,32

A análise da Tabela 10 permite-nos verificar que no início do estudo, o grupo não praticante apresenta valores médios mais elevados na Satisfação com a Vida em Geral relativamente ao praticante e valores médios semelhantes nas variáveis Auto-estima Global e Satisfação com a Vida no Momento. No que concerne a Percepção de Stress, o grupo praticante apresenta valores superiores. Verificamos ainda que, de todas as variáveis respeitantes à auto-percepção física, o grupo praticante apresenta uma diferença superior dos valores médios, excepto da Atracção Corporal cujos valores médios são semelhantes.

3.2. Estatística Inferencial

3.2.1. Estatística Inferencial praticantes/não praticantes em t_0 n=89

Ao comparar os grupos praticante e não praticante através do T-teste (*Independent Samples Test*) verificamos que apenas existem diferenças significativas, com valores mais elevados no grupo praticante, para as variáveis Funcionalidade com $p < 0,00$ e para as variáveis Competência Desportiva e Saúde Física com uma significância de $p < 0,05$.

Apesar da diferença de valores médios, os níveis mais elevados de Percepção de Stress no grupo praticante e de Satisfação com a Vida em Geral no grupo não praticante, esta não é estatisticamente significativa.

Os níveis de Auto-estima Global mantêm-se semelhantes entre os dois grupos.

3.2.2. Estatística Inferencial praticantes/não praticantes em t_1 n=89

Ao comparar os grupos praticante e não praticante através do T-teste (*Independent Samples Test*) no final do estudo (t_1) verificamos que continua a haver uma diferença, ainda que não significativa estatisticamente, entre os valores médios de Satisfação com a Vida em Geral mais elevados no grupo não praticante.

Mantém-se uma diferença significativa com valores médios superiores no grupo praticante das variáveis Funcionalidade e Competência Desportiva ($p < 0,00$), tal como em t_0 . Surge no entanto uma modificação na variável Saúde Física que, apesar de manter uma diferença de valores médios mais elevados no grupo praticante, não é estatisticamente significativo. Identifica-se uma diferença significativa na variável Atracção Corporal para uma significância de $p < 0,05$ e com valores superiores no grupo praticante.

Os níveis de Auto-estima Global mantêm-se semelhantes entre os dois grupos em t_1 assim como os valores médios da Percepção de Stress surgem semelhantes. A Satisfação com a Vida no Momento apresenta uma ligeira subida de valor médio no grupo praticante em t_1 , mas não é estatisticamente significativa.

3.2.3. Estatística Inferencial praticantes/não praticantes em t_0 e t_1 n=89

A comparação dos grupos em t_0 e t_1 através do T-teste (*Paired Samples Test*) permite-nos verificar um comportamento diferente entre o grupo praticante e o não praticante.

O grupo praticante apresenta uma subida de valores médios em todas as variáveis excepto Competência Desportiva e Saúde Física. Sendo esta subida significativa nas variáveis Percepção de Stress com uma significância de $p < 0,00$ e Atracção Corporal com uma significância de $p < 0,05$.

O grupo não praticante apresenta um comportamento mais instável. Verificamos uma subida de valores médios em todas as variáveis excepto na Satisfação com a Vida em Geral e na Auto-estima Global. A diferença de valores médios é significativa nas seguintes variáveis: Percepção de Stress ($p < 0,00$) e Funcionalidade, Competência Desportiva, Saúde Física e Força Física ($p < 0,05$).

Com base nestes resultados podemos constatar que não existe um comportamento linear dos grupos relativamente à influência da prática de exercício físico, nem no que respeita à satisfação com a vida, à auto-estima, à percepção de stress, nem quanto às auto-percepções no domínio físico.

CAPITULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Importa relembrar os objectivos estabelecidos para este estudo, que são a contribuição para o processo de validação do PSPPp-SCV (*Physical Self Perception Profile – short clinical version*) para a população idosa portuguesa e a averiguação dos benefícios psicológicos, ao nível do bem-estar subjectivo, resultantes da prática regular de exercício físico na percepção da qualidade de vida dos idosos com mais de 65 anos.

Os resultados alcançados não são representativos da população idosa portuguesa, mas sim correspondentes à população e ao contexto estudados nesta investigação.

De um modo geral, verificamos que há um maior número de participantes femininos do que masculinos e que os praticantes de exercício físico são maioritariamente do género feminino. Por um lado, sabe-se que actualmente a esperança média de vida é maior no género feminino do que no masculino, de 80,3 para 73,5 anos respectivamente (MS-DGS, 2004) o que pode explicar um número mais elevado de participantes do género feminino. Por outro lado, julga-se, com base no que foi recolhido durante a distribuição dos questionários, que os indivíduos do género feminino preferem praticar exercício em grupo, enquanto que os do género masculino preferem praticar exercício individualmente. Ora, tendo em conta os critérios de selecção estipulados para efectuar o nosso estudo, apenas participariam no mesmo indivíduos que praticassem exercício físico em grupo, inseridos em classes programadas, portanto, é mais provável encontrar indivíduos do género feminino.

Na altura da selecção da amostra e distribuição dos questionários, deparámo-nos com uma fraca adesão aos programas de exercício físico. Witcher e colaboradores (2007) referem que os idosos ambientados com o mundo laboral desde crianças, como é o caso de alguns idosos da nossa amostra, não consideram o exercício físico como actividade de lazer após a reforma. Os idosos rurais foram educados a ver qualquer actividade de lazer marginalizada ou, no mínimo, aceitável apenas após findar todas as tarefas do dia. Existem diferenças regionais e geográficas na forma como os idosos vêem o exercício físico (Witcher et al., 2007). Isto pode justificar a não adesão de alguns idosos ao programa de exercício físico e a ambiguidade de resultados do nosso estudo II, uma vez que a amostra é constituída tanto por idosos rurais como urbanos. É necessário haver motivação para a prática de qualquer actividade física e acreditar nos seus benefícios; se

os idosos não valorizam a actividade física como benéfica, também não têm motivação para nela participar. Martins (2007b) apresenta no seu estudo os principais impedimentos para a prática de exercício identificados por idosas portuguesas, dos quais se destacam a doença, o medo de lesão e a falta de força de vontade. Segundo Witcher e colaboradores (2007), há pouco conhecimento na literatura sobre os efeitos históricos, sociais e contextuais que influenciam a motivação dos idosos para a participação em actividades físicas. Desse modo, como refere este autor, não se pode avaliar os níveis e benefícios de actividade física nos idosos sem ter em conta o seu passado e o contexto social, cultural e histórico em que estão inseridos.

A constatação da pouca actividade física dos idosos em geral surge assim que se iniciaram os estudos nessa população. Ruuskanen e Ruppila (1994) concluem que grande parte dos idosos não faz mais actividade física para além das suas actividades da vida diária. Num estudo actual, as conclusões permanecem as mesmas, Davis e Fox (2007) verificaram que os idosos têm níveis de actividade física insuficientes para obter benefícios óptimos de saúde.

Abaixo são discutidos os resultados apresentados na Tabela 2 e incluídos na secção referente à caracterização da amostra.

No que se refere à Satisfação com a Vida em Geral, podemos afirmar que embora não haja diferença significativa entre os grupos, o grupo não praticante apresenta valores ligeiramente mais elevados de Satisfação com a Vida em Geral comparativamente ao praticante de exercício físico, ao contrário do que se verifica em algumas outras investigações da literatura, nomeadamente no estudo de Fox e colaboradores (2007). Esta pequena diferença pode dever-se ao facto da Satisfação com a Vida em Geral ser influenciada em grande parte pela personalidade e em menor grau por eventos recentes ou acontecimentos importantes ao longo da vida (Suh et al., 1996). Para estes autores, este constructo apresenta um carácter relativamente estável, não sendo facilmente alterável, nem com a prática de exercício físico.

Por seu lado, se a amostra for estudada separadamente por géneros no que respeita à Satisfação com a Vida em Geral, verificamos uma satisfação mais elevada e estatisticamente significativa, no género masculino. Estes resultados são confirmados na revisão da literatura, na qual o género masculino apresenta valores de Satisfação com a Vida em Geral superiores comparativamente ao feminino. Constatamos que, em todas as variáveis relativas à satisfação com o próprio (Satisfação com a Vida em Geral,

Satisfação com a Vida no Momento e Atracção Corporal) o género feminino apresenta valores inferiores comparativamente ao masculino. O mesmo se verifica em outros estudos que comparam os géneros quanto à Satisfação com a Imagem Corporal e concluem que o grupo feminino apresenta sempre valores inferiores (Mello & Aranibar, 2007; Santos, 2005).

Segundo Pavot, Diener e Suh (1998), a aplicação do instrumento que mede a Satisfação com a Vida em Geral (SWLS) deve ser acrescido do factor temporal para obtenção de resultados mais realistas, uma vez que permite a análise de uma perspectiva de vida em três fases: o passado, o presente e o futuro.

No que diz respeito à Satisfação com a Vida no Momento, verificamos, de um modo geral, que os indivíduos estão relativamente satisfeitos com a sua vida, não havendo diferença significativa entre os géneros nem entre os grupos de estudo e de controlo, conforme se verifica na literatura. Esta manutenção no mesmo nível de Satisfação com a Vida no Momento é possível de justificar se tivermos em conta que o indivíduo procura esquemas próprios para voltar sempre a um estado positivo de satisfação, mesmo depois de um episódio traumático, independentemente do género ou idade (Cummins & Nistico, 2002; Albuquerque & Lima, 2007).

Em relação aos níveis de Percepção de Stress, o presente estudo revela que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os géneros. A maior Percepção de Stress no género feminino comparativamente ao masculino pode ser fundamentada pelos papéis diferenciados que homens e mulheres ainda exercem na sociedade actual. A mulher continua a assumir mais responsabilidades relativamente à saúde, ao cuidar de outros, à lida da casa, etc. comparativamente ao homem. Para além do facto de que os indivíduos do género masculino, englobados num contexto cultural português, podem ter alguma dificuldade em assumir que podem ser afectados pelo stress e pelos seus efeitos.

No entanto, e ao contrário do que vem referenciado na revisão da literatura, nomeadamente por Taylor (2000), são os indivíduos praticantes de exercício físico que apresentam valores de stress percebido mais elevados, ainda que essa diferença não seja estatisticamente significativa. Esta situação pode ser justificada pelo facto de os praticantes serem indivíduos mais activos, logo mais sujeitos a situações diárias de stress e contratemplos. O facto de participarem em mais actividades e se relacionarem mais, de terem que estruturar o seu dia para as diferentes tarefas, de tomarem mais decisões, ficam mais sujeitos a factores externos.

Não verificamos diferenças significativas no que respeita aos níveis de Auto-estima Global percebidos pelos participantes, quer entre os géneros, quer entre os grupos participante e não praticante de exercício físico. O que nos leva a deduzir que a prática de exercício físico pouco ou nada interfere na melhoria da auto-estima dos idosos do nosso estudo. Como sugere Sonstroem (1980: cit. in Berger & McInman, 1993), nem todos os indivíduos consideram a condição física, resultante da prática de exercício físico, como um aspecto importante para a sua auto-estima. Cada sub-domínio das auto-percepções físicas tem impactos diferentes em indivíduos diferentes (Fox, 1990), isto é, os indivíduos constroem a sua auto-estima com base nos aspectos que para eles são relevantes. Assim, aspectos que são considerados importantes por um indivíduo, têm um impacto maior na auto-estima global desse indivíduo, comparativamente a outro indivíduo. Segundo Fox (2000a), a auto-estima é uma construção relativamente estável, resultante das vivências e experiências ao longo da vida, logo não é facilmente variável.

No que respeita a Auto-percepção no domínio físico, confirmamos o que aponta a literatura (Fox, 2000a), isto é, o género masculino apresenta valores de Auto-percepção Física mais elevados em todos os sub-domínios, comparativamente ao feminino, sendo essa diferença estatisticamente significativa apenas no sub-domínio Atracção Corporal. O mesmo acontece para os grupos praticante e não praticante de exercício físico, em que o primeiro apresenta valores superiores. Neste contexto, o factor Atracção Corporal surge como excepção quando estudado por envolvimento desportivo, ao verificarmos que o grupo de controlo apresenta valores médios de Atracção Corporal ligeiramente superiores comparativamente ao grupo praticante, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa. Deduzimos, desse modo, que, apesar da prática de exercício físico melhorar a percepção física que os idosos formam de si próprios, pouco ou nada influencia na sua auto-imagem corporal.

Focando a atenção nesse sub-domínio em particular, todos os estudos concluem o mesmo, isto é, o género feminino apresenta sempre valores inferiores de satisfação corporal comparativamente ao género masculino (Santos, 2005). Questiona-se se a educação e a pressão social a que o género feminino está constantemente sujeito desde a sua adolescência até à idade avançada, quer em termos familiares, sociais, quer laborais, terá alguma influência nesta auto-avaliação depreciativa. Em que é exigido que as senhoras, mesmo idosas, se mantenham elegantes e bonitas (Mello & Aranibar, 2007; Santos, 2005).

De uma forma global, podemos afirmar que, as características da amostra do nosso estudo vão de encontro às identificadas na literatura, nomeadamente no que diz respeito às diferentes sensibilidades entre os géneros no âmbito dos constructos psicológicos. Encontramos essas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes domínios: Satisfação com a Vida em Geral, Atracção Corporal e Percepção de Stress.

Introduzimos de seguida a discussão dos resultados relativa ao Estudo I.

O facto de ser um estudo principiante em Portugal, e por ser um tema recente a nível internacional, existem poucos estudos publicados, e estes, apresentam pequenas variações nos instrumentos de medida aplicados, o que vem limitar a comparação de resultados, comprometendo assim o enriquecimento deste capítulo.

De referir que, após a tradução para língua portuguesa do PSPP iniciada por Fonseca, Fox e Almeida em 1995 (Fonseca, Fox & Almeida, 1995), tem decorrido um longo processo de validação transcultural, ainda não concluído definitivamente. Os estudos até agora realizados na população portuguesa (jovens) sugerem a existência de uma estrutura tri-factorial, à semelhança de outros estudos traduzidos e aplicados em outros países, como Bélgica (Van de Vliet, Knapen, Onghena, Fox, Van Coppenolle & David, 2002) e Espanha (Atienza, Balaguer & Moreno, 1997: cit. in Ferreira & Fox, 2007). Actualmente é sabido que existe alguma diferença na semântica de alguns conceitos entre as diferentes culturas, nomeadamente nos sub-domínios Condição Física e na Competência Desportiva.

Para comparação dos resultados do nosso estudo (Estudo I), recorreremos aos dois únicos estudos possíveis: um internacional (Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992) e um nacional (Ferreira, 2004a). Estes dois estudos, apesar de não aplicarem a mesma versão do instrumento de medida utilizado no nosso estudo, medem as mesmas variáveis e a população em estudo é equivalente, tornando-se assim possível confrontar os resultados de algumas variáveis em cada um dos processos estatísticos apresentados no Estudo I do capítulo anterior. Lima (1995) salienta que, para efeitos comparativos, é necessário que os instrumentos aplicados sejam os mesmos e que a população estudada seja análoga, isto é, que seja constituída por características semelhantes.

No estudo realizado por Sonstroem e colaboradores (1992), o objectivo era avaliar a estrutura hierárquica e a validação do PSPP quando aplicado em adultos de meia-idade, ou seja, com idades compreendidas entre 31 e 66 anos. No entanto, é necessário referir que no estudo de Sonstroem e colaboradores (1992) foi aplicado o modelo

original do PSPP de cinco factores: Força Física, Atracção Corporal, Condição Física, Competência Desportiva e Auto-valorização Física, constituído por seis itens por cada factor. Apenas a comparação entre os géneros é possível de confrontar com o nosso estudo, uma vez que Sonstroem e colaboradores (1992) não estabeleceram como variável independente, no seu estudo, a prática de exercício físico. Após análise detalhada e semântica dos questionários PSPP original e PSPPp-VCR, a variável Condição Desportiva do PSPP não corresponde à variável Funcionalidade do PSPPp-VCR. Mais pormenorizadamente, do factor Condição Desportiva do PSPP, só um item (sobre seis) corresponde ao factor Funcionalidade do PSPPp-VCR, pelo que não é possível comparar os resultados deste sub-domínio, uma vez que os instrumentos não medem o mesmo constructo. Assim, só nos é possível comparar quatro sub-domínios com o nosso estudo. São eles: Força Física, Atracção Corporal, Competência Desportiva e Auto-valorização Física. O instrumento original não estava adaptado para a população mais idosa, pelo que não contém o factor Saúde Física, uma variável deveras importante nesta etapa da vida (Sequeira & Silva, 2002; Fonseca & Paúl 2004).

O estudo nacional (Ferreira, 2004a) é mais recente e procura comparar dois grupos de amostras diferentes (idosos e adolescentes) e aferir a maior adequação à população portuguesa de entre dois modelos de PSPPp (modelo 1 sugerido por Fonseca & Fox, 2002 e modelo 2 sugerido por Ferreira & Fox, 2003). Os resultados desse estudo não foram conclusivos quanto à adequação de um ou outro modelo na população portuguesa. Cada um destes modelos é constituído apenas por quatro factores, com quatro itens cada. São eles: Atracção Corporal, Força Física, Auto-valorização Física e Confiança Física. Esta última resulta de uma fusão dos sub-domínios Competência Desportiva e Condição Física. Em termos relacionais, apenas é possível comparar as três primeiras variáveis (Atracção Corporal, Força Física e Auto-valorização Física), uma vez que, após análise detalhada dos questionários PSPPp e PSPPp-VCR, deparámos com a mesma dificuldade já antes referida. Após análise semântica dos questionários PSPPp e PSPPp-VCR, a variável Confiança Física utilizada no estudo de Ferreira (2004a) não corresponde nem à variável Funcionalidade, nem à variável Competência Desportiva do PSPPp-VCR, pelo que não é possível comparar os resultados das mesmas. Para composição da sua amostra, este autor recorre à população idosa e adolescente em geral, isto é, não tem em conta o facto dos participantes praticarem ou não exercício físico. Assim, só é possível a comparação dos resultados entre os géneros.

O único e primeiro estudo a aplicar o instrumento adaptado à população idosa CPSPP (*Clinical Physical Self Perception Profile*) foi o de Fox, Stathi, McKenna e Davis (2007), mas que, por não objectivar os mesmos propósitos do nosso estudo, não é possível comparar os resultados. Apenas é feita referência a esse estudo em situações pontuais, consideradas pertinentes. Esse estudo pretende avaliar e relacionar os diferentes níveis de actividade física/sedentarismo e os seus efeitos no bem-estar e qualidade de vida de idosos integrados num programa de actividade física *Better Ageing Project* aplicado em três países (Reino Unido, França e Itália), e não faz a comparação entre os géneros.

Tabela 11. Apresentação dos valores médios das variáveis do PSSPp-VCR e do RSES

	Feminino				Masculino			
	Son. (1992)	Fer. (2004)		Estudo actual	Son. (1992)	Fer. (2004)		Estudo actual
	M	Mod1 M	Mod2 M	M	M	Mod1 M	Mod2 M	M
Func	-	-	-	8,18	-	-	-	8,61
CompDesp	13,43			6,78	15,60			7,01
AtracCorp	14,82	9,29	10,99	7,36	15,86	10,43	11,87	8,13
SaudFisic				7,60				7,74
ForcFisic	15,6	9,54	9,54	7,38	16,15	11,18	11,18	7,63
AutovalFisic	15,75	-	-	8,16	16,89	-	-	8,33
AEstimaG	33,44	-	-	26,62	33,98	-	-	26,86

Com base na Tabela 11 apresentada acima, procedemos à confrontação dos nossos resultados com os dos outros dois estudos. Ao analisar os valores médios de cada domínio do PSPP (*Physical Self Perception Profile*) e do RSES (*Rosenberg Self Esteem Scale*) do estudo de Sonstroem e colaboradores (1992), verificamos que, tal como acontece no nosso estudo, os valores médios são ligeiramente superiores no género masculino comparativamente ao feminino. No entanto, os valores médios dos subdomínios destes dois instrumentos de medida são bem diferentes comparativamente aos resultados do estudo actual. Assim, comparando os valores médios das variáveis do estudo de Sonstroem e seus colaboradores (1992) com os valores médios dos subdomínios do PSSPp-VCR e do RSES, verificamos no género feminino uma média de 13,43 para CompDesp, 14,82 para AtracCorp e 15,6 para ForcFisic, comparativamente a uma média de 6,78, 7,36 e 7,38, respectivamente no nosso estudo. No género masculino, Sonstroem e colaboradores (1992) apresentam uma média de 15,60 para

CompDesp, 15,86 para AtracCorp e 16,15 ForcFisic, no PSPP comparativamente a uma média de 7,01, 8,13 e 7,63 respectivamente do estudo actual. Ainda no PSPP, Sonstroem e colaboradores (1992) apresentam uma média de 15,75 para a AutovalFisic no género feminino comparativamente a uma média de 8,16 do nosso estudo. O género masculino apresenta uma média de 16,89 comparativamente a uma média de 8,33 do nosso estudo.

Constatamos uma grande diferença entre os valores médios entre este estudo e o de Sonstroem e colaboradores (1992). Esta diferença nos valores médios pode ser justificada por vários factores. Por um lado, a elaboração de um instrumento de medida numa língua e sua aplicação na mesma língua original implica uma semântica e contexto pensado pelo criador adequados àquela população específica. Por outro lado, em qualquer tentativa de adaptação do instrumento para outra língua e cultura, surgem inevitavelmente dificuldades na sua validação. Outro factor é o facto da população do estudo de Sonstroem e colaboradores (1992) ser mais jovem (dos 31 aos 66 anos) o que pode levar ao melhor conhecimento e percepção de si próprios. Importa ainda reforçar que, o instrumento utilizado por estes autores (PSPP) é constituído por seis itens por factor, enquanto que o nosso instrumento (PSPPp-VCR) é composto por três itens por factor, o que poderá estar na base desta discrepância de valores médios.

Detectamos a mesma situação para o RSES, cujos valores médios na ordem dos 33,44 e 33,98 da AEstimaG nos géneros feminino e masculino respectivamente, do estudo internacional comparativamente aos valores médios de AEstimaG de 26,62 e 26,86 dos géneros feminino e masculino respectivamente, deste estudo.

Ao examinar o estudo de Ferreira (2004a), deparamos com o mesmo facto, isto é, quer no modelo 1, quer no modelo 2, os valores médios dos sub-domínios do PSPPp são ligeiramente superiores na amostra de Ferreira (2004a) comparativamente ao nosso estudo. Procurando comparar os valores médios das variáveis do estudo de Ferreira, este apresenta valores, quer de AtracCorp, quer de ForcFisic, superiores no género masculino, à semelhança do que acontece no presente estudo. Com a aplicação do modelo 1, o autor obteve valores superiores na variável ForcFisic em ambos os géneros, com o modelo 2, obteve valores superiores na variável AtracCorp, igualmente em ambos os géneros. No nosso estudo, o género masculino apresenta valores médios mais elevados de AtracCorp, assemelhando-se ao modelo 2 aplicado por Ferreira, enquanto que o género feminino apresenta valores médios muito semelhantes entre as duas variáveis.

Não é possível comparar os valores médios das variáveis AutovalFísic do PSPPP nem a AEstimaG do RSES, uma vez que o autor não apresenta esses resultados no seu estudo.

A análise factorial exploratória do nosso estudo apresenta uma diferença entre os géneros, sendo o feminino o que melhor corresponde ao modelo original de Fox e Corbin (1989) por extrair seis factores comparativamente ao género masculino. Neste apenas foram extraídos cinco factores sobre seis, a Auto-valorização Física não foi identificada como factor. Em ambos os géneros foram claramente definidos dois factores, sendo um deles em comum: Atracção Corporal. O outro é a Força Física para o género feminino e a Saúde Física para o masculino. Igualmente, surge um factor em cada género que não cumpre o mínimo de três itens necessários para ser considerado como um factor. São eles: a Saúde Física no género feminino e a Força Física no género masculino.

Importa relembrar que Sonstroem e colaboradores (1992) aplicaram na sua investigação o PSPP original, constituído por quatro sub-domínios e um quinto factor mediador (Auto-percepção Física) e com seis itens por factor. A variância total do estudo destes autores não difere muito dos resultados do presente estudo. Assim, a variância total para o género feminino é de 68,06% e para o masculino de 64,71% no estudo de Sonstroem e colaboradores comparativamente ao estudo actual com 67,03% de variância no género feminino e 67,01% no masculino.

No género feminino do estudo internacional, foram identificados quatro de cinco factores, sendo a Competência Desportiva, a Força Física e a Condição Física (não comparável com o nosso estudo) os factores que melhor correspondem ao modelo original de Fox e Corbin (1989). Correspondem totalmente ao modelo o primeiro factor, havendo *cross loadings* em cada um dos dois últimos factores. Foi ainda identificado um último factor que engloba itens de dois factores: Atracção Corporal e Auto-valorização Física. Se por um lado, no estudo internacional, a Competência Desportiva é o único factor claramente identificado pelo género feminino, no nosso estudo esse factor é a Força Física.

O género masculino do estudo internacional, identifica quatro factores e nenhum destes reproduz totalmente o modelo original, sendo as variáveis Competência Desportiva e Condição Física (não comparável com o nosso estudo) as que mais se aproximam do modelo original, apresentando apenas um *cross loadings* em cada factor.

À semelhança do género feminino desse mesmo estudo, os factores Atracção Corporal e Auto-valorização Física fundem-se num único factor no género masculino. Itens de três factores: Condição Física (não comparável com o nosso estudo), Força Física e Auto-valorização Física, confundem-se constituindo um único factor. O género masculino do estudo internacional apresenta menor clareza na identificação dos constructos e mais *cross loadings* comparativamente ao nosso estudo.

A diferença entre géneros é similar em ambos os estudos, sendo o género feminino o que melhor corresponde ao modelo original de Fox e Corbin (1989) por identificar a totalidade dos factores no nosso estudo e por identificar com maior clareza os diferentes factores no estudo internacional. No entanto, ambos os estudos se deparam com algumas dificuldades na validação do instrumento.

No estudo de Ferreira (2004a) não foi apresentado este cálculo estatístico, pelo que não é possível a sua comparação. No entanto, podemos verificar que a dificuldade na estrutura factorial referida por Ferreira (2004a) e em outros estudos internacionais (Bélgica e Espanha) é similar à identificada no nosso estudo. O modelo tri-factorial sugerido nesses estudos internacionais e reforçado por Ferreira (2004a) em que se opta pela fusão dos sub-domínios Condição Física e Competência Desportiva, resultando num só factor, replica-se no nosso estudo. Isto é, os sub-domínios Funcionalidade e Competência Desportiva do instrumento utilizado para o nosso estudo, PSPP-VCR, não são claramente definidos pela população idosa portuguesa, surgindo alguma confusão com outros factores, em ambos os géneros. Assim, a sugestão, ou mesmo necessidade de fusão destes dois factores, é corroborada pelos resultados do nosso estudo.

Mais interessante ainda é verificar que, no estudo da análise factorial exploratória de Sonstroem e colaboradores (1992), são exactamente estes factores (Competência Desportiva e Condição Física) que são melhor definidos pela população em estudo. Isto só vem comprovar a diferença cultural e a discrepante sensibilidade aos itens que compõem cada sub-domínio.

Fox e seus colaboradores (2007) não diferenciam os géneros na apresentação dos seus resultados. Assim, apresentam no seu estudo, a variância total de ambos os géneros, sendo esta ligeiramente superior à percentagem do nosso estudo, isto é, 70,9% comparativamente a 67,02% do presente estudo. Agrupados os dois géneros, são identificados cinco sobre seis factores, identificando a variável Saúde Física como indefinida enquanto factor. No presente estudo estes cálculos foram apresentados

separadamente por género, sendo identificados igualmente cinco factores sobre seis para o género masculino e seis factores para o feminino.

No que diz respeito à consistência interna do nosso estudo, ambos os géneros apresentam uma boa consistência interna, sendo superior no género masculino.

Comparando com os resultados do estudo de Sonstroem e colaboradores (1992), verificamos nesse uma maior consistência interna em todas as variáveis, classificadas de muito boa a excelente, proporcionalmente aos valores do nosso estudo. O género feminino apresenta uma consistência interna com valores ligeiramente superiores (0,87 a 0,91) ao género masculino (0,86 a 0,90), contrariamente ao que acontece no nosso estudo cujo intervalo de fidedignidade varia entre 0,62 e 0,76 no género feminino e entre 0,62 e 0,85 no género masculino.

Comparativamente ao estudo efectuado por Ferreira (2004a), os valores de consistência interna desse estudo são, de uma forma geral, ligeiramente superiores no género masculino comparativamente ao feminino, tal como acontece no presente estudo. O género feminino apresenta uma consistência interna com valores entre 0,63 e 0,87 (comparativamente aos 0,62 e 0,76 do nosso estudo) e o género masculino apresenta um intervalo de fidedignidade entre 0,69 e 0,90 (comparativamente aos 0,62 e 0,85 neste estudo).

Fox e colaboradores (2007) identificam uma boa consistência interna ao aplicarem o CPSPP (*Clinical Physical Self Perception Profile*), com valores entre 0,62 e 0,81 em ambos os géneros, perfeitamente enquadrados nos valores do nosso estudo (0,62 a 0,85).

Relativamente à estrutura hierárquica, e com base nos resultados do nosso estudo, podemos afirmar que o presente estudo corresponde em três dos quatro factores estabelecidos por Fox (1990). Por esse motivo não podemos considerar, para esta amostra, que a Auto-valorização Física desempenha o papel de mediador entre os subdomínios e a Auto-estima Global. Mais concretamente, esta afirmação apenas se concretiza para o género feminino.

Segue-se, com intuito comparativo, a apresentação dos resultados do estudo de Sonstroem e colaboradores (1992), obedecendo à ordem das quatro condições estabelecidas por Fox (1990) e expostas no capítulo anterior.

1) Nesse estudo, a Auto-valorização Física estabelece uma correlação superior com a Auto-estima Global ($r=0,58$ para o género feminino e $r=0,57$ para o masculino)

do que os outros sub-domínios para uma significância de $p < 0,01$. Correspondendo em ambos os géneros à primeira condição estabelecida por Fox (1990). No género feminino do nosso estudo, a Auto-valorização Física estabelece, efectivamente, uma correlação superior com a Auto-estima Global ($r=0,27$) com uma significância $p < 0,01$. Estabelece igualmente uma correlação significativa com a Atracção Corporal ($r=0,17$), $p < 0,05$. No entanto, no género masculino do nosso estudo, a Auto-valorização Física não estabelece uma correlação superior com a Auto-estima Global, mas sim com o sub-domínio Força Física ($r=0,30$), $p < 0,01$.

2) No estudo de Sonstroem e colaboradores (1992), tal como acontece no nosso estudo, tanto no género feminino, como no masculino, os sub-domínios estabelecem uma relação superior com a Auto-valorização Física do que com a Auto-estima Global.

3) Em conformidade com a terceira condição de Fox (1990), e tal como acontece no presente estudo, ao controlar estatisticamente os efeitos da Auto-valorização Física, Sonstroem e colaboradores (1992) verificam a redução das relações entre os sub-domínios e a Auto-estima Global, em ambos os géneros.

4) A última condição estabelecida por Fox (1990), em que a relação entre os sub-domínios deve ser mais fraca quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente, foi confirmada por Sonstroem e colaboradores (1992), assim como no presente estudo.

Evidencia-se, no estudo de Sonstroem e colaboradores (1992), uma correspondência muito superior entre a Auto-valorização Física e a Atracção Corporal, em ambos os géneros, comparativamente às outras variáveis. No género feminino do presente estudo é igualmente a Atracção Corporal que, de entre os outros sub-domínios, estabelece uma correlação mais forte com a Auto-valorização Física. No entanto, o mesmo não se verifica no género masculino, neste caso, a Auto-valorização Física exerce uma correspondência maior com a Funcionalidade. O que nos leva a deduzir que, para o género feminino do nosso estudo, a aparência e imagem corporal têm uma grande importância quando se percebem fisicamente, enquanto que o género masculino recorre mais a outros aspectos de cariz funcional.

Ao investigar o estudo de Ferreira (2004a), verificamos que, no grupo idoso não se confirmou o modelo hierárquico de Fox e Corbin (1989). Isto porque, analogamente ao que aconteceu no género masculino do nosso estudo, não se confirmou a primeira condição estabelecida por Fox (1990).

No entanto, nesse mesmo estudo, a sub-amostra de população jovem preenche todos os requisitos para a estrutura hierárquica, contrariamente à população idosa. Noutro estudo português (Ferreira & Fox, 2007) aplicado igualmente a populações jovens, os autores confirmam a estrutura hierárquica do modelo original de Fox e Corbin (1989). Parece que a diferença cultural e semântica não é sentida pelos mais jovens. O recente fenómeno da globalização, abertura social e intercâmbio entre culturas poderá estar na base desta situação.

No que concerne o estudo das regressões, não é possível comparação com nenhum dos outros estudos, porque os autores não apresentaram estes cálculos estatísticos.

São três as variáveis responsáveis pela variância da Auto-valorização Física em ambos os géneros, no presente estudo. São elas a Atracção Corporal, a Força Física e a Funcionalidade. A análise da causalidade entre as variáveis no nosso estudo permite-nos afirmar que, o modo como as diferentes variáveis do modelo (sub-domínios) predizem o valor da Auto-valorização Física enquanto variável aglutinadora do conjunto das auto-percepções no domínio físico, varia em função do género, sendo mais forte no género masculino (65,6%) relativamente ao feminino (38,9%).

Segue-se discussão dos resultados relativos ao Estudo II.

Verificamos que, quer no início, quer no final do programa de exercícios, os valores de Satisfação com a Vida em Geral permanecem ligeiramente mais elevados no grupo não praticante. O que nos leva a crer que a prática de exercício físico em nada influencia este sentimento de satisfação geral com a vida das idosas do nosso estudo. Esta diferença é facilmente compreensível se tivermos em conta o que a Satisfação com a Vida em Geral é influenciada sobretudo pela personalidade e em menor grau por eventos recentes ou acontecimentos importantes ao longo da vida (Suh et al., 1996).

Na fase inicial do estudo verificámos que, o grupo praticante de exercício físico apresentava níveis de Percepção de Stress ligeiramente mais elevados comparativamente ao grupo não praticante. A justificação para esta ocorrência pode ser pelo facto de os praticantes serem indivíduos mais activos, logo mais sujeitos a situações diárias de stress e contratemplos. Ao longo do programa de exercícios físicos, continuou a verificar-se uma subida de valores de percepção de stress, mas desta vez para ambos os grupos.

Relativamente à Auto-estima Global, ambos os grupos apresentam valores semelhantes, tanto no início como no final do nosso estudo. Sabendo que os indivíduos constroem a sua auto-estima com base nos aspectos que para eles são relevantes, podemos deduzir que a prática de exercício físico não tem influência na auto-estima das idosas do nosso estudo. Fox (2000a) corrobora esta ideia ao afirmar que a auto-estima é uma construção relativamente estável, resultante das vivências e experiências ao longo da vida, pelo que, não é facilmente mutável.

Consideramos que a aplicação do RSES associado ao PSPPP-VCR só faz sentido, num contexto de exercício ou actividade física. Isto porque a auto-estima associada às auto-percepções no domínio físico não é tanto geral, mas sim, e inevitavelmente, relativa à concepção do físico.

Inicialmente, na altura do desenvolvimento da versão original do PSPP foi sugerido outro instrumento que deveria acompanhar o primeiro - o PIP (*Physical Importance Profile*), um instrumento de medição do grau de importância percebida pelo indivíduo relativamente ao exercício físico. Por motivos de suporte básico da literatura, essa escala não foi desenvolvida de modo a poder ser aplicada no nosso estudo. Esse instrumento poderia informar-nos qual a importância dada pelas idosas à prática de exercício físico e talvez nos ajudasse a esclarecer melhor alguns resultados.

O grupo praticante apresenta sempre, desde o início do estudo, valores de Auto-percepção Física superiores comparativamente ao grupo não praticante, inclusivamente há subida de valores em alguns sub-domínios como Funcionalidade, Força Física e Atracção Corporal. Totalmente de acordo com a revisão da literatura. Mas quando confrontamos com o grupo não praticante, esta evidência desvanece-se devido ao comportamento irregular e pouco coeso deste grupo. Ou seja, ao longo do programa de exercícios houve igualmente uma subida de valores nos sub-domínios relativos à auto-percepção física, nomeadamente Funcionalidade, Competência Desportiva, Saúde Física e Força Física no grupo não praticante. Apesar do período consensual para alterações ao nível das auto-percepções no domínio físico ser de 16 semanas, pode não ter sido o suficiente para verificar alterações psicológicas e desse modo, compreender de forma clara o comportamento e tendências de cada grupo. Brown e seus colaboradores (Brown et al., 1982: cit. in Berger & McInman, 1993) sugerem que um programa de exercício físico deve ter a duração de seis meses, argumentando que quanto mais prolongado o programa, maior a probabilidade de ocorrerem mudanças psicológicas e maior

oportunidade do indivíduo as perceber, proporcionando a alteração do seu auto-conceito.

O facto das idosas do nosso estudo não lidarem com naturalidade com a prática de exercício físico ao longo da sua vida, a prevalência do sedentarismo e a falta de motivação para a prática de qualquer actividade física, justifica largamente a pouca importância que o exercício físico representa nesta fase da vida. Desse modo, pouca influência poderá ter nas alterações psicológicas do bem-estar subjectivo.

Sendo mínimos, os efeitos psicológicos com a intervenção de um programa de exercícios, ainda permanecem algumas questões sobre a natureza dessa associação. Contudo, parece que, para beneficiar ao máximo dos efeitos psicológicos do exercício físico, é essencial que o programa de exercício comporte determinadas características: deve promover uma respiração rítmica, de carácter não competitivo, ser uma actividade previsível em tempo e espaço e ser caracterizada de movimentos rítmicos e repetitivos, de intensidade moderada e com uma frequência regular (Berger & McInman, 1993), deve ser um exercício atractivo, diversificado, realizado de forma a promover a aproximação social e respeitando as individualidades de cada um (Faria, 1997).

Por fim, e para melhor esquematizar este capítulo da discussão dos resultados, apresentamos de seguida, com base nos resultados no nosso estudo, a aceitação ou rejeição das hipóteses propostas no Capítulo I.

- Aceitamos a hipótese nula $1H_0$ - a prática regular de exercício físico não promove a sensação de satisfação com a vida em geral;
- Refutamos a hipótese alternativa $2H_1$ - a prática regular de exercício físico provoca efeitos positivos na maior satisfação com a vida no momento;
- Aceitamos a hipótese nula $3H_0$ - a prática regular de exercício físico não fomenta a percepção de menores níveis de stress;
- Refutamos a hipótese alternativa $4H_1$ - a prática regular de exercício físico estimula o aumento dos níveis de auto-estima;
- Aceitamos a hipótese alternativa $5H_1$ - a prática regular de exercício físico melhora a percepção física que o idoso tem de si próprio.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

Os resultados são ambíguos, quer quanto ao impacto da prática de exercício físico na qualidade de vida do idoso, quer quanto à adequação do PSPPp-VCR para a população idosa portuguesa. Este facto pode dever-se à dificuldade de compreensão e à possibilidade de interpretarem de forma diferente o mesmo questionário passadas dezasseis semanas, uma vez que se encontram inicialmente inseguros quanto a algumas questões, para além dos critérios de referência a que cada um recorre para se auto-avaliar serem diferentes de indivíduo para indivíduo. Assim, alguns idosos dão mais importância e recorrem mais a um factor para se auto-avaliar e auto-valorizar enquanto que outros recorrem a factores diferentes.

A diferença sistemática dos resultados entre os géneros na literatura vem reforçar o estudo disjuncto do género masculino e do género feminino neste tipo de investigações. Verificámos, no nosso estudo, que o género masculino apresenta uma diferença de valores médios ligeiramente superior em todas as variáveis estudadas, excepto na percepção de stress.

Considerando apenas o género feminino, podemos afirmar que este instrumento de medida (PSPPp-VCR) se adapta à população idosa feminina portuguesa, uma vez que apresenta uma boa consistência interna, replica na totalidade a estrutura hierárquica e identifica seis factores, tal como no modelo original. No entanto, continua ainda por esclarecer qual o modelo do PSPPp-VCR mais adequado à população idosa portuguesa na medida em que os sub-domínios Funcionalidade e Competência Desportiva não foram claramente diferenciados em nenhum dos géneros, apresentando cruzamento de pesos na análise factorial exploratória. O género masculino do nosso estudo apresenta igualmente uma boa consistência interna, no entanto, não corresponde totalmente à estrutura hierárquica do modelo original de Fox e Corbin (1989), bem como, identifica apenas cinco de seis factores. Por esse motivo não podemos considerar, para esta amostra, que a Auto-valorização Física desempenha o papel de mediador entre os sub-domínios e a Auto-estima Global. Esta afirmação apenas se concretiza para o género feminino.

Acreditamos que a dificuldade da adaptação da versão clínica do PSPPp na população idosa portuguesa assenta sobretudo nos problemas da transculturalidade.

A validação de instrumentos psicológicos nunca está completamente terminada, surgem sempre novos elementos que enriquecem o instrumento de medida (Fox, 1990). À medida que se vai estendendo o PSPP a populações com diferentes características, há a necessidade de adaptação e remodelação do instrumento de medida, de acordo com a população em estudo, devendo o instrumento de medida ser submetido a um extenso processo de validação e fidedignidade e ser acompanhado por uma aplicação psicométrica rigorosa. Sendo este um processo demorado, considera-se que apenas se abriu mais uma porta para o desenvolvimento do PSPPp-VCR e ainda muito há para evoluir.

No que diz respeito ao efeito da prática de exercício físico no bem-estar subjectivo, podemos concluir que a influência do exercício é mínima nas alterações psicológicas das idosas do nosso estudo.

A prática regular de exercício físico não interfere na satisfação com a vida nem na auto-estima das idosas, uma vez que os valores são muito semelhantes entre os grupos praticante e não praticante de exercício físico. O mesmo acontece em relação à percepção de stress, cujos valores médios são ainda superiores no grupo praticante.

A interferência da prática de exercício físico foi identificada unicamente na auto-percepção física, cujo grupo praticante apresenta valores médios superiores comparativamente ao não praticante.

Consideramos que uma intervenção que visa a mudança do estilo de vida é a intervenção mais eficaz no que respeita aos efeitos psicológicos e à manutenção de maior aderência ao programa de exercício físico. Mas para isso importa conhecer previamente as atitudes, capacidades e hábitos comportamentais e sociais da população alvo, neste caso dos idosos portugueses. De modo a proporcionar um programa de exercício físico adaptado e que estimule a aderência e manutenção no programa.

CAPÍTULO VII - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Segundo Alferes (1997), o estabelecimento da validade interna de uma investigação pressupõe a neutralização das diferenças individuais previamente existentes, de modo a que o investigador possa atribuir os efeitos experimentais às variações sistemáticas das condições antecedentes ou variáveis independentes. O facto de termos optado por uma amostra por conveniência poderá ter afectado o controlo da variabilidade associada aos atributos individuais e limitado a interpretação válida dos resultados experimentais, uma vez que o princípio da aleatorização constitui o principal instrumento para neutralizar ou minimizar a variabilidade dos factores. No entanto, procedeu-se a uma das formas, sugeridas por Alferes (1997), de controlar as variáveis independentes e que é a utilização de grupos equivalentes de sujeitos nas condições experimentais. Provavelmente, um viés não identificado poderá estar na base da amostra deste estudo não ser representativa da população. Tal como refere Lima (1995) as dificuldades do método de controlo da homogeneidade dos grupos de sujeitos consistem na sua aplicabilidade relativamente restrita no campo das ciências sociais, pelo menos, na sua forma mais rigorosa e pura. Sendo assim, é aceite com naturalidade o facto da amostra deste estudo não ser representativa da população.

Se, por um lado, o procedimento estatístico de amostragem por conveniência pode enviesar os resultados limitando a representatividade da população, por outro, uma amostra constituída por voluntários também pode ser problemática. Segundo Fox, Stathi, McKenna e Davis (2007), os voluntários tendem a ter uma melhor condição física, a ser mais capazes física e mentalmente, mais saudáveis e mais sociáveis do que a maioria. Este facto pode manipular os resultados da investigação.

Vários autores defendem o método qualitativo para melhor entender o impacto do exercício, proporcionar uma visão mais completa, uma vez que cada indivíduo experiencia o exercício de forma diferente (Faulkner & Biddle, 2004; Fox, 2000). O estudo de Fox e colaboradores (2007) é disso exemplo, uma vez que os resultados do estudo quantitativo identificam uma associação muito fraca entre actividade física e os efeitos psicológicos nos idosos, enquanto que o estudo qualitativo identifica uma clara melhoria, quer ao nível da percepção da capacidade funcional, quer ao nível social. A

aplicação exclusiva do método quantitativo no nosso estudo, poderá não ser suficiente para uma compreensão clara do impacto da prática de exercício físico nos domínios do bem-estar subjectivo dos idosos.

As avaliações subjectivas, como é o caso dos instrumentos de medida aplicados neste estudo, também apresentam limitações, isto é, tendem a ser instáveis e sujeitas a variação de um dia para o outro, uma vez que dependem do humor e estado de espírito do indivíduo no momento da avaliação (Paschoal, 2004). Esta limitação desperta-nos para a dificuldade em obter resultados lineares numa avaliação subjectiva, limitação esta que consideramos inevitável.

A acrescentar aos procedimentos metodológicos, a amostra reduzida é outro factor limitativo da não representatividade da população, para a qual contribuiu, em grande parte, a falta de motivação dos idosos em participar, a não compreensão, a devolução do questionário incompleto ou incorrecto e a recusa de preencher um segundo questionário, considerando-o demasiado longo, maçador e de compreensão difícil. Esta dificuldade de compreensão tem sido referida por vários autores, nomeadamente Ferreira e Fox (2007), Fox (1998) e Marsh e colegas (1994). Um dos autores do instrumento (Fox, 1990) admite que existe uma pequena percentagem de tendência dos participantes cometerem o erro de assinalar uma resposta em ambas as colunas, independentemente da idade dos participantes. Para a realização de um estudo deste âmbito e dada a dimensão da amostra, Luft e colaboradores (2007) aconselham a aplicação de um conjunto de instrumentos que requeiram pouco tempo para o seu preenchimento, mas que tenha características psicométricas satisfatórias. Consideramos agora, que o questionário aplicado neste estudo não preenche o primeiro requisito sugerido por estes autores. A acrescentar ainda que, o tempo permitido para a explicitação do estudo e do preenchimento dos questionários foi muito restrito, pelo que limitou a disponibilidade para esclarecer quaisquer dúvidas dos participantes.

O facto da população deste estudo ser idosa dificulta a participação no mesmo. Ora, porque embora tenham tempo disponível, não se disponibilizam, ora desconfiam, ora têm dificuldade em compreender as questões demasiado profundas e complexas. E, tendo em conta a cultura do nosso país, sendo maioritariamente do género feminino, não estão despertas para o seu corpo físico no âmbito das suas capacidades físicas, isto porque o exercício físico não era praticado na sua juventude. Importa ter presente que os conceitos desta população portuguesa, cuja juventude se enquadra na década de 1930, distam muito dos conceitos sociais actuais.

É preciso ter em conta que, a maior parte dos estudos identificados na literatura foram aplicados em populações jovens (adolescentes e adultos jovens) ou em populações psiquiátricas, o que limita muito a generalização e comparação dos resultados.

Os requisitos sugeridos pela ACSM para usufruto dos benefícios da prática de exercício físico, nomeadamente a frequência de, pelo menos, cinco vezes por semana, não foi possível neste estudo, pelo que consideramos uma limitação do mesmo e que poderá ter influenciado os resultados finais.

CAPÍTULO VIII - SUGESTÃO DE NOVAS INVESTIGAÇÕES

Na procura incessante do efeito da prática de exercício físico na qualidade de vida, têm surgido inúmeros estudos que utilizam uma grande variedade de instrumentos de medida respeitantes à qualidade de vida, à qualidade de vida relacionada com a saúde, etc. Contudo, persistem muitas dúvidas relativas ao impacto do exercício na qualidade de vida do idoso e ao desenvolvimento das auto-percepções no domínio físico. O presente estudo contribuiu, de algum modo, para clarificar alguns aspectos do *eu físico* nesta população em particular. Nomeadamente, na confirmação da não diferenciação dos conceitos Competência Desportiva e Funcionalidade pela população idosa portuguesa, pelo que sugerimos, em estudos futuros, a fusão destas duas variáveis.

A diferença semântica destes dois conceitos identificada entre alguns países europeus e os de língua inglesa ainda não está totalmente esclarecida. Uma abordagem qualitativa associada a um estudo quantitativo com o intuito de comparar as diferentes culturas, poderia contribuir para uma melhor compreensão destas diferenças transculturais, assim como, fornecer um conhecimento mais profundo sobre o efeito e a importância do exercício físico na qualidade de vida e bem-estar subjectivo da população idosa.

Este é apenas um estudo preliminar que poderá actuar como um trampolim para novas investigações. A validação de um instrumento de medida é um processo demorado, pelo que novos investigadores são encorajados a continuar a explorar estes conceitos e constructos, procurando manter uma mente aberta e visando uma representação maior. Sendo o PSPP um dos instrumentos de medida mais completos na perspectiva multidimensional da Auto-estima e do Auto-conceito Físico, consideramos que este deve continuar a ser desenvolvido, no sentido de poder ser adaptado e aplicado à população idosa portuguesa.

A investigação é olhar para a realidade
com espírito crítico,
é abrir mais caminhos e não fechá-los,
é continuidade,
é apenas um corredor sem fim...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACMS, American College of Sports Medicine. (2000). *ACSM-Directrizes do ACSM para os testes de esforço e a sua prescrição* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Afonso, A. L. C. (2006). *Idosos: lazer a tempo inteiro - as actividades de lazer da população idosa institucionalizada no concelho de Alcobaca*. Dissertação de Mestrado na Faculdade de Educação Física e Ciências do Desporto, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Albuquerque, I., Lima, M. P. (2007). Personalidade e bem-estar subjectivo: uma abordagem com projectos pessoais. *Psicologia*.
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação Científica em Psicologia - Teoria e Prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- American Thoracic Society, A. (1999). *Cantril's Self-Anchoring Ladder*.
- Antunes, H. K. M., Stella, S.G., Santos, R.F., Buono, O.F.A., de Mello, M.T. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 266-271.
- Arronte-Rosales, A., Sanchez-Rodríguez, M. A., Correa-Muñoz, E., Mendoza-Nuñez, V. M. (2007). *Relación del Estrés Oxidativo con la Distimia en una Población de Adultos Mayores de la Ciudad de México*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma, Escola Superior João de Deus, Lisboa.
- Asci, F. H. (2002). An investigation of age and gender differences in physical self-concept among Turkish late adolescents. *Adolescence*.
- Atlantis, E., Chow, C., Kirby, A., Singh, M. F. . (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine* (39), 424-434.
- Bahram, A., Shafizadeh, M. . (2006). A comparative and correlational study of the body-image in active and inactive adults and with body composition and somatotype *Journal of Applied Sciences*, 6(11), 2456-2460.
- Batista, P. (2000). Satisfação com a imagem corporal e auto-estima - estudo

- comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividades. *Horizonte - Revista de Educação Física e Desporto*, XVI(91), 9-15.
- Benjamin, K., Edwards, N. C., Bharti, V. K. (2005). Attitudinal, Perceptual and Normative Beliefs Influencing the Exercise Dimensions of Community - Dwelling Physical Frail Seniors. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3(13), 276-293.
- Berger, B. G., McInman, A. (1993). Exercise and the quality of life. In L. K. Tennant (Ed.), *Handbook of Research on Sport Psychology* (pp. 729-753). New York: Macmillan.
- 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.
- Biddle a), S. J. H., Fox, K. R., Boutcher, S. H. (2000). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London: Rutledge.
- Biddle b), S. J. H., Fox, K. R., Boutcher, S. H., Faulkner, G., E. (2000). The way forward for physical activity and promotion of psychological well-being. In *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp. 154-169). London: Rutledge.
- Biddle, S., Page, A., Ashford, E., Jennings, D., Brooke, R., Fox, K. (1993). Assessment of children's self-perceptions. *International Journal of Adolescence and Youth* (4), 93-109.
- Bouchard, C. S., T. (1993). Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In T. S. T. S. C. Bouchard (Ed.), *Physical activity, fitness and health - consensus statement* (pp. 11-23). Champaign: Human Kinetics.
- Brill, P. A. (2004). *Functional Fitness for Older Adults*. Champaign: Human Kinetics.
- Brown, W. J., Ford, J. H., Burton, N. W., Marshall, A. L., Dobson, A. J. (2005). Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 265-272.
- Bulla, L. C., Valêncio, G. B., Santos, P., Areosa, S. C. (2007). *O Familiar Cuidador do Idoso com Alzheimer: uma Avaliação da Qualidade de Vida e Estresse Psicossocial*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma
Escola Superior João de Deus, Lisboa.
- Camiña, F. (2004). Programas de actividade física para a 3ª idade. *Journal*, 4(2),

- Cantril, H. (1965). The pattern of human concerns. In N. Brunswick (Ed.): Rutgers University Press.
- Carless, D., Fox, K. (2003). The physical self. In D. M. Everett T., Feaver S. (Ed.), *Interventions for mental health: an evidence-based approach for physiotherapists and occupational therapists*. London: Butterworth-Heinemann.
- Carless, D., Douglas, K. . (2004). A golf programme for people with severe and enduring mental health problems. *Journal of Mental Health Promotion*, 3(4), 26-39.
- Carvalho, M. J., Fernandes, R., Mota, J. (2001). Efeitos do exercício físico na aptidão física de mulheres idosas. *Revista Kinésis*, 24(1), 197-206.
- Carvalho, M. J. (2004). A actividade física e o sistema muscular esquelético no idoso., *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(2).
- CDCP, Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Quick Stats: percentage of older adults who engaged in regular leisure-time physical activity by age group and sex*.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-395.
- Craft, L. L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*(6), 151-171.
- Cruz, J. F. A., Machado, P. P. P., Mota, M. P. . (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. In S. H. e. Organizacionais (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto* (1ª ed., pp. 91-116).
- CSP, The Chartered Society of Physiotherapy. (2002). *Health promotion: physical activity and exercise in selected populations*.
- Cummins, R. A., Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies* (3), 37-69.
- Davis, M. G., Fox, K. R. (2007). Physical activity patterns assessed by accelerometry in older people. *European Journal of Applied Physiology*, 100(5), 581-589.
- De Jonge, P., Kempen, G. I. J. M., Sanderman, R., Ranchor, A., Van Jaarsveld, C., Van Sonderen, E., Scaf-Klomp, W., Weening, A., Slaets, J., Ormel, J. (2006). Depressive symptoms in elderly patients after a somatic illness event - Prevalence, persistence and risk factors. *Psychosomatics*, 1(47), 33-42.
- Delignières, D., Fortes, M., Ninot, G. (2004). The Fractal Dynamics of Self-Esteem and Physical Self. *Nonlinear Dynamics in Psychology and Life Sciences*, (8), 479-

- Diener a), E., Larsen, R. J., Levine, S., Emmons, R. A. . (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1253-1265.
- Diener b), E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In B. B. Gibbons (Ed.), *Health, Coping and Social Comparison* (pp. 329-357). Mahwah N.J: Erlbaum.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. L. J. M. Haviland (Ed.), *Handbook of Emotions* (2nd ed., pp. 325-337). New York: Guilford.
- Espadaneira, S. (2007). *O Stress Associado à Prestação de Cuidados com a População Sénior*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma, Escola Superior João de Deus, Lisboa.
- Everett, D. F. (2003). Interventions for mental health: an evidence-based approach for physiotherapists and occupational therapists. In Butterworth-Heinemann (Ed.): Butterworth-Heinemann, 69-79.
- Faria Junior, A. (1997). Atividades físicas para a terceira Idade.
- Faria Junior, A. (2004). Atividades físicas para idoso em cinco municípios brasileiros: à guisa de diagnóstico. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(2).
- Faria, L., Marinho, C. (2003). Perspectivas sobre o envelhecimento: actividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. *Revista Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Porto*, III(XXIV), 51-69.
- Faulkner, G., Biddle, S. . (2001). Exercise and mental health: It's just not psychology. *Journal of Sports Sciences*(19), 433-444.
- Faulkner, G., Biddle, S. (2004). A golf programme for people with severe and enduring mental health problems. *Journal of Mental Health Promotion*, 3(4), 26-39.
- Faulkner, G., Carless, D. (2006). Physical Activity in the Process of Psychiatric Rehabilitation: Theoretical and Methodological Issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(4), 258-266.
- Fernandes, M. J. S. R. S. (2007). *A Gerotranscendência em (con)vivência do Corpo à*

- Alma*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma Escola Superior João de Deus, Lisboa.
- Ferreira a), J. P. L. (2004). *Reflexão sobre que Modelo de Medida para as Auto-percepções no domínio Físico a partir da versão Portuguesa de Physical Self-Perception Profile*. Paper presented at the I Congresso Galego-Português de Psicología da Actividad Física e do Deporte Vigo.
- Ferreira b), J. P. L. (2004). *Physical self-perceptions in wheelchair sport participants*. University of Exeter, Bristol.
- Ferreira, J. P., Fox, K. R. (2007). An investigation into the structure, reliability, and validity of a Portuguese version of the Physical Self-Perception Profile in Non-English Spoken Settings. *International Journal of Applied Sport Sciences*, 19(1), 25-46.
- Fonseca, A. M., Fox, K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2(5), 11-23.
- Fonseca, A. M., Paúl, C. (2004). Saúde percebida e passagem à reforma. *Journal*, 5(1), 17-29
- Fox a), K. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology* (31), 228-239.
- Fox b), K. R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp. 89-117). London: Routledge.
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental Well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3), 411-418.
- Fox, K. R., Corbin, C. B. (1989). The physical self-perception profile: development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11(4), 408-430.
- Fox, K. R. (1990). *The Physical Self-Perception Manual*. Northern Illinois University, Illinois.
- Fox, K. R. (1997). *The Physical Self: from Motivation to Well-Being*. Champaign: Human Kinetics.
- Fox, K. R. (1998). Advances of the measurement of the physical self. In J. L. Duda (Ed.), *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement* (pp. 295-310). Morgantown: Human Kinetics.
- Fox, K. R., Boutcher, S.H., Faulkner, G.E., Biddle, S.J.H. (2000). The case for exercise

- in the promotion of mental health and psychological well-being. In *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp. 1-9). London: Rutledge.
- Fox, K. R., Stathi, A., McKenna, J., Davis, M. G. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100(5), 591-602.
- Frank, L. D., Engelke, P. (s.d.). How land use and transportation systems impact public health:
a literature review of the relationship between physical activity and built form. Georgia Institute of Technology.
- Geis, P. P., Rubí, M. C. (2001). *Movimiento Creativo con Personas Mayores*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Gomes, L. (2007). *Idosos Institucionalizados: o Contributo da Psicologia da Educação para a sua Qualidade de Vida*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma, Escola Superior João de Deus.
- Hackfort, D., Schwenkmezger, P. (1993). Anxiety. In L. K. Tennant (Ed.), *Handbook of Research on Sport Psychology* (pp. 328-359). New York: Macmillan.
- Hammond, R. (2002). *Outcome Measures for People with Depression*. The Chartered Society of Physiotherapy - Mental Health.
- Hird a), S. (2003). *Individual wellbeing - a report for the Scottish Executive and Scottish Neighbourhood Statistics*. NHS Health Scotland.
- Hird b), S. (2003). *What is wellbeing? supporting document – scales*. NHS Health Scotland.
- Hird c), S. (2003). *What is wellbeing? A brief review of current literature and concepts*. NHS Health Scotland.
- Horley, J., Lavery, J. (1991). The stability and sensitivity of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 24(2), 113-122.
- Iwarsson, S., Isacsson, Å. (1999). Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Sciencedirect*, Department of Community Health Sciences.
- Joia, L. C., Ruiz, T., Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1).
- Jones, C. J., Rose, D. J. . (2005). *Physical Activity Instruction of Older Adults*.

Champaign: Human Kinetics.

- Junior, J. S. V. (2003). Medidas de atividades físicas em pessoas idosas. In *Medidas da Atividade Física - Teoria e Aplicação em Diversos Grupos Populacionais* (pp. 91-101). Paraná: Midiogaf.
- Kamal et al. (1995). Self-esteem attributional components of athletes versus non athletes. *Journal of Sport Psychology*(26), 189-195.
- Kelly, L. H. (2004). *The relationship between physical self-concept, body image, dissatisfaction and competition anxiety in female "aesthetic" and "non-aesthetic" collegiate athletes*. Florida State University, Florida.
- Kruger, J., Brown, D. R., Galuska, D. A., Buchner, D. (2004). *Strength training among adults aged >65 years*. Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 53(2), 25-28.
- Kruger, J., Ham, S.A., Kohl, H.W. (2005). *Trends in leisure-time physical inactivity by age, sex, and race/ethnicity*. Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 54(39), 991-994.
- Larsen, R. J., Diener, E., Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17(1), 1-17.
- Lawlor, D. A., Hopker, S. W. . (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 1-8.
- Lima, M. P. (1995). *Inquérito Sociológico - Problemas de Metodologia*. Lisboa: Presença.
- Lindwall, M., Rennemark, M., Halling, A., Berglung, J., Hassén, P. (2006). Depression and exercise in elderly men and women: findings from the Swedish national study on aging and care. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(1), 41-55.
- Lopes, M. S., Arantes, R. C., Lopes, R. G. (2007). *Um Breve Ensaio Sobre a Aceitação da Beleza na Efemeridade dos Corpos*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma, Escola Superior João de Deus, Lisboa.
- Louvard, A. (2000). *Fichas de Ejercicios para la Tercera Edad*. Barcelona: Editorial Hispano Europea S.A.
- Macera, C. A., Jones, D.A., Yore, M.M., Ham, S.A., Kohl, H.W., Kimsey, C.D., Buchner, D. (2003). *Prevalence of physical activity, including lifestyle activities*

- among adults*. Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 52(32), 764-769.
- Manini, T., Druger, M., Ploutz-Snyder, L. (2005). Misconceptions About Strength Exercise. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13(4), 422-433.
- Marquez, D. X., McAuley, E., Motl, R. W., Elavsky, S., Konopack, J.F., Jerome, G.J., Kramer, A. F. (2006). Validation of Geriatric Depression Scale-5 scores among sedentary older adults. *Educational and Psychological Measurement*, 20(10), 1-9.
- Marsh, A. P., Rejeski, W. J., Hutton, S. L., Brown, C. L., Ip, E., Guralnik, J. M. (2005). Development of a lateral mobility task to identify individuals at risk for mobility disability and functional decline. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13(4), 363-381.
- Martins a), R. A. S. (2007). Envelhecimento, retrogênese do desenvolvimento motor, exercício físico e promoção da saúde. *Sociedade Portuguesa de Educação Física*(32), 31-39.
- Martins b), R. A. S. (2007). *Exercício físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global*. Dissertação de Doutoramento da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- McAuley, E., Elavsky, S., Motl, R. W., Konopack, J. F., Hu, L., Marquez, D. X. (2005). Physical Activity, Self-Efficacy, and Self-Esteem: Longitudinal Relationships in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 268-275.
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., Wilbur, J. . (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.
- Mella, R., González, L., D'Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Journal*, 13(1), 79-89.
- Mello, M. A. F., Aranibar, P. (2007). *Velhice e Imagem Corporal*. Paper presented at the I Conferência Internacional de Gerontologia - (con)vivências do Corpo à Alma Escola Superior João de Deus, Lisboa.
- Min.Saúde. (2000). *Conservar-se em forma na idade avançada. Auto-cuidados na Saúde e na Doença - Guias para as Pessoas Idosas*, Direcção Geral da Saúde, Lisboa.

- Min.Saúde. (2001). *Quem? Eu? Exercício? - Exercício sem riscos para lá dos sessenta. Auto-cuidados na Saúde e na Doença - Guias para as Pessoas Idosas*, Direcção Geral da Saúde, Lisboa.
- Min.Saúde. (2004). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Auto-cuidados na Saúde e na Doença - Guias para as Pessoas Idosas*, Direcção Geral da Saúde, Lisboa.
- Moreno, J. A., Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in Spanish adolescents: effects of gender and involvement in physical activity *Journal of Human Movement Studies*(48), 291-311.
- Moreno, J. A., Cervelló, E., Vera, J. A., Ruíz, L. M. (2007). Physical self-concept of Spanish schoolchildren: differences by gender, sport practice and levels of sport involvement. *Journal of Education and Human Development*, 1(2), 1-17.
- Neto, F. (1993). Satisfaction with life scale: psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134
- Ntoumanis, N. (2001). *A Step-by-step Guide to SPSS for Sport and Exercise Studies*. London: Routledge.
- Oishi, S., Schimmack, U., Diener, E. (2001). Plesures and subjective well-being. *European Journal of Personality*(15), 153-167.
- Oldehinkel, A. J., van den Berg, M. D., Bouhuys, A. L., Ormel, J. (2003). Do depressive episodes lead to accumulation of vulnerability in the elderly?. *Depression and Anxiety*, 18(2), 67-75
- Oliveira, B., H., D., Cupertino, A., P., F. (2005). Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade. *Textos sobre Envelhecimento*, 8(2).
- Oliveira, S. M. L. P. (s.d.). O impacto do exercício físico na auto-estima, investimento corporal e sentimentos de auto-eficácia em estudantes universitárias: estudo exploratório. *Psicologia*,
- OMS, O. M. d. I. S.-. (1999). *Vieillissement - Transcender les mythes*. Programme Vieillissement et Santé, Genève.
- OMS, O. M. d. S.-. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Pan American Health Organization, Brasília.
- OMSa, O. M. d. I. S.-. (2002). *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation*. 2ème Assemblée Mondiale des Nations Unies sur le Vieillicement, Madrid.

- OMSb, O. M. d. S.-. (2002). *Envelhecimento activo - um projecto de política de saúde*. Departamento de Prevenção de Doenças Não-transmissíveis e Promoção de Saúde, Envelhecimento e Curso de Vida.
- Pais-Ribeiro, J. L., Ribeiro, L. (2003). Estudo de validação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica*, 4(20), 431-439.
- Paschoal, S. M. P. (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. de S. Paulo, Universidade de S. Paulo.
- Pate, R., Pratt, M., Blair, S., Haskell, W., Macera, C., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G., King, A., Kriska, A., Leon, A., Marcus, B., Morris, J., Paffenbarger, R., Patrick, K., Pollock, M., Rippe, J., Sallis, J., Wilmore, J. (1995). Physical activity and public health - a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine *Journal of American Medicine and Aging*(273), 402-407.
- Pavot, W., Diener E., Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340-354.
- Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, J. P., Lessa, L., Melo, L., Gonçalves, R., Sholl-Franco, A. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psico-neuro-endocrinológica. *Ciencias & Cognição*, 1, 34-53.
- Pereira, M., Canavarro, M.C. (2007). Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, 3(25), 503-515.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Salazar, W. (1993). Exercise and anxiety reduction: examination of temperature as an explanation for affective change *Journal of Sport & Exercise Psychology*(15), 63-76.
- Phillips, E. M., Pugh, D. S. . (1998). *Como Preparar um Mestrado ou Doutoramento - um Manual Prático para Estudantes e seus Orientadores*. Mem-Martins.
- Possatti, I. C., Dias, M. R. (2002). Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Journal*, 15(2).
- Queirós, M. M., Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C., Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*(9), 199-216.
- Queroz, N. C., Neri A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre

- homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2).
- Raine, P., Truman, C., Southerst, A. . (2002). The development of a community gym for people with mental health problems: Influences on psychological accessibility. *Journal of Mental Health*, 11 (1), 43-53.
- Ramsden, E. L. (1999). *The Person as a Patient - Psychological Perspectives For the Health Care Professional*: W.B. Saunders.
- Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Leinonen, R., Lintunen, T. Rantanen, T. (2006). Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(1), 90-102.
- Reis, E. (1994). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Sílabo.
- Rejeski, W. J., Brawley, L.R., Shumaker, S.A. (2000). Physical activity and health-related quality of life. (pp. 71-107).
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., Hutchinson, D., Piette, J. . (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 56(3), 324-331.
- Rivolier, J. (1999). Stress, emotion, anxiété. *Dossiers Education Physique Scolaire*(43), 6-17.
- Romano, A., Negreiros, J., Martins, T. (2007). Contributos para a validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 107-114.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton.
- Rusticus, S. A., Hubley, A. M., Zumbo, B. D. (2004). *Cross-National Comparability of the Rosenberg Self-Esteem Scale*. Paper presented at the 112th Convention of the American Psychological Association, Honolulu, Hawaii.
- Ruuskanen, J. M., Ruoppila, I. (1994). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years.
- Sanders, M. E. (2000). *YMCA Water Fitness for Health*. Champaign: Human Kinetics.
- Santos, C. A. R. (2005). *Percepção e satisfação com a imagem corporal, auto-estima e actividade física*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Schmitt, D. P., Allik, J. (Ed.) (2005) *Journal of Personality and Social Psychology* (Vols. 89).
- Semerjian, T., Stephens, D. (2007). Comparison style, physical self-perceptions and

- fitness among older women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(2), 219-235.
- Sequeira, A., Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica* 3(20), 505-516.
- Shakiba, A. (2006). *Exercisers' Perceived Health, Goal Orientation, Physical Self-Perception and Exercise Satisfaction* Halmstad University, Halmstad.
- Shephard, R. J. (1997). *Aging Physical Activity and Health*. Champaign: Human Kinetics.
- Shigehiro, O., Ulrich, S. & Diener, E. (2001). Pleasures and subjective well-being. *European Journal of Personality*(15), 153-167.
- Singh, N. A., Stavrinou, T. A., Scarbek, Y., Galambos, G., Liber, C., Singh, M. A. F. (2005). A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *Journal*, 60(6), 768-776.
- Sonstroem, R. J., Speliotis, E. D., Fava, J. L. (1992). Perceived physical competence in adults: an examination of the physical self-perception profile. *Journal of Sport & Exercise Psychology*(14), 207-221.
- Sonstroem, R. J., Potts, S. A. . (1996). Life-adjustment correlates of physical self-concepts. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 28(5), 619-625.
- Sonstroem, R. J. (1997). Physical activity and self-esteem. In W. P. Morgan (Ed.), *Physical Activity & Mental Health* (pp. 127-145). Washington: Taylor & Francis.
- Sousa, L., Lyubomirsky, S. (Ed.) (2001) Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender (Vols. 2). San Diego: Academic Press.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Stiggelbout, M., Hopman-Rock, M., Tak, E., Lechner, L., Mechelen, W. (2005). Dropout from exercise programs for seniors: a prospective cohort study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13(4), 409-421.
- Suh, E., Diener, E., Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091-1102.
- Taylor, A. H. (2000). Physical activity, anxiety and stress. In *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp. 10-45). London: Rutledge.
- Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T. E., Sulkava, R. (2002). Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge

- from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*(17), 1106–1111.
- USDHHS, U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: a report of the surgeon general*. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta.
- USDHHS, U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Physical activity for everyone: making physical activity part of your Life: overcoming barriers to physical activity*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity, Champaign.
- USDHHS, U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: understanding and improving health*. Department of Health and Human Services, Washinton.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K., Van Coppenole, H., David, A., Pieters, G., Peuskens, J. (2002). Assessment of physical self-perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*(32), 855-863.
- Van Norman, K. A. (1995). *Exercise Programming for Older Adults*. Champaign: Human Kinetics.
- Varelius, J. (2004). Objective explanations of individual well-being. *Journal of Happiness Studies* (5), 73-91.
- Vaz, R. A., Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, 23(3), 329-339.
- Weinberg, R., Jackson, A., Kolodny, K. (1988). The relationship of massage and exercise to mood enhancement. *The Sport Psychologist*(2), 202-211.
- WHO, W. H. O.-. (1996). *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons*. Guidelines Series for Healthy Ageing - Ageing and Health Programme. Division of Health Promotion, Education and Communication.
- WHO, W. H. O.-. (2007). *Physical activity and older people*.
- WHOa), W. H. O.-. (1998). *Growing Older – Staying Well, Ageing and physical activity in everyday life*. Ageing and Health Programme, Geneva.
- WHOa), W. H. O.-. (2006). *Physical activity and older people*. Ageing.
- WHOb), W. H. O.-. (1998). *Women, ageing and health - achieving health across the life span*. Ageing and Health Programme, Geneva.
- WHOb), W. H. O.-. (2006). *Disability: prevention and rehabilitation in the context of*

the right to the enjoyment of the highest attainable standard of of health and other related rights. Retrieved. from. an American Health Organization, Washinton.

Witcher, C. S. G., Holt, N. L., Spence, J.C., Cousins, S.O. (2007). A case study of physical activity among older adults in rural Newfoundland, Canada. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(2), 166-183.

ANEXOS



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais

Bateria de Auto-percepção Física e Qualidade de Vida

Versão Portuguesa

(utilização sujeita a autorização prévia)

k.r.foxabristol.ac.uk

jpferreiraafcdf.uc.pt

Estes questionários destinam-se à realização de um trabalho de investigação (tese de mestrado) cujo objectivo é conhecer a percepção dos idosos sobre a sua **qualidade de vida** associada ou não à prática de exercício físico.

Os dados são utilizados exclusivamente para o estudo estatístico deste trabalho, pelo que nunca será divulgada a identificação dos indivíduos participantes.

Ao responder às questões, por favor, faça-o de forma **sincera**. Não deixe qualquer questão por responder, pois disso dependerá o **rigor científico** deste estudo. Esclareça todas as suas dúvidas na recolha dos questionários ou por telefone nº: 962931962.

Estou informado (a) sobre o objectivo do trabalho e aceito nele participar.

____/____/____

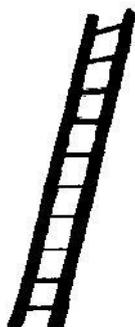
Assinatura

Bem-haja pela sua disposição e colaboração.

Helena Cruz

Secção C: A sua vida no presente (Self-Anchoring Rating Scale)

Direcções: Aqui está o desenho de uma escada. O topo da escada representa a melhor vida possível para si no momento; e o degrau mais baixo da escada representa a pior vida possível para si, no momento. Em que nível da escada se encontra, actualmente? (Assinale com um circulo)



10 = A melhor vida possível, no momento

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

0 = A pior vida possível, no momento

Secção D: Percepção face ao Stress (Perceived Stress Scale)

Direcções: As afirmações seguintes são relativas aos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, por favor assinale a sua escolha colocando uma cruz no quadrado apropriado.

N: Nunca **QN:** Quase nunca **PV:** Por vezes **AF:** Com alguma frequência **MF:** Muito frequentemente

No último mês:

	N	QN	PV	AF	MF
1... com que frequência tem ficado chateado(a) pelo facto de ocorrer um acontecimento inesperado?	<input type="checkbox"/>				
2... com que frequência tem sentido a sensação de ser incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	<input type="checkbox"/>				
3... com que frequência se tem sentido nervoso(a) ou stressado(a)?	<input type="checkbox"/>				
4... com que frequência tem lidado com sucesso com os problemas e com as contrariedades do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>				
5... com que frequência se tem sentido efectivamente envolvido(a) nas alterações importantes que ocorrem na sua vida?	<input type="checkbox"/>				
6... com que frequência se tem sentido confiante acerca da sua capacidade de lidar com os seus problemas?	<input type="checkbox"/>				
7... com que frequência tem sentido que as coisas lhe estão a correr de feição?	<input type="checkbox"/>				
8... com que frequência tem sentido que é incapaz de dar resposta a tudo aquilo que tem para fazer ?	<input type="checkbox"/>				
9... com que frequência tem sido capaz de controlar situações irritantes na sua vida ?	<input type="checkbox"/>				
10... com que frequência tem sentido que tem as coisas sob controlo?	<input type="checkbox"/>				
11... com que frequência se tem sentido irritado(a)/chateado(a) por coisas que estão fora do seu controlo?	<input type="checkbox"/>				
12... com que frequência tem dado consigo a pensar sobre as coisas que tem para fazer?	<input type="checkbox"/>				
13... com que frequência tem sido capaz de controlar o modo como gasta o seu tempo?	<input type="checkbox"/>				
14... com que frequência tem sentido que as dificuldades se estão a acumular tanto que será incapaz de as superar?	<input type="checkbox"/>				



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

ESCALA DE AUTO - ESTIMA (Rosenberg, 1965)

Adaptação efectuada por José Pedro Leitão Ferreira (2001), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, a partir da Rosenberg Self-Esteem Scale elaborada por Morris Rosenberg (1965).

Para cada item faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

	Concordo completamente	Concordo	Discordo	Discordo completamente
1. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou nada bom (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me por vezes inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERFIL DE AUTO-PERCEPÇÃO FÍSICA: PSPP

(versão clínica reduzida)

Tradução e adaptação efectuada por José Pedro Leitão Ferreira (Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra) e Kenneth R. Fox (Department of Exercise and Health Sciences, University of Bristol), em 2006, do Physical Self-Perception Profile - PSPP short clinical version, elaborado por Kenneth Richard Fox (*in press*).

COMO SOU EU?

As afirmações que se seguem permitem que as pessoas se descrevam a elas próprias. Não há respostas certas ou erradas, uma vez que as pessoas são diferentes umas das outras. Para preencher este questionário, primeiro, decida qual das duas afirmações o descreve melhor. Depois, "vá" para o lado correspondente a essa afirmação e indique se ela é "Quase verdade" ou "Realmente verdade" PARA O SEU CASO PESSOAL.

LEMBRE-SE DE ESCOLHER APENAS UMA DAS QUATRO OPÇÕES PARA CADA AFIRMAÇÃO

Realmente verdade para mim	Quase verdade para mim		EXEMPLO		Quase verdade para mim	Realmente verdade para mim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são muito competitivas.	Mas	Outras não são muito competitivas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas podem ser fisicamente activas no seu dia a dia.	Mas	Outras acham que ser fisicamente activas no dia a dia pode ser difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que a sua saúde física quando comparado com a maioria não é tão boa.	Mas	Outras quando comparado com a maioria, tem uma saúde física muito boa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que não são muito boas na prática de actividade física.	Mas	Outras por outro lado executam muito bem as diferentes actividades físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que têm um corpo bonito comparado à maioria das pessoas da sua idade.	Mas	Outras em comparação à maioria das pessoas da sua idade, sentem que não têm um corpo tão bonito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que são fisicamente fortes para a sua idade.	Mas	Outras sentem que lhes falta força física, em comparação às outras pessoas da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem-se extremamente satisfeitas com o tipo de pessoas que são fisicamente.	Mas	Outras sentem um pouco de descontentamento com o que são fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são confiantes nas suas habilidades para realizar as suas tarefas do dia-a-dia.	Mas	Outros sentem-se menos capazes de realiza as suas tarefas do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que precisam de visitar muitas vezes o médico devido a sua saúde física.	Mas	Outras são fisicamente saudáveis e raramente visitam o médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realmente ade para mim	Quase verdade para mim		Mas		Quase verdade para mim	Realmente ade para mim
9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que realizam bem qualquer tipo de actividade física.	Mas	Outras sentem que não conseguem fazer muito bem qualquer actividade física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que são muitas vezes admiradas porque o seu físico ou figura são considerados atraentes.	Mas	Outras raramente sentem que são admiradas pela aparência do seu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas tendem a ter falta de confiança no que se refere à sua força física	Mas	Outras são extremamente confiantes no que se refere à sua força física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem-se extremamente orgulhosas com o que são e com o que conseguem fazer fisicamente.	Mas	Outros raramente sentem uma sensação de orgulho com o que são fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem-se extremamente confiantes acerca da sua capacidade para manter um exercício regular.	Mas	Outras não se sentem tão confiantes acerca da sua capacidade para manter um exercício regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas não são muito confiantes em que conseguem manter uma boa saúde física	Mas	Outras frequentemente sentem confiança em que são capazes que manter uma boa saúde física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas são, por vezes, um pouco mais lentas do que a maioria quando se trata de aprender novas habilidades em situações desportivas.	Mas	Outras parecem estar sempre entre as mais rápidas quando se trata de aprender novas habilidades desportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que têm um corpo atraente para a sua idade.	Mas	Outras sentem que o seu corpo não é muito atraente para a sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem que não são tão boas como a maioria a lidar com situações que requerem força física.	Mas	Outras sentem que estão entre as melhores a lidar com situações que requerem força física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas têm sempre um sentimento positivo sobre o seu lado físico.	Mas	Outras por vezes não têm um sentimento positivo sobre o seu lado físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando vêm o lado físico algumas pessoas não sentem muita confiança.	Mas	Outros parecem ter uma sensação forte de confiança em relação ao seu lado físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas sentem-se seguras com a sua habilidade física.	Mas	Outros sentem-se menos seguros em relação à sua habilidade física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela sua colaboração!

Independent T-test t_0 n=237 género

Group Statistics

	género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SLS_Tot	feminino	129	21,81	7,359	,648
	masculino	108	23,77	6,559	,631
vida presente	feminino	129	5,58	2,387	,210
	masculino	108	6,15	2,497	,240
PStressTot	feminino	129	38,69	8,156	,718
	masculino	108	36,39	8,826	,849
Func_Tot	feminino	129	8,18	2,529	,223
	masculino	108	8,61	2,397	,231
CompDesp_Tot	feminino	129	6,78	2,577	,227
	masculino	108	7,01	2,438	,235
AtracCorp_Tot	feminino	129	7,36	2,570	,226
	masculino	108	8,13	2,616	,252
SaudFisic_Tot	feminino	129	7,60	2,492	,219
	masculino	108	7,74	2,379	,229
ForcFisic_Tot	feminino	129	7,38	2,687	,237
	masculino	108	7,63	2,657	,256
AutovalFisic_Tot	feminino	129	8,16	2,327	,205
	masculino	108	8,33	2,546	,245
SES_Tot	feminino	129	26,62	2,223	,196
	masculino	61	26,86	2,473	,317

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SLS_Tot	Equal variances assumed	3,880	,050	-2,146	235	,033	-1,961	,914	-3,761	-,161
	Equal variances not assumed			-2,168	234,062	,031	-1,961	,905	-3,743	-,179
vida presente	Equal variances assumed	,725	,395	-1,787	235	,075	-,568	,318	-1,194	,058
	Equal variances not assumed			-1,779	223,832	,077	-,568	,319	-1,197	,061
PStressTot	Equal variances assumed	1,419	,235	2,083	235	,038	2,301	1,104	,125	4,477
	Equal variances not assumed			2,069	220,486	,040	2,301	1,112	,109	4,493
Func_Tot	Equal variances assumed	1,170	,281	-1,337	235	,182	-,431	,322	-1,065	,204
	Equal variances not assumed			-1,344	231,387	,180	-,431	,321	-1,062	,201
CompDesp_Tot	Equal variances assumed	,396	,530	-,704	235	,482	-,231	,328	-,877	,415
	Equal variances not assumed			-,708	231,476	,480	-,231	,326	-,874	,412
AtracCorp_Tot	Equal variances assumed	,119	,730	-2,276	235	,024	-,769	,338	-1,435	-,103
	Equal variances not assumed			-2,272	226,279	,024	-,769	,339	-1,436	-,102
SaudFisic_Tot	Equal variances assumed	,137	,712	-,437	235	,662	-,139	,318	-,767	,488
	Equal variances not assumed			-,439	230,962	,661	-,139	,317	-,764	,486
ForcFisic_Tot	Equal variances assumed	,056	,813	-,718	235	,473	-,251	,349	-,937	,436
	Equal variances not assumed			-,719	228,603	,473	-,251	,348	-,937	,436
AutovalFisic_Tot	Equal variances assumed	,257	,613	-,560	235	,576	-,178	,317	-,802	,447
	Equal variances not assumed			-,556	219,317	,579	-,178	,319	-,807	,452
SES_Tot	Equal variances assumed	,395	,531	-,683	188	,495	-,245	,358	-,951	,462
	Equal variances not assumed			-,658	107,262	,512	-,245	,372	-,983	,493

Independent T-test t_0 n=237 pratic/ não pratic

Group Statistics

	pratic a...	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SLS_Tot	sim	97	22,12	6,953	,706
	não	140	23,10	7,129	,603
vida presente	sim	97	5,75	2,291	,233
	não	140	5,90	2,560	,216
PStressTot	sim	97	38,81	8,509	,864
	não	140	36,83	8,476	,716
Func_Tot	sim	97	9,38	2,190	,222
	não	140	7,68	2,427	,205
CompDesp_Tot	sim	97	7,83	2,301	,234
	não	140	6,24	2,451	,207
AtracCorp_Tot	sim	97	7,37	2,534	,257
	não	140	7,94	2,652	,224
SaudFisic_Tot	sim	97	8,11	2,316	,235
	não	140	7,35	2,478	,209
ForcFisic_Tot	sim	97	7,93	2,514	,255
	não	140	7,19	2,743	,232
AutovalFisic_Tot	sim	97	8,36	2,441	,248
	não	140	8,15	2,420	,205
SES_Tot	sim	86	26,60	2,065	,223
	não	104	26,78	2,489	,244

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SLS_Tot	Equal variances assumed	,005	,942	-1,049	235	,295	-,978	,932	-2,815	,859
	Equal variances not assumed			-1,053	209,871	,293	-,978	,928	-2,807	,852
vida presente	Equal variances assumed	1,662	,199	-,450	235	,653	-,146	,324	-,784	,493
	Equal variances not assumed			-,460	220,143	,646	-,146	,318	-,772	,480
PStressTot	Equal variances assumed	,030	,862	1,771	235	,078	1,986	1,121	-,224	4,195
	Equal variances not assumed			1,769	206,100	,078	1,986	1,122	-,227	4,198
Func_Tot	Equal variances assumed	1,028	,312	5,518	235	,000	1,701	,308	1,093	2,308
	Equal variances not assumed			5,622	219,241	,000	1,701	,302	1,104	2,297
CompDesp_Tot	Equal variances assumed	,000	,987	5,047	235	,000	1,594	,316	,972	2,216
	Equal variances not assumed			5,105	214,659	,000	1,594	,312	,979	2,210
AtracCorp_Tot	Equal variances assumed	,330	,566	-1,674	235	,095	-,576	,344	-1,254	,102
	Equal variances not assumed			-1,688	212,500	,093	-,576	,341	-1,249	,096
SaudFisic_Tot	Equal variances assumed	2,620	,107	2,378	235	,018	,758	,319	,130	1,386
	Equal variances not assumed			2,408	215,202	,017	,758	,315	,138	1,379
ForcFisic_Tot	Equal variances assumed	,769	,381	2,101	235	,037	,736	,350	,046	1,426
	Equal variances not assumed			2,134	217,507	,034	,736	,345	,056	1,415
AutovalFisic_Tot	Equal variances assumed	,294	,588	,655	235	,513	,210	,321	-,422	,842
	Equal variances not assumed			,654	205,466	,514	,210	,321	-,423	,843
SES_Tot	Equal variances assumed	5,753	,017	-,526	188	,599	-,177	,336	-,840	,486
	Equal variances not assumed			-,536	187,996	,593	-,177	,330	-,829	,475

Reliability – Fidedignidade PSPP n=237

Funcionalidade

Reliability Statistics

gênero	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
feminino	,641	,642	3
masculino	,636	,637	3

Competência Desportiva

Reliability Statistics

gênero	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
feminino	,701	,702	3
masculino	,622	,623	3

Atração Corporal

Reliability Statistics

gênero	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
feminino	,764	,763	3
masculino	,850	,850	3

Saúde Física

Reliability Statistics

gênero	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
feminino	,621	,622	3
masculino	,669	,671	3

Força Física

Reliability Statistics

gênero	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
feminino	,743	,743	3
masculino	,765	,765	3

Auto-valorização Física

Reliability Statistics

gênero	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
feminino	,704	,704	3
masculino	,758	,760	3

Análise das Componentes Principais – Feminino

Structure Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
ser fisicamente activo						
saúde física	,425		-,692		,759	,403
execução das actividades físicas	,698				,481	
corpo bonito		,861				
sensação de ser fisicamente forte			-,435			,781
satisfação com o que se é fisicamente		,497	-,462	-,408		
confiança na habilidade para realizar as tarefas diárias			-,791			
consultas ao médico					,822	
boa execução de qualquer actividade física	,501		-,663			,547
admiração pela aparência física		,664				
confiança na força física						,845
orgulho no que se consegue fazer fisicamente			-,537	-,624		
confiança para manter um exercício regular	,638		-,607			
confiança para manter uma boa saúde física	,646					,429
aprendizagem de novas habilidades desportivas	,783					,411
corpo atraente		,887				
situações que requerem força física						,777
sentimento positivo sobre o lado físico		,471		-,677		
confiança sobre o lado físico				-,793		
segurança na habilidade física			,747	,422		

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. género = feminino

Total Variance Explained^b

Component	Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,127	30,634	30,634
2	2,260	11,299	41,934
3	1,568	7,841	49,775
4	1,266	6,332	56,107
5	1,175	5,876	61,983
6	1,010	5,050	67,033

Extraction Method: Principal Component Analysis.

b. género = feminino

Análise das Componentes Principais – Masculino

Structure Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
ser fisicamente activo			-,833		
saúde física					-,793
execução das actividades físicas		,729			
corpo bonito	,806				
sensação de ser fisicamente forte	,541		-,694	,521	
satisfação com o que se é fisicamente	,669		-,630		
confiança na habilidade para realizar as tarefas diárias	,435		-,822		
consultas ao médico					-,680
boa execução de qualquer actividade física	,588	,466	-,524	,526	
admiração pela aparência física	,837			,406	
confiança na força física				,889	
orgulho no que se consegue fazer fisicamente	,492		-,659	,463	
confiança para manter um exercício regular	,502	,607			
confiança para manter uma boa saúde física					-,750
aprendizagem de novas habilidades desportivas		,861			
corpo atraente	,868		-,432		
situações que requerem força física				,842	
sentimento positivo sobre o lado físico	,725		-,573		
confiança sobre o lado físico	,407			,425	-,676
segurança na habilidade física	-,583	-,408	,614		

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. género = masculino

Total Variance Explained^b

Component	Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,170	35,848	35,848
2	2,525	12,624	48,472
3	1,418	7,088	55,559
4	1,180	5,899	61,459
5	1,111	5,554	67,013

Extraction Method: Principal Component Analysis.

b. género = masculino

Correlação de Pearson (Bivariate) PSPP

Correlations

gênero			Func_Tot	CompDesp_Tot	AtracCorp_Tot	SaudFisc_Tot	ForcFisc_Tot	AutovalFisc_Tot	SES_Tot
feminino	Func_Tot	Pearson Correlation	1	,557**	,193	,320**	,420**	,421**	-,030
		Sig. (2-tailed)		,000	,028	,000	,000	,000	,740
		N	129	129	129	129	129	129	129
	CompDesp_Tot	Pearson Correlation	,557**	1	,184	,530**	,563**	,347**	,032
		Sig. (2-tailed)	,000		,037	,000	,000	,000	,720
		N	129	129	129	129	129	129	129
	AtracCorp_Tot	Pearson Correlation	,193	,184	1	,140	,212	,470**	,174
		Sig. (2-tailed)	,028	,037		,114	,016	,000	,048
N		129	129	129	129	129	129	129	
SaudFisc_Tot	Pearson Correlation	,320**	,530**	,140	1	,446**	,228**	,072	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,114		,000	,009	,416	
	N	129	129	129	129	129	129	129	
ForcFisc_Tot	Pearson Correlation	,420**	,563**	,212	,446**	1	,439**	,126	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,016	,000		,000	,154	
	N	129	129	129	129	129	129	129	
AutovalFisc_Tot	Pearson Correlation	,421**	,347**	,470**	,228**	,439**	1	,270**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,009	,000		,002	
	N	129	129	129	129	129	129	129	
SES_Tot	Pearson Correlation	-,030	,032	,174	,072	,126	,270**	1	
	Sig. (2-tailed)	,740	,720	,048	,416	,154	,002		
	N	129	129	129	129	129	129	129	
masculino	Func_Tot	Pearson Correlation	1	,461**	,450**	,305**	,563**	,696**	,154
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,001	,000	,000	,236
		N	108	108	108	108	108	108	61
	CompDesp_Tot	Pearson Correlation	,461**	1	,207	,419**	,428**	,374**	,131
		Sig. (2-tailed)	,000		,032	,000	,000	,000	,314
		N	108	108	108	108	108	108	61
	AtracCorp_Tot	Pearson Correlation	,450**	,207	1	,238	,425**	,667**	,213
		Sig. (2-tailed)	,000	,032		,013	,000	,000	,099
N		108	108	108	108	108	108	61	
SaudFisc_Tot	Pearson Correlation	,305**	,419**	,238	1	,384**	,302**	-,167	
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,013		,000	,001	,199	
	N	108	108	108	108	108	108	61	
ForcFisc_Tot	Pearson Correlation	,563**	,428**	,425**	,384**	1	,564**	,303	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,018	
	N	108	108	108	108	108	108	61	
AutovalFisc_Tot	Pearson Correlation	,696**	,374**	,667**	,302**	,564**	1	,229	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,000		,076	
	N	108	108	108	108	108	108	61	
SES_Tot	Pearson Correlation	,154	,131	,213	-,167	,303	,229	1	
	Sig. (2-tailed)	,236	,314	,099	,199	,018	,076		
	N	61	61	61	61	61	61	61	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlações Parciais PSPP

Correlations

gênero	Control Variables			Func_Tot	CompDesp_Tot	AtracCorp_Tot	SaudFisic_Tot	ForcFisic_Tot	SES_Tot
feminino	AutovalFisic_Tot	Func_Tot	Correlation	1,000	,483	-,006	,254	,288	-,164
			Significance (2-tailed)	.	,000	,945	,004	,001	,064
			df	0	126	126	126	126	126
	CompDesp_Tot	CompDesp_Tot	Correlation	,483	1,000	,025	,494	,487	-,068
			Significance (2-tailed)	,000	.	,778	,000	,000	,443
			df	126	0	126	126	126	126
	AtracCorp_Tot	AtracCorp_Tot	Correlation	-,006	,025	1,000	,038	,007	,056
			Significance (2-tailed)	,945	,778	.	,671	,936	,531
			df	126	126	0	126	126	126
	SaudFisic_Tot	SaudFisic_Tot	Correlation	,254	,494	,038	1,000	,396	,012
			Significance (2-tailed)	,004	,000	,671	.	,000	,897
			df	126	126	126	0	126	126
	ForcFisic_Tot	ForcFisic_Tot	Correlation	,288	,487	,007	,396	1,000	,009
			Significance (2-tailed)	,001	,000	,936	,000	.	,919
			df	126	126	126	126	0	126
	SES_Tot	SES_Tot	Correlation	-,164	-,068	,056	,012	,009	1,000
			Significance (2-tailed)	,064	,443	,531	,897	,919	.
			df	126	126	126	126	126	0
masculino	AutovalFisic_Tot	Func_Tot	Correlation	1,000	,402	-,104	,101	,254	,000
			Significance (2-tailed)	.	,001	,428	,441	,050	,999
			df	0	58	58	58	58	58
	CompDesp_Tot	CompDesp_Tot	Correlation	,402	1,000	-,083	,411	,251	,046
			Significance (2-tailed)	,001	.	,526	,001	,053	,728
			df	58	0	58	58	58	58
	AtracCorp_Tot	AtracCorp_Tot	Correlation	-,104	-,083	1,000	,083	,099	,085
			Significance (2-tailed)	,428	,526	.	,527	,450	,520
			df	58	58	0	58	58	58
	SaudFisic_Tot	SaudFisic_Tot	Correlation	,101	,411	,083	1,000	,184	-,228
			Significance (2-tailed)	,441	,001	,527	.	,160	,079
			df	58	58	58	0	58	58
	ForcFisic_Tot	ForcFisic_Tot	Correlation	,254	,251	,099	,184	1,000	,211
			Significance (2-tailed)	,050	,053	,450	,160	.	,105
			df	58	58	58	58	0	58
	SES_Tot	SES_Tot	Correlation	,000	,046	,085	-,228	,211	1,000
			Significance (2-tailed)	,999	,728	,520	,079	,105	.
			df	58	58	58	58	58	0

Regressões

Variables Entered/Removed^a

género	Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
feminino	1	AtracCorp_Tot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
	2	ForcFisic_Tot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
	3	Func_Tot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
masculino	1	Func_Tot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
	2	AtracCorp_Tot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
	3	ForcFisic_Tot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: AutovalFisic_Tot

Model Summary

género	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
feminino	1	,470 ^a	,221	,215	2,062
	2	,584 ^b	,342	,331	1,903
	3	,624 ^c	,389	,374	1,841
masculino	1	,696 ^d	,484	,479	1,837
	2	,801 ^e	,641	,634	1,540
	3	,810 ^f	,656	,646	1,516

a. Predictors: (Constant), AtracCorp_Tot

b. Predictors: (Constant), AtracCorp_Tot, ForcFisic_Tot

c. Predictors: (Constant), AtracCorp_Tot, ForcFisic_Tot, Func_Tot

d. Predictors: (Constant), Func_Tot

e. Predictors: (Constant), Func_Tot, AtracCorp_Tot

f. Predictors: (Constant), Func_Tot, AtracCorp_Tot, ForcFisic_Tot

Independent T-test t_0 n=89

Group Statistics

	pratic a...	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SatisfL_Tot	sim	47	21,43	6,590	,961
	não	42	22,74	7,369	1,137
vida presente	sim	47	5,57	2,253	,329
	não	42	5,62	2,459	,379
PStressS_Tot	sim	47	38,68	8,462	1,234
	não	42	37,90	8,081	1,247
Func_Tot	sim	47	9,19	2,233	,326
	não	42	7,17	2,251	,347
CompDesp_Tot	sim	47	7,66	2,380	,347
	não	42	6,29	2,442	,377
AtracCorp_Tot	sim	47	7,40	2,309	,337
	não	42	7,36	2,397	,370
SaudFisic_Tot	sim	47	8,17	2,200	,321
	não	42	7,12	2,725	,420
ForcFisic_Tot	sim	47	7,74	2,373	,346
	não	42	6,81	2,671	,412
AutovalFisic_Tot	sim	47	8,47	2,302	,336
	não	42	7,95	2,316	,357
SES_Tot	sim	47	26,49	1,875	,274
	não	42	26,64	2,507	,387

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SatisfL_Tot	Equal variances assumed	,338	,562	-.887	87	,377	-1,313	1,479	-4,253	1,628
	Equal variances not assumed			-.882	82,835	,381	-1,313	1,489	-4,274	1,649
vida presente	Equal variances assumed	,734	,394	-.089	87	,929	-.045	,499	-1,037	,948
	Equal variances not assumed			-.089	83,636	,929	-.045	,502	-1,043	,954
PStressS_Tot	Equal variances assumed	,037	,847	,441	87	,660	,776	1,759	-2,721	4,273
	Equal variances not assumed			,442	86,603	,659	,776	1,755	-2,712	4,264
Func_Tot	Equal variances assumed	,039	,845	4,254	87	,000	2,025	,476	1,079	2,971
	Equal variances not assumed			4,252	85,719	,000	2,025	,476	1,078	2,971
CompDesp_Tot	Equal variances assumed	,188	,665	2,685	87	,009	1,374	,512	,357	2,391
	Equal variances not assumed			2,681	85,336	,009	1,374	,512	,355	2,393
AtracCorp_Tot	Equal variances assumed	,064	,801	,094	87	,925	,047	,499	-.945	1,039
	Equal variances not assumed			,094	85,058	,925	,047	,500	-.948	1,042
SaudFisic_Tot	Equal variances assumed	4,786	,031	2,011	87	,047	1,051	,523	,012	2,090
	Equal variances not assumed			1,987	78,836	,050	1,051	,529	-.002	2,104
ForcFisic_Tot	Equal variances assumed	,500	,481	1,749	87	,084	,935	,535	-.127	1,998
	Equal variances not assumed			1,738	82,601	,086	,935	,538	-.135	2,006
AutovalFisic_Tot	Equal variances assumed	,419	,519	1,052	87	,296	,516	,490	-.459	1,490
	Equal variances not assumed			1,052	85,765	,296	,516	,490	-.459	1,490
SES_Tot	Equal variances assumed	3,746	,056	-.329	87	,743	-.153	,466	-1,080	,773
	Equal variances not assumed			-.324	75,441	,747	-.153	,474	-1,097	,790

Independent T-test t_1 $n=89$

Group Statistics

	pratic a...	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Satisfl_Tot	sim	47	21,28	7,222	1,053
	não	42	22,12	8,232	1,270
vida presente	sim	47	6,13	2,383	,348
	não	42	5,98	2,394	,369
PStressS_Tot	sim	47	46,64	5,670	,827
	não	42	46,83	7,211	1,113
Func_Tot	sim	47	10,02	1,894	,276
	não	42	7,81	2,121	,327
CompDesp_Tot	sim	47	8,74	2,363	,345
	não	42	6,74	2,430	,375
AtracCorp_Tot	sim	47	8,64	2,427	,354
	não	42	7,48	2,725	,420
SaudFisc_Tot	sim	47	8,47	2,439	,356
	não	42	7,43	2,812	,434
ForcFisc_Tot	sim	47	8,32	2,529	,369
	não	42	7,71	2,708	,418
AutovalFisc_Tot	sim	47	9,06	2,015	,294
	não	42	8,24	2,325	,359
SES_Tot	sim	47	26,77	1,684	,246
	não	42	26,52	2,110	,326

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Satisfl_Tot	Equal variances assumed	,210	,648	-,514	87	,608	-,842	1,638	-4,098	2,413
	Equal variances not assumed			-,511	82,156	,611	-,842	1,650	-4,125	2,440
vida presente	Equal variances assumed	,126	,724	,299	87	,766	,151	,507	-,856	1,159
	Equal variances not assumed			,299	85,797	,766	,151	,507	-,857	1,160
PStressS_Tot	Equal variances assumed	,753	,388	-,143	87	,887	-,195	1,368	-2,914	2,524
	Equal variances not assumed			-,141	77,685	,888	-,195	1,386	-2,955	2,565
Func_Tot	Equal variances assumed	,274	,602	5,197	87	,000	2,212	,426	1,366	3,058
	Equal variances not assumed			5,164	82,777	,000	2,212	,428	1,360	3,064
CompDesp_Tot	Equal variances assumed	,000	,990	3,946	87	,000	2,007	,509	,996	3,017
	Equal variances not assumed			3,939	85,290	,000	2,007	,509	,994	3,019
AtracCorp_Tot	Equal variances assumed	,687	,409	2,128	87	,036	1,162	,546	,077	2,247
	Equal variances not assumed			2,114	82,685	,037	1,162	,550	,069	2,255
SaudFisc_Tot	Equal variances assumed	1,616	,207	1,867	87	,065	1,040	,557	-,067	2,146
	Equal variances not assumed			1,852	81,732	,068	1,040	,561	-,077	2,156
ForcFisc_Tot	Equal variances assumed	,019	,892	1,089	87	,279	,605	,555	-,499	1,708
	Equal variances not assumed			1,085	84,223	,281	,605	,557	-,503	1,713
AutovalFisc_Tot	Equal variances assumed	1,083	,301	1,795	87	,076	,826	,460	-,089	1,740
	Equal variances not assumed			1,780	81,707	,079	,826	,464	-,097	1,748
SES_Tot	Equal variances assumed	2,176	,144	,601	87	,549	,242	,403	-,558	1,043
	Equal variances not assumed			,594	78,340	,554	,242	,408	-,570	1,054

t1-178-pair-samp-Ttest

Paired Samples Statistics

pratica exercício físico			Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
sim	Pair 1	Satisf_L_Tot	21,43	47	6,590	,961
		Satisf_tot	23,36	47	7,756	1,131
	Pair 2	vida presente	5,57	47	2,253	,329
		vida presente	6,19	47	2,428	,354
	Pair 3	PStressS_Tot	38,68	47	8,462	1,234
		PStress_tot	46,79	47	6,554	,956
	Pair 4	Func_Tot	9,19	47	2,233	,326
		Tot_func	9,23	47	2,149	,313
	Pair 5	CompDesp_Tot	7,66	47	2,380	,347
		Tot_CompDesp	7,62	47	2,707	,395
Pair 6	AtracCorp_Tot	7,40	47	2,309	,337	
	Tot_AtracCorp	8,36	47	2,885	,421	
Pair 7	SaudFisic_Tot	8,17	47	2,200	,321	
	Tot_SaudFisic	7,36	47	2,574	,376	
Pair 8	ForcFisic_Tot	7,74	47	2,373	,346	
	Tot_ForçFisic	8,06	47	2,730	,398	
Pair 9	Autov alFisic_Tot	8,47	47	2,302	,336	
	Tot_Autov alFisic	9,04	47	2,528	,369	
Pair 10	SES_Tot	26,49	47	1,875	,274	
	RSES_Tot	26,96	47	1,641	,239	
não	Pair 1	Satisf_L_Tot	22,86	42	7,397	1,141
		Satisf_tot	19,90	42	7,308	1,128
	Pair 2	vida presente	5,57	42	2,431	,375
		vida presente	5,81	42	2,244	,346
	Pair 3	PStressS_Tot	38,21	42	8,215	1,268
		PStress_tot	46,86	42	6,230	,961
	Pair 4	Func_Tot	7,19	42	2,287	,353
		Tot_func	8,74	42	2,440	,377
	Pair 5	CompDesp_Tot	6,36	42	2,507	,387
		Tot_CompDesp	8,10	42	2,458	,379
Pair 6	AtracCorp_Tot	7,40	42	2,410	,372	
	Tot_AtracCorp	7,79	42	2,290	,353	
Pair 7	SaudFisic_Tot	7,17	42	2,775	,428	
	Tot_SaudFisic	8,64	42	2,583	,399	
Pair 8	ForcFisic_Tot	6,83	42	2,695	,416	
	Tot_ForçFisic	8,17	42	2,408	,372	
Pair 9	Autov alFisic_Tot	8,07	42	2,341	,361	
	Tot_Autov alFisic	8,31	42	1,732	,267	
Pair 10	SES_Tot	26,60	42	2,499	,386	
	RSES_Tot	26,26	42	2,084	,322	

Paired Samples Correlations

pratica exercício físico			N	Correlation	Sig.
sim	Pair 1	Satisf_L_Tot & Satisf_tot	47	,065	,666
	Pair 2	vida presente & vida presente	47	,222	,134
	Pair 3	PStressS_Tot & PStress_tot	47	-,145	,329
	Pair 4	Func_Tot & Tot_func	47	-,132	,377
	Pair 5	CompDesp_Tot & Tot_CompDesp	47	-,014	,926
	Pair 6	AtracCorp_Tot & Tot_AtracCorp	47	,304	,038
	Pair 7	SaudFisic_Tot & Tot_SaudFisic	47	-,053	,722
	Pair 8	ForcFisic_Tot & Tot_ForçFisic	47	-,051	,733
	Pair 9	Autov alFisic_Tot & Tot_Autov alFisic	47	-,123	,410
	Pair 10	SES_Tot & RSES_Tot	47	,113	,450
não	Pair 1	Satisf_L_Tot & Satisf_tot	42	,059	,711
	Pair 2	vida presente & vida presente	42	-,100	,527
	Pair 3	PStressS_Tot & PStress_tot	42	-,051	,747
	Pair 4	Func_Tot & Tot_func	42	-,262	,094
	Pair 5	CompDesp_Tot & Tot_CompDesp	42	-,117	,462
	Pair 6	AtracCorp_Tot & Tot_AtracCorp	42	-,077	,629
	Pair 7	SaudFisic_Tot & Tot_SaudFisic	42	,036	,822
	Pair 8	ForcFisic_Tot & Tot_ForçFisic	42	-,131	,409
	Pair 9	Autov alFisic_Tot & Tot_Autov alFisic	42	-,114	,473
	Pair 10	SES_Tot & RSES_Tot	42	-,134	,399

Paired Samples Test

			Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
			Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower	Upper			
pratica exercicio físico										
sim	Pair 1	Satisf_L_Tot - Satisf_tot	-1,936	9,848	1,436	-4,828	,955	-1,348	46	,184
	Pair 2	vida presente - vida presente	-,617	2,923	,426	-1,475	,241	-1,447	46	,155
	Pair 3	PStressS_Tot - PStress_tot	-8,106	11,433	1,668	-11,463	-4,750	-4,861	46	,000
	Pair 4	Func_Tot - Tot_func	-,043	3,297	,481	-1,010	,925	-,088	46	,930
	Pair 5	CompDesp_Tot - Tot_CompDesp	,043	3,629	,529	-1,023	1,108	,080	46	,936
	Pair 6	AtracCorp_Tot - Tot_AtracCorp	-,957	3,099	,452	-1,867	-,047	-2,118	46	,040
	Pair 7	SaudFisic_Tot - Tot_SaudFisic	,809	3,474	,507	-,212	1,829	1,595	46	,117
	Pair 8	ForcFisic_Tot - Tot_ForcFisic	-,319	3,707	,541	-1,408	,769	-,590	46	,558
	Pair 9	Autov alFisic_Tot - Tot_Autov alFisic	-,574	3,622	,528	-1,638	,489	-1,087	46	,283
	Pair 10	SES_Tot - RSES_Tot	-,468	2,348	,343	-1,158	,221	-1,366	46	,178
não	Pair 1	Satisf_L_Tot - Satisf_tot	2,952	10,087	1,557	-,191	6,096	1,897	41	,065
	Pair 2	vida presente - vida presente	-,238	3,470	,535	-1,319	,843	-,445	41	,659
	Pair 3	PStressS_Tot - PStress_tot	-8,643	10,562	1,630	-11,934	-5,352	-5,303	41	,000
	Pair 4	Func_Tot - Tot_func	-1,548	3,756	,580	-2,718	-,377	-2,670	41	,011
	Pair 5	CompDesp_Tot - Tot_CompDesp	-1,738	3,709	,572	-2,894	-,582	-3,037	41	,004
	Pair 6	AtracCorp_Tot - Tot_AtracCorp	-,381	3,450	,532	-1,456	,694	-,716	41	,478
	Pair 7	SaudFisic_Tot - Tot_SaudFisic	-1,476	3,724	,575	-2,637	-,316	-2,569	41	,014
	Pair 8	ForcFisic_Tot - Tot_ForcFisic	-1,333	3,842	,593	-2,531	-,136	-2,249	41	,030
	Pair 9	Autov alFisic_Tot - Tot_Autov alFisic	-,238	3,067	,473	-1,194	,718	-,503	41	,618
	Pair 10	SES_Tot - RSES_Tot	,333	3,462	,534	-,745	1,412	,624	41	,536

Correlações de Pearson (feminino+masculino)

Correlations

		Func_Tot	CompDesp_Tot	AtracCorp_Tot	SaudFisic_Tot	ForcFisic_Tot	AutovalFisic_Tot	SES_Tot
Func_Tot	Pearson Correlation	1	,518**	,316**	,315**	,484**	,548**	,038
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,603
	N	237	237	237	237	237	237	190
CompDesp_Tot	Pearson Correlation	,518**	1	,199**	,483**	,504**	,360**	,072
	Sig. (2-tailed)	,000		,002	,000	,000	,000	,321
	N	237	237	237	237	237	237	190
AtracCorp_Tot	Pearson Correlation	,316**	,199**	1	,186**	,312**	,564**	,194**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002		,004	,000	,000	,007
	N	237	237	237	237	237	237	190
SaudFisic_Tot	Pearson Correlation	,315**	,483**	,186**	1	,419**	,263**	,001
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,004		,000	,000	,985
	N	237	237	237	237	237	237	190
ForcFisic_Tot	Pearson Correlation	,484**	,504**	,312**	,419**	1	,499**	,195**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,007
	N	237	237	237	237	237	237	190
AutovalFisic_Tot	Pearson Correlation	,548**	,360**	,564**	,263**	,499**	1	,258**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	237	237	237	237	237	237	190
SES_Tot	Pearson Correlation	,038	,072	,194**	,001	,195**	,258**	1
	Sig. (2-tailed)	,603	,321	,007	,985	,007	,000	
	N	190	190	190	190	190	190	190

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlações Parciais (feminino+ masculino)

Correlations

Control Variables			Func_Tot	CompDesp_Tot	AtracCorp_Tot	SaudFisic_Tot	ForcFisic_Tot	SES_Tot
AutovalFisic_Tot	Func_Tot	Correlation	1,000	,459	-,011	,214	,288	-,113
		Significance (2-tailed)		,000	,883	,003	,000	,121
		df	0	187	187	187	187	187
CompDesp_Tot	CompDesp_Tot	Correlation	,459	1,000	,010	,474	,415	-,026
		Significance (2-tailed)	,000		,889	,000	,000	,723
		df	187	0	187	187	187	187
AtracCorp_Tot	AtracCorp_Tot	Correlation	-,011	,010	1,000	,068	,055	,066
		Significance (2-tailed)	,883	,889		,352	,453	,365
		df	187	187	0	187	187	187
SaudFisic_Tot	SaudFisic_Tot	Correlation	,214	,474	,068	1,000	,334	-,063
		Significance (2-tailed)	,003	,000	,352		,000	,390
		df	187	187	187	0	187	187
ForcFisic_Tot	ForcFisic_Tot	Correlation	,288	,415	,055	,334	1,000	,076
		Significance (2-tailed)	,000	,000	,453	,000		,296
		df	187	187	187	187	0	187
SES_Tot	SES_Tot	Correlation	-,113	-,026	,066	-,063	,076	1,000
		Significance (2-tailed)	,121	,723	,365	,390	,296	
		df	187	187	187	187	187	0

Regressões (feminino+masculino)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,564 ^a	,318	,315	2,008
2	,685 ^b	,470	,465	1,774
3	,712 ^c	,506	,500	1,715

a. Predictors: (Constant), AtracCorp_Tot

b. Predictors: (Constant), AtracCorp_Tot, Func_Tot

c. Predictors: (Constant), AtracCorp_Tot, Func_Tot, ForcFisic_Tot