



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO  
E EDUCAÇÃO FÍSICA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**DÁRIO NUNO ELIAS CATARINO**

**PERCEÇÃO E SATISFAÇÃO COM O BEM-ESTAR E A QUALIDADE DE VIDA  
EM IDOSOS DO SEXO MASCULINO**

**COIMBRA**

**2011**

**DÁRIO NUNO ELIAS CATARINO**

**PERCEÇÃO E SATISFAÇÃO COM O BEM-ESTAR E A QUALIDADE DE VIDA**

**ESTUDO COMPARATIVO EM IDOSOS DO SEXO MASCULINO  
ACTIVOS VS SEDENTÁRIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra com vista à obtenção do grau de mestre em Exercício e Saúde para Populações Especiais.

**Orientador: Professor Doutor José Pedro  
Ferreira**

**COIMBRA**

**2011**

Catarino, D. N. E (2011). *Percepção e Satisfação com o Bem-Estar e a Qualidade de Vida - Estudo comparativo em idosos do Sexo Masculino Activos Vs Sedentários*.  
Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do desporto e Educação Física da  
Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

## RESUMO

Vários têm sido os estudos desenvolvidos ao longo dos anos sobre o envelhecimento da população e sobre a melhor maneira de envelhecer ou seja melhor qualidade de vida nos idosos. Caracterizar o Bem-Estar e a Qualidade de Vida dos idosos do ponto de vista dos próprios foi o objectivo deste estudo. Para isso comparámos idosos praticantes e não praticantes de Actividade Física. A bateria de questionários foi distribuída no distrito de Leiria, mais propriamente nos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos. Com o objectivo de verificar as diferenças entre os grupos estudados recorremos ao SPSS, e usamos o *t-test* na nossa amostra que compreendeu 150 idosos, 79 praticantes de Actividade Física e 71 sedentários. Com os resultados obtidos neste estudo, podemos verificar que existem diferenças entre os dois grupos estudados, muitas delas estatisticamente significativas. Conclui-se que os idosos que praticam Actividade Física apresentam melhores resultados relativamente ao Bem-Estar Subjectivo, à Auto-Estima Global e à Auto-percepção Física.

**Palavra Chave:** Idosos. Exercício Físico. Bem-Estar Subjectivo. Envelhecimento.

## ABSTRACT

Many studies have been developed over the years about the aging of population and the way to get old or better quality of life in elderly. Characterize the Well-Being and Quality of Life of older people in terms of their own was the purpose of this study. For that, we compared elderly active and sedentary. The battery of questionnaires was distributed in the district of Leiria, more specifically in the municipalities of Alcobaça, Caldas da Rainha and Óbidos. With the order to verify the differences between the groups, we resorted to SPSS and we used t-tes in our sample that comprised 150 elderly, 79 practitioners of physical activity and 71 sedentary. With the results from this study, we can see that there are differences between the two groups, many of them statistically significant. We conclude that older people who practise ophysical activity have better results for the Subjective Well-Being, the Self-Esteem and the Physical Self-Perception.

**Keywords: Elderly. Physical Exercise. Subjective Well-Being. Aging Process**

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da Proporção da População da População Idosa, 1960-2050

Gráfico 2 – Valores Descritivos da variável independente Prática de Exercício Físico

Gráfico 3 - Valores Descritivos da variável independente Estado Civil

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores descritivos da Variável Independente Frequência da Actividade Física por semana

Tabela 2 – Valores descritivos da variável independente Grau de Escolaridade

Tabela 3 – Valores descritivos da variável independente Profissão

Tabela 4 – Valores descritivos da variável independente Idade - Grupo Etário

Tabela 5 - Média de idades dos Idosos Praticantes/Sedentários

Tabela 6 – Valor Descritivo da Variável Independente – Horas de Sono

Tabela 7 – Valores Descritivos das Variáveis Dependentes

Tabela 9: Consistência interna – *Alpha* de Cronbach

Tabela 8: Análise das Componentes – Método da Rotação

Tabela 10: Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial

Tabela 11: Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial – retirado Auto-Valorização Física

Tabela 12: Regressões

Tabela 13: Bem-Estar Subjectivo em função do Grupo Etário

Tabela 14: Bem-Estar Subjectivo, Auto-Estima Global e Auto-Conceito Físico em função da prática de Exercício Físico.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INE – Instituto Nacional de Estatística

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ACSM – *American College of Sports Medicine*

PSPP-VCR – *Physical Self-Perception Scale* – Versão Clínica Reduzida

PSS – *Perceived Stress Scale*

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Resumo.....   | II  |
| Abstract.....   | III |
| I. Introdução .....   | 9   |
| 1. Identificação do Problema .....                                    | 11  |
| 1.1. Pertinência do Estudo .....                                      | 11  |
| 1.2. Formação das Hipóteses .....                                     | 11  |
| 1.3. Organização do Trabalho .....                                    | 13  |
| II. Revisão da Literatura .....                                       | 14  |
| 1. Envelhecimento .....   | 14  |
| 1.1. Enquadramento Geral .....  | 14  |
| 1.2. Compreendendo o fenómeno do envelhecimento .....                 | 15  |
| 1.3. Aspectos fisiológicos do envelhecimento .....                    | 18  |
| 1.4. Aspectos psicológicos do envelhecimento .....                    | 19  |
| 1.5. Aspectos sociais do envelhecimento.....                          | 22  |
| 1.6. O processo de envelhecimento em Portugal .....                   | 24  |
| 1.7. Actividade física e envelhecimento .....                         | 28  |
| 2. Actividade física: Benefícios para a saúde/qualidade de vida ..... | 31  |
| 4.1. Benefícios fisiológicos .....                                    | 32  |
| 4.2. Benefícios psicológicos .....                                    | 33  |
| 3. Bem-Estar Subjectivo .....   | 34  |
| 4. Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjectivo .....                     | 38  |
| 5. Bem-Estar Subjectivo e Actividade Física .....                     | 40  |
| 6. Auto-Conceito .....  | 42  |
| 7. Auto-Estima .....  | 43  |
| 8. Auto-Conceito, Auto-Estima e Actividade física.....                | 45  |
| III. Metodologia .....  | 49  |
| 1. Caracterização da amostra .....                                    | 49  |
| 2. Caracterização das variáveis em estudo .....                       | 49  |
| 2.1. Variáveis Independentes.....                                     | 49  |

|   |    |
|---|----|
| 2.2. Variáveis Dependentes .....                                  | 50 |
| 3. Instrumentos de medida .....                                   | 50 |
| 3.1. Caracterização dos instrumentos de medida .....              | 51 |
| 3.1.1. Questionário de avaliação do bem-estar subjectivo.....     | 51 |
| 3.1.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg .....                   | 53 |
| 3.1.3. Perfil de Auto-Percepção Física PSPP-VCR (Fox & Corbin) .. | 54 |
| 4. Procedimentos.....   | 56 |
| 5. Análise e tratamento dos dados do estudo.....                  | 57 |
| IV. Apresentação dos Resultados .....                             | 58 |
| 1. Análise descritiva .....                                       | 58 |
| 1.1. Variáveis Independentes .....                                | 58 |
| 1.2. Variáveis Dependentes .....                                  | 63 |
| 2. Análise Factorial Exploratória .....                           | 65 |
| 3. Análise da Consistência Interna do Instrumento.....            | 66 |
| 4. Estrutura Hierárquica do Instrumento .....                     | 67 |
| 5. Regressões.....  | 70 |
| 6. Estatística Inferencial .....                                  | 71 |
| V. Discussão dos Resultados.....                                  | 73 |
| VI. Conclusões .....  | 80 |
| VII. Limitações.....  | 83 |
| VIII. Sugestões Futuras .....                                     | 84 |
| IX. Bibliografia .....  | 85 |
| X. Anexos.....  | 94 |

## CAPITULO I - INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento da população é sentido no nosso país, com relevante acentuação nas últimas duas épocas, bem como em todo o mundo. Este fenómeno deve-se ao envelhecimento demográfico de todas as populações, verificando-se cada vez mais uma redução da taxa de natalidade e um aumento da esperança de vida, o que faz com que exista um aumento crescente da população idosa. Segundo informações da Organização das Nações Unidas (ONU), prevê-se que entre 2000 e 2050 a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, em todo o mundo, aumente dos 10% actuais para os 22%. Segundo a OMI, no mundo inteiro, o número de pessoas com 65 anos de idade ou mais está a crescer mais rapidamente que antes. A maioria desse incremento acontece nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos a percentagem de pessoas de 65 anos ou mais aumentou de 4% em 1900 para cerca de 13% em 1998. Em 1990, somente cerca de 3 milhões de cidadãos atingiram 65 anos. Em 1998, o número de idosos aumentou para cerca de 34 milhões. Segundo Wetzel (2002), o número de idosos está a crescer no mundo porque também mais crianças atingem a idade adulta.

A sociedade portuguesa também sente os efeitos do envelhecimento. A população idosa constitui um grupo importante na nossa sociedade, visto que em 1960 representava 8% da população actual e em 2001 16,5% (Carrilho & Patrício, 2006) o que representa algo de muito significativo.

Esta evolução resulta, de certo modo, dos avanços da tecnologia e de novos meios terapeuticos existentes nos dias de hoje que permitem prevenir a doença e promover a saúde, prolongando os anos de vida, dando mais vida aos anos. Tal como refere Almada et al. (1994), “não podemos ignorar o processo evolutivo da sociedade.”

Com o avançar dos anos, o Homem sofre várias alterações no organismo, alterações que podem ser desde psicológicas a anatomofisiológicas, que vão condicionar uma vida indesejável e contribuir para um declínio do estado de saúde de um idoso, aparecendo doenças, diminuindo a capacidade funcional, limitando a autonomia e como consequência diminuindo a qualidade de vida. É aí que surge a

necessidade de promover a saúde nesta população, que tem como objectivo aumentar o impacto sobre a saúde, desenvolvendo estratégias para a promoção da saúde. A actividade física deverá funcionar como estratégia para a promoção da saúde no idoso. A prática da actividade física previne o aparecimento das alterações fisiológicas e psicológicas, interferindo no bem-estar do indivíduo. A actividade física beneficia todos os indivíduos independentemente da idade, do sexo ou da raça. A sua realização permite que o envelhecimento aconteça de uma forma mais equilibrada e harmoniosa, permitindo ao indivíduo a manutenção das suas capacidades funcionais.

Apesar de todos os benefícios físicos, sociais e psicológicos que a prática da actividade física possa oferecer, nem todas as pessoas aderem a programas de actividade física. A inactividade é uma escolha por parte de muitas pessoas. O conceito actual de saúde, tal como é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), enquadra-se numa perspectiva em que inclui a vida em relação com os outros e com o ambiente. Ser saudável não depende apenas de uma escolha individual, mas é também reflexo do envolvimento familiar, laboral e também da vida em comunidade. Por outro lado, o estilo de vida actual, como resultado do desenvolvimento e utilização de novas tecnologias na vida quotidiana, faz com que o Homem contemporâneo utilize cada vez menos as suas potencialidades corporais, tornando-se sedentário. O sedentarismo é um factor de risco com a mesma importância do tabagismo ou da alimentação (OMS, 2003). Vários estudos associam-no às maiores causas de morte e à mortalidade (Mota et al., 1999; Blair et al., 1989; Paffenbarger et al., 1988; Paffenbarger et al., 1986). Como forma de minimizar os efeitos nefastos do sedentarismo, a OMS, reconhece a importância da actividade física para a saúde (física, mental e social, capacidade funcional e bem-estar) apontando-a como um factor de primordial importância na saúde pública, e conduzindo 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 no sentido de diminuir a despesa pública associada às despesas médicas.

Mas, como refere Vieira (2005), “temos que nos convencer que a saúde não advém apenas do exercício físico, mas também da paz de consciência”. A qualidade de vida depende da saúde física, do bem-estar psicológico e da satisfação social e espiritual. Segundo Carvalho (1989), torna-se fundamental a prática regular e

orientada da actividade física em todas as faixas etárias, pois para além das melhorias em termos físico e motores, proporciona também benefícios em termos sociais e psicológicos como podemos verificar em diversos estudos.

## **1.2. Identificação do Problema**

O presente estudo questiona a relação entre a prática de exercício físico em idosos do sexo masculino e as variáveis do Bem-Estar Subjectivo e Qualidade de Vida.

## **1.3. Pertinência do estudo**

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, uma vez que no nosso país existem poucos estudos publicados nesta área.

## **1.4. Formulação das Hipóteses**

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

Paralelamente, este estudo pretende avaliar a percepção e satisfação com o Bem-Estar e a Qualidade de Vida em idosos do sexo masculino activos/sedentários.

Este estudo reporta-se ao Bem-Estar Subjectivo. Devido à complexidade deste 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 Presente, Percepção de Stress, Auto-Estima Global e Auto-percepção Física, que por sua vez se subdivide em Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Saúde Física, Força Física e Auto-Valorização Física.

Pretendemos com o presente estudo confirmar as seguintes hipóteses:

1H<sub>0</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida em Geral;

1H<sub>1</sub> – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida em Geral;

2H<sub>0</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida Presente;

2H<sub>1</sub> – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida Presente;

3H<sub>0</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Percepção de Stress;

3H<sub>1</sub> - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Percepção de Stress;

4H<sub>0</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Auto-Estima Global;

4H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Auto-Estima Global;

5H0 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Auto-Valorização Física;

5H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Auto-Valorização Física;

6H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Grupo Etário e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo;

6H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Grupo Etário e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo.

### **1.5. Organização do Trabalho**

O presente trabalho está organizado com a seguinte estrutura: Capítulo I é uma introdução ao tema, o capítulo II diz respeito à revisão da literatura onde explora e aprofunda os diversos temas, que vai desde o fenómeno do envelhecimento, até à Actividade Física, Auto-conceito e Auto-estima. O capítulo III faz referência à metodologia aplicada para a recolha de dados. Os capítulos IV, V e VI são referentes à apresentação, discussão dos resultados e suas conclusões. No capítulo VII e VIII são identificadas as possíveis limitações do estudo e feitas sugestões para futuros estudos.

## CAPITULO II - REVISÃO DA LITERATURA

### 1. Envelhecimento

#### 1.1 Enquadramento Geral

Inúmeras investigações estão direccionadas a conhecer mais profundamente os complexos mecanismos que regem o processo de envelhecimento. Até mesmo a sabedoria popular acumulou inúmeras observações sobre a velhice.

Entre os termos mais utilizados para especificar o indivíduo envelhecido, podemos citar: idoso, ancião, velho, pessoa de idade avançada ou pessoa da terceira idade. Embora todos estes termos descritos sejam adoptados, utilizaremos nesta investigação o termo “idoso”, por entendermos que esta é a palavra que melhor se enquadra. Com relação à cronologia, seguiremos a classificação adoptada pela OMS (1994), que define como idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais, e vive em países desenvolvidos.

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida. Como definir o envelhecimento demográfico? A população desencadeia o fenómeno do envelhecimento demográfico quando a sua dinâmica se caracteriza pelo aumento da importância das pessoas idosas no total da população.

Pode existir envelhecimento numa situação em que diminuam os idosos (pessoas com 65 ou mais anos), sendo apenas necessário que as outras classes etárias diminuam mais, para que a proporção de idosos no total da população tomando uma pirâmide cuja base são os jovens e o topo são os idosos. O aumento sustentado de nascimentos pode desacelerar o envelhecimento e provocar mesmo um rejuvenescimento na base e no topo da pirâmide. Se este acréscimo de natalidade é insuficiente para travar o envelhecimento, está-se perante uma situação de rejuvenescimento na base e envelhecimento no topo. O rejuvenescimento de

uma população, ou seja, a diminuição da população idosa pode ser acompanhado da baixa da importância relativa da população jovem desde que a da população em idade activa aumente.

Durante muito tempo considerou-se que a causa do envelhecimento residia exclusivamente na baixa da mortalidade. No entanto, reconhece-se hoje que o declínio da fecundidade e os fluxos migratórios, internos e externos, têm um papel mais preponderante no processo do envelhecimento. A primeira, com efeitos directos na dimensão dos efectivos mais jovens, os segundos, com consequência directa e imediata na estrutura etária da população, sobretudo em idade activa, e indirecta, pelas transferências de nascimentos que originam.

## **1.2. Compreendendo o Fenómeno do Envelhecimento**

Hayflick (1997) observa que não é tarefa fácil delimitar quando uma pessoa se torna idosa, pois não existem marcadores biológicos capazes de mensurar com exactidão o que é envelhecimento por idade ou envelhecimento patológico.

Entretanto, Vieira & Ramos (1996) delimitam e relatam os factores que se relacionam às dimensões social, psicológica e biológica do envelhecer. Essas dimensões, atribuídas ao significado da velhice, têm sido demonstradas pelos autores, que afirmam ser esse um processo que não se traduz apenas. Num simples aumento do tempo de vida. Esses e outros autores analisam a velhice não como um facto estático, mas como um resultado e o prolongamento de um processo que se inicia ao nascer e se prolonga até a morte (Langlois, 1992).

Nesta óptica, percebemos que tais mudanças deverão ser compreendidas como um fenómeno do processo de vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade são marcadas por mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas, associadas à passagem do tempo.

As características mais comuns, que são utilizadas para definir o envelhecimento, podem ser resumidas segundo os seguintes indicadores apresentados por Langlois (1992):

- **Universalidade:** refere-se a que todos os indivíduos da espécie devem experimentar este fenómeno. Esta é uma das características que distinguem o envelhecimento da enfermidade, especialmente daquelas que estão associadas à velhice:

- **Irreversibilidade:** indica que, uma vez produzida, a mudança não retrocede, não desaparece. O processo de envelhecimento pode, sim, acelerar ou retardar; porém, até aos dias de hoje, e com base neste autor, não é possível alterar as mudanças produzidas pelo processo de envelhecimento;

- **Cumulatividade:** as consequências do processo vão-se somando umas às outras no tempo até alcançar o efeito final;

- **Sequencialidade:** o que está a acontecer hoje é uma consequência do que aconteceu no passado e causa do que acontecerá no futuro.

Encontramos, todavia, na obra de Novaes (2000), uma relação de factores que são considerados pelo autor como contradições dos actuais “mitos” do envelhecimento. Ele discute que um processo cronológico e universal do envelhecimento contrasta com a vitalidade que encontramos em muitos idosos e na singularidade das suas condutas. A velhice envolve um processo fisiológico, onde o ritmo e o declínio de determinadas funções orgânicas variam de um órgão a outro, como também entre idosos da mesma idade (Netto, 1996).

Segundo Berguer & Mailloux-Poirier, (1996), “o envelhecimento orgânico não é homogéneo. Alguns tecidos não envelhecem, outros renovam-se constantemente e outros, finalmente, nunca se renovam”. Os autores consideraram que certos idosos, por vezes, parecem mais velhos que a sua idade biológica, enquanto, com outros, acontece exactamente o contrário. Afirmam ainda que as modificações fisiológicas normais podem mascarar ou dissimular certos sintomas de doença, o que erradamente leva o envelhecimento a ser considerado como um fenómeno patológico.

Segundo os mesmos autores; o processo de senescência, não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico actualmente conhecido. Esta concepção errada da senescência como doença evitável está na origem de todas as pesquisas que visam descobrir a fonte da juventude. A senescência é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. Não é, pois, uma doença, mas pode levar a uma quantidade de infecções, porque caracteriza-se pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. A senescência é um processo natural e não é sinónimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, de facto muitas vezes associadas à velhice, mas que tem origem em disfunções orgânicas (Berguer & Mailloux-Poirier, 1996).

Desta forma, o envelhecimento impõe mudanças que variam de indivíduo para indivíduo, mas seguindo sempre um processo inevitável aos dias de hoje, e que exige quase sempre algum tipo de adaptação de quem o vivencia.

Esta adaptabilidade envolve, segundo Fonseca (1998), um conjunto de modificações, quer somáticas, quer psíquicas, quer afectivas, quer psicomotoras, que mergulham em atitudes ambíguas e por vezes contraditórias quanto ao comportamento e atitudes de alguns idosos, que faz deste um momento único, pessoal e intransferível.

Rocabruno & Prieto (1992), descrevem esse processo como sendo um momento de rápida transição demográfica e epidemiológica. As altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas foram substituídas por outras em que predominavam óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas ou outras doenças crónico-degenerativas. Segundo este autor, as condições mais saudáveis levam à diminuição das mortes por doenças infecciosas, permitindo maior sobrevivência dos indivíduos até idades mais avançadas, aumentando a incidência e a prevalência das chamadas doenças crónico-degenerativas. Aliado a este processo, a diminuição das taxas de fecundidade causa alteração da estrutura etária da população, com uma maior proporção de indivíduos a chegar rapidamente à velhice, contribuindo assim para o envelhecimento populacional. Esse processo é conhecido como "transição demográfica".

As pessoas idosas, que por motivos diversos não conseguem encontrar novas formas de conviver com estas transformações, e não constroem uma adaptabilidade, por vezes necessária para uma melhor convivência social e familiar, acabam limitando suas possibilidades de comunicação e expressão, o que poderá gerar algum tipo de alteração na forma como vê e sente o seu corpo, ou seja, na sua imagem corporal.

### **1.3. Aspectos Fisiológicos do Envelhecimento**

A sequência dos eventos ou mudanças relacionadas ao envelhecimento é a mesma para todos; entretanto, a velocidade desta progressão dependerá de diferenças individuais e experiências psicológicas, sociais e culturais vividas pelo sujeito. Alguns marcadores extrínsecos são bem típicos e bastante visíveis, tais como: redução de massa corporal magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros.

Outros marcadores, intrínsecos ou invisíveis, também compõem esse quadro de mudanças e, segundo Fonseca (1998), se complementam, ao afirmar que os discos intervertebrais desidratam-se, o tônus de suporte enfraquece, os defeitos de atitude aumentam, a mobilidade cresce, a pele perde o tecido adiposo, o colágeno perde elasticidade, a coordenação e a força e a melodia cinestésica desagregam-se, a respiração torna-se mais superficial, o cérebro menos oxigenado, a memória em curto prazo esvaece, a mobilidade cardiovascular reduz-se, a pressão arterial aumenta... Eis os sinais da passagem do tempo, mesmo que indesejados, surgem no decurso natural do processo do envelhecimento.

Observamos que, num dado momento, essas mudanças caracterizam o processo de envelhecimento primário, como sendo uma sequência de perdas fisiológicas. Entretanto, para algumas pessoas esse momento pode ser percebido como um processo de decadência, e a situação tende a agravar-se caso o envelhecimento seja primário ou secundário. Durante muito tempo o envelhecimento

foi percebido como um fenómeno patológico relacionado ao desgaste do organismo e às sequelas das doenças ocorridas em fases anteriores à velhice.

Mas, segundo Berguer & Mailloux–Poirier (1996). “O processo de senescência não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico actualmente conhecido; entretanto, pode levar a uma quantidade de afecções, porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. Mais cedo ou mais tarde, para todos os indivíduos, o equilíbrio homeostático desregula-se. Os problemas aparecem principalmente em momentos de stress fisiológico, porque o organismo já não apresenta as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais”.

Os mesmos autores relatam que “sinal mais evidente de senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente”, e que essa possibilidade tende a se acentuar com a idade e com as afecções crónicas.

#### **1.4. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento**

Quase sempre em estudos e pesquisas, o envelhecimento foi abordado como uma questão biológica. Geralmente os tratados e propostas terapêuticas sobre o assunto se circunscrevem à área médica, sendo inclusive dado um grande destaque às tentativas de retardar a velhice, prolongar a vida ou, pelo menos, garantir que as pessoas pudessem envelhecer com mais saúde.

Grande parte dos estudos desenvolvidos na área da gerontologia revela-nos que as investigações que buscam a compreensão das mudanças psicológicas dos sujeitos idosos concentram-se nas perdas e declínios das potencialidades que acontecem durante a vida. Na perspectiva de Novaes (2000), essa trajetória vital representa uma gama de experiências que são orientadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo. É evidente que a relação desses eventos e das circunstâncias que permeiam esse trajecto sofre

uma forte influência do meio, somos inquestionavelmente frutos de heranças genéticas, mas também sociais e culturais, que vão a cada momento influenciar as nossas opções de vida.

Sem dúvida que, para o autor, envelhecer é construir este caminho a partir destes frutos, não existindo neste processo um caminho já traçado. Pelo contrário, envelhecer é pisar permanentemente novos caminhos, confrontando com novas exigências, devendo inclusive renunciar a uma certa forma de continuidade, sobretudo biológica, e desenvolver atitudes psicológicas que o levem a superar dificuldades e conflitos integrando limites e possibilidades (Novais, 2000).

Desta maneira o envelhecer implica fazer elaborações sociais para superar tais dificuldades. E esta fase não pode, ser constituída e definida apenas como uma etapa “naturalizada” do curso da vida, mas sim, em vivências permanentemente construídas. Essas dificuldades, quando superadas pelo idoso, acabam por gerar os modelos de bem viver. É comum encontrarmos a expressão “velhice bem sucedida”, no meio gerontológico, como sendo uma consequência de um nível óptimo de bem-estar e satisfação psicológica apresentados pelo indivíduo.

Segundo Neri (2001), o que pode ser denominado envelhecimento saudável ou velhice bem sucedida deverá vir esclarecido com alguns termos que são essenciais, pois diz que o termo “velhice bem sucedida” está associado a uma importante mudança, e a expressão consiste em considerar a velhice e o envelhecimento não mais como sinónimos de doença e inactividade.

Pela importância e particularidade dos factores que envolvem essa questão, é preciso compreender que ser idoso e ser saudável pode estar relacionado à eficácia e à competência para levar a termo os projectos de vida e ainda a ter uma percepção da realidade e a comprometer-se com outros projectos além do seu, ou seja, interagir com o meio (Neri, 2001). Um envelhecimento bem sucedido, portanto, é aquele em que o sujeito continua em constante estado de experimentação, fazendo as suas próprias escolhas e a ocupar um lugar na sociedade com qualidade de vida.

Complementando o exposto, Lawton (1991) diz que um modelo de qualidade de vida pode ser compreendido através dos seguintes factores:

1 - Condições ambientais: está relacionada ao habitat do sujeito e ao seu comportamento. O ambiente oferecido ao idoso deve oferecer condições de uso adequadas, tais como acesso facilitado, conforto, segurança, variabilidade e estética. Incluindo as adaptações construtivas nas organizações urbanas e nas residências;

2 - Qualidade de Vida Subjectiva: refere-se à avaliação que cada sujeito faz sobre o seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Os seus indicadores mais expressivos são: saúde percebida, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição, senso de Auto-Eficácia nos domínios físico e cognitivo;

3 - Bem-Estar Subjectivo: diz respeito à avaliação pessoal e privada sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. Relacionam-se à emoção e à cognição;

4 - Competência Comportamental: encontra na avaliação funcional do sujeito um dos itens relacionados à sua competência para actividades de vida diária.

Existem hoje muitas escalas disponíveis e apresentam alto grau de fiabilidade na avaliação funcional dos idosos. Desta forma, estes factores psicológicos, sociais e fisiológicos no processo de envelhecimento são fundamentais ao bem-estar e passam a ser elementos cada vez mais indissociáveis. O modo como as pessoas se comportam pode ser um indicio dos seus desejos de mudanças ou de se adaptar às situações.

Se o sentido da velhice for positivo e realista, o sujeito poderá rever os seus objectivos, aceitar as mudanças, inclusive as corporais, prevenir doenças, modificar o estilo de vida, estabelecer novas metas e, assim, contribuir para o aumento da qualidade de vida nesta e noutras fases da vida.

## 1.5. Aspectos Sociais do Envelhecimento

Cada um avalia e percebe o processo de envelhecimento a seu modo, com base nas suas próprias percepções, evocando vivências e situações passadas ou presentes tidas com pessoas mais velhas. No entanto, a velhice não deve ser contextualizada isoladamente, mas na diversidade das relações socioculturais, o que faz com que a representação social do idoso esteja sujeita a preconceitos, estigmas e estereótipos sociais.

É importante referir que o culto mediático, da chamada “terceira idade”, salienta o lado mais positivo da velhice, o que representa uma visão parcial deste fenómeno, válida também para o processo inverso, no caso das interpretações dramáticas e pessimistas desta fase da vida. Segundo Novaes (2000), a complexificação do mundo contemporâneo leva à necessidade de preparar as pessoas de mais idade a adoptarem comportamentos compatíveis com as causas e exigências sociais. Normalmente as características atribuídas pela sociedade aos idosos relacionam-se à perda gradual da força física, a diminuição da auto-estima, falta de confiança, sentimento de impotência, conformismo diante das perdas, sentimento de abandono e solidão. Geralmente são os clichés dessas representações que reforçam para os mais jovens a imagem ameaçadora da velhice. O mesmo autor ainda argumenta que, o importante é não se deixar levar por tais modelos, procurando sempre significar essa idade nos vários contextos sócio culturais, pois as relações desses modos do pensamento social levam a compreender melhor a identidade dos velhos através das relações interpessoais, bem como das influências mútuas entre idosos e não idosos.

O ser humano é um ser social. Pellicer (1994), diz que não haveria o que discutir numa constatação tão óbvia, se o óbvio não fosse tão intrigante para o conhecimento científico” Ele relata que é impreciso o ponto exacto em que o homem, na sua evolução, tenha passado a formar grupos, mas acredita-se que desde que tal fato se deu, numa jornada que se estendeu por milhões de anos, a espécie humana chegou até os nossos dias sempre influenciados por forças e processos sociais, que resultam assim nas mais diversas formas de agrupamentos.

Segundo Pellicer (1994), O que parece ser fundamental para a definição e manutenção desses grupos é o facto de existir uma organização por parte dos membros do grupo que se resumiria na atribuição de um conjunto das normas que convencionam valores, possibilitando, assim, a sua existência. Quanto aos valores, Ribeiro (1998), diz que estes seriam, então, estipulados ou herdados pelos grupos, constituindo um roteiro através do qual os indivíduos encontram parâmetros de pensamento e acção para as suas vidas.

Para compreender como esses valores são absorvidos pelo indivíduo é necessário que se clarifique o significado destes enquanto ideologia e segundo Abbagnano (1999), esse conceito de ideologia como toda crença, é usada para o controle dos comportamentos colectivos, do mundo das classes que detêm o poder, ou seja, aqueles conjuntos estruturados de valores, representações, ideias, orientações cognitivas pelos pontos de vista de classes sociais determinadas. Utiliza ainda uma subdivisão, desta visão social do mundo: uma visão ideológica conservadora, que visa à manutenção da ordem já estabelecida e uma outra utópica, do tipo subversiva, crítica, que propõe alternativa.

Desta maneira, nesse processo de interiorização de normas, estão presentes desejos, crenças e valores que irão influenciar a tomada de decisões e organizar os processos simbólicos das relações sociais, influenciando as dinâmicas institucionais. As normas e valores passam pela ideologia, sendo, portanto, interiorizadas de acordo com os modelos vigentes e as expectativas dos grupos sociais e culturais.

Observa-se que as experiências institucionais quotidianas têm vários significados e podem abrigar distorções, defesas e transformações. As interpretações dos factos sociais que influenciam no processo de envelhecimento resultam imprescindíveis na avaliação do sujeito em qualquer acção a ser desenvolvida.

## 1.6. O Processo de Envelhecimento em Portugal

Portugal, à semelhança dos outros países da Europa do Sul, acelerou recentemente o processo do envelhecimento, como resultado da baixa de fecundidade e do aumento da longevidade. Os resultados definitivos dos Censos 2001 apontam para uma superioridade numérica das pessoas idosas comparativamente aos jovens. As diferentes evoluções demográficas observadas a nível regional determinam assimetrias regionais do fenómeno do envelhecimento.

Ao abordar o assunto de crescimento da população, Ermida (1995) comenta que, se a explosão demográfica é uma realidade visível do nosso tempo, motivadora de movimentações e tomadas de posições sociais, económicas, políticas e éticas com o intuito de a conter, uma outra realidade demográfica, porventura menos evidente mas igualmente preocupante, se perfila no horizonte das sociedades modernas: o envelhecimento das populações. Verificando ainda que, paralelamente ao aumento do número natural de idosos há outro fenómeno, possivelmente mais importante, mas que tem vindo a passar despercebido, que é o aumento do número dos muito idosos.

Durante muito tempo pensou-se que o envelhecimento da população era um direito das sociedades mais desenvolvidas, contudo os danos demográficos, mostram que este é um problema universal. À semelhança de outros países industrializados, Portugal depara-se com um processo de envelhecimento demográfico e evidencia-se um aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Este caracteriza-se pelo aumento progressivo da população idosa em detrimento da população jovem, e em detrimento da população em idade activa. (Carrilho & Patrício, 2002).

Segundo Magro (1995), as grandes causas deste disparo demográfico são: em primeiro lugar, a redução da mortalidade infantil; em segundo lugar, a redução da natalidade; e em terceiro lugar, o aumento da esperança de vida. Num estudo realizado por Carrilho (1993), verificou-se que o envelhecimento demográfico resulta da notificação da estrutura etária da população e, como tal, pressupõe uma análise

assente no estudo da evolução da população por grandes grupos: jovens (0-14 anos), adultos ou em idade activa (15-64), e idosos (65 anos e mais anos).

Segundo Carrilho & Patrício (2002), nas regiões mais desenvolvidas, pode observar-se que o ritmo de crescimento da população com 65 e mais anos, é bastante forte no início do período atenuando ao longo do mesmo, ou seja, em 1960/70 era de 2,1%, em 1999/2000, de 1,5%, e em 2040/50 prevê-se que seja de 0,3%. No que se refere às regiões menos desenvolvidas, a taxa média do crescimento anual entre 1990/2000 atingiu 3,1%, prevendo-se que continue a aumentar até 2040, atenuando até 2050.

Tendo em conta os Censos de 2001 verifica-se que, o Norte do país detinha a mais baixa percentagem de idosos no que se refere ao Continente. O Alentejo seguido do Algarve e Centro, apresentam uma maior percentagem. Relativamente às regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, possuíam os menores níveis de envelhecimento do país.

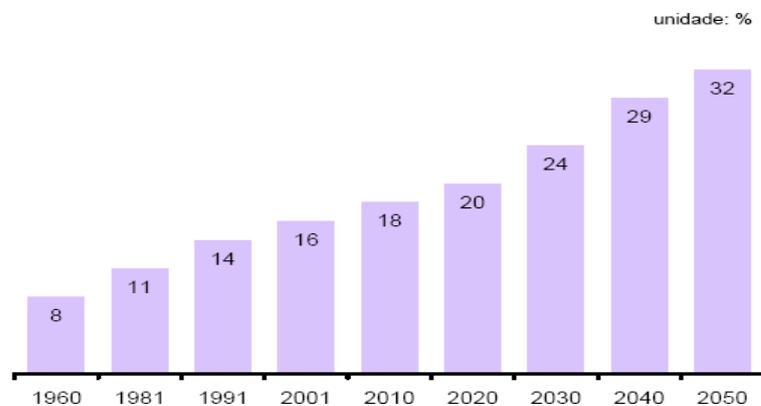


Gráfico 1 - Evolução da proporção da população idosa (65 ou mais anos), Portugal, 1960 - 2050

Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1960 e Projecções de População Residente, 2000-2050

Segundo os mesmos autores, assiste-se a um fenómeno do envelhecimento da própria população idosa. Entre 1960 e 2000, a população com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5%, no mesmo período. Prevendo-se que a primeira aumente para 6,9%, e a segunda se mantenha em 1,5%. Independentemente dos

limites da idade que se adoptem para o grupo dos idosos, as conclusões não se afastam; os idosos aumentam a sua importância relativa na população. Enquanto a população global dobrará o século a crescer em média 1,9% cada ano, a população com 60 e mais anos 1,3% e a de 50% e mais anos 1,0%.

No que concerne ao índice de dependência dos idosos, os mesmos autores referem que este se encontra em fase ascendente, subiu de 13 idosos para cada 100 indivíduos em idade activa em 1960, para 20 em 1991 e subiu para 27 em 2010. O índice terá duplicado no período de 1960-2010 e ultrapassando o índice dos jovens, que se traduzirá num futuro próximo num declínio da população em idade activa. A esperança média de vida também aumentou, entre 1960-2001, cerca de 11 anos para os homens e de 13 anos para as mulheres.

Verifica-se que, apesar de as mulheres viverem mais anos estas têm associado valores da percentagem de esperança de vida passada sem incapacidade mais baixos, apresentando um maior número de incapacidades, que comparado com os homens é bastante mais reduzido (Carrilho & Patrício, 2002).

Em 2001, os reformados constituíam a parte mais importante da estrutura da população inactiva, 97,1% nos homens e 76,9% nas mulheres. Dos cerca de 291,3 mil indivíduos activos com 65 e mais anos, 56,8% eram homens e 43,2% eram mulheres.

Como cenários de evolução da população idosa, prevê-se que no ano 2012 a população residente em Portugal com 65 e mais anos atinja 1.757.690 Indivíduos, ou seja, 17,6% da população actual. A população desta faixa etária terá registado um aumento de 1 milhão de indivíduos num período de 50 anos (mais 148%), e será superior à população jovem (que terá diminuído 36%) em 93.454 indivíduos.

Todo este quadro aqui presente, acarreta para a nossa sociedade consequências e implicações que futuramente irão constituir um dos maiores problemas sociais do século XXI. Ermida (1995) identificou as seguintes consequências:

- A nível económico uma diminuição da população produtiva, um aumento da população dependente e mais despesas com a segurança social, alterações das relações profissionais, alterações das relações familiares,

conflitos de gerações e uma maior necessidade de instituições de assistência ao idoso;

- A nível sanitário, um aumento da população doente ou em risco, um maior consumo de cuidados primários, um aumento do consumo dos cuidados diferenciados e uma maior necessidade de pessoal e de instituições especializadas;
- Ao nível da ética, identificou a problemática do doente crónico e terminal e a problemática da morte.

Do trabalho realizado por Carrilho (1993), produzido no Gabinete de Estudos Demográficos, obtiveram-se as seguintes conclusões:

- Nos próximos anos a estrutura etária portuguesa sofrerá alterações: os jovens continuarão a diminuir e o processo de envelhecimento prosseguirá.

- A população em actividade tende em envelhecer e em atenuar o seu ritmo de crescimento; o ritmo de crescimento da população em idade activa tornar-se-á negativo a partir do final do século;

- A população idosa (65 e mais anos) cresce mais rapidamente que a população total;

- O acentuar do envelhecimento no grupo etário com 65 e mais anos tem sido notório. Espera-se que no ano de 2010 quase metade da população com 65 e mais anos tenha idade igual ou superior a 75 anos;

- O crescimento contínuo dos “idosos mais velhos” exige uma atenção redobrada, pois é a faixa etária mais carenciada em termos de apoios devido às incapacidades que lhes estão inerentes;

- O envelhecimento demográfico em Portugal tem-se processado pela base da pirâmide de idades como resultados da queda da fecundidade e pelo topo da pirâmide em consequência do aumento da esperança de vida.;

- Os idosos de hoje vivem mais tempo, mas é premente que vivam em qualidade e integrados na sociedade e na família, com garantia dos meios de subsistência e apoios necessários.

## 1.7. Actividade Física e Envelhecimento

Simões (1992) diz que o corpo se comunica por gestos e expressões, e é através desta comunicação que ele se revela e a sua história se mostra. Na rigidez postural ou no relaxamento de tensões, ele revela o que se passa no interior das pessoas. Os movimentos corporais são para o autor, os resultados das nossas emoções, sejam elas de prazer ou não e, no caso das pessoas idosas, o corpo reflecte todas as marcas da história vivida, quer sejam boas ou más.

Historicamente, o corpo, por ser a representação da própria vida, revela no seu uso um interesse relacionado ao seu uso, a eficiência e a funcionalidade, bem como nas actividades sociais e culturais desempenhadas. Tais factos podem ser comprovados pelas inúmeras mudanças anatómicas, no constante combate a patologias e no próprio processo de envelhecimento (Simões, 1992). Essa situação gerou ao longo da história uma possibilidade determinante de um corpo enquanto objecto e instrumento de poder. Nessa óptica, determina-se que se pode ter corpos que serão manipuláveis, modeláveis, treináveis, dóceis, enfim, passíveis de manipulações que vão impor limitações e acima de tudo obrigações. Cria-se, então, uma condição de aperfeiçoamento da disciplina corporal onde o corpo passa a estabelecer políticas de coacção onde estão presentes um trabalho habilidoso e uma calculada manipulação dos seus gestos, expressões e comportamentos, o que o torna um instrumento de grande utilidade pelo poder de ameaça que exerce na medida em que se torna uma ferramenta útil (Simões, 1992).

Essa estrutura disciplinar vai sendo construída ao longo da história e os movimentos corporais desenvolvidos naturalmente pelas actividades físicas são substituídos pelo aparecimento de máquinas, onde o próprio corpo se torna uma máquina de produção, o que consolida nas horas “não produtivas” o sedentarismo. Nessa nova configuração do uso do corpo, a máxima, “mente e corpo” ganha espaço e grande parte das pessoas deixam de usar o corpo de forma consciente, reforçando que a produção corporal deve se sobrepor à intelectual.

Se observarmos os idosos, perceberemos que esses tiveram seus corpos concebidos e comandados por movimentos voltados ao trabalho, onde a ociosidade

e o prazer não tinham lugar e que, segundo Santin (1992), esses corpos foram disciplinados à submissão e exercitados para tarefas específicas e que sob a óptica da educação física o reforço viria na busca da aptidão, pensando um corpo útil.

Dentro desse contexto, o corpo do idoso moldado para o trabalho não se ajusta à falta de trabalho e sofre ainda a discriminação imposta socialmente de que somente pela aparência do seu corpo é que se pode ter participação social activa, ou seja, ser consumidor. Portanto, não tendo um corpo consumidor ele passa a não ser percebido como um sujeito, mas sim como alguém inabilitado. O que acaba por gerar uma sensação de impotência e de real incapacidade (Simões, 1992).

A superação destes sentimentos que marcam profundamente a vida destes indivíduos passa necessariamente pela actividade física, onde as mesmas deverão contribuir para que as pessoas se libertem de preconceitos na reconquista de sua autonomia e independência. O processo evolutivo de um programa para pessoas idosas deve ser pautado em objectivos que as estimulem a participar de actividades físicas de prazer e que possibilitem experiências criativas e as coloquem em contacto com o próprio corpo. Todo indivíduo que tem uma noção do seu corpo compreende que essa percepção é elaborada no quotidiano e será esse conhecimento que permitirá sua projecção ou introspecção social.

Okuma (1998) observa que as acções devem partir de movimentos mais simples de seu quotidiano, do reconhecimento das suas partes corporais já esquecidas. Este movimento pode-se iniciar dentro da sua casa, depois partir para a rua, associação, ginásio, etc. O mesmo autor diz ainda que a actividade física, além de contribuir para aumentar a capacidade funcional, poderá superar limites nas inúmeras expectativas que a vida impõe ao sujeito, nas experiências relacionadas à estética da expressão corporal, na criação de gestos e movimentos, na conquista de melhor auto-estima e no reconhecimento do próprio corpo e de sua imagem corporal.

Faria (1999), diz que a actividade física para pessoas envelhecidas deve estar voltada à melhoria de seu desempenho, em actividades de vida diária, à sua autonomia e independência, pois a perda da independência e da autonomia é um dos factores que mais determinam a institucionalização, os quadros depressivos e a

reduzida auto-estima. Os programas a serem desenvolvidos deveriam ser pautados em objectivos capazes de minimizar situações de perdas vivenciadas no quotidiano destas pessoas

A possibilidade de uma pessoa vir a ter uma vida fisicamente activa na velhice, ser capaz de tomar as suas próprias decisões, de realizar as suas actividades de vida diária, são factores que exercem efeitos positivos sobre o que ela sente, sobre a sua auto-avaliação e sobre a sua própria imagem.

Tradicionalmente, o conceito de saúde é percebido não apenas como ausência de doença, mas de um completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2003). Este conceito, por apresentar um carácter estático, foi bastante criticado e está praticamente em desuso, devido também à sua utópica ideia de bem-estar, a limitação à esfera individual e a uma não referência ao meio ecológico. Capra (1982) citado por Faria (1999) acredita que havia uma necessidade de deslocar o eixo exclusivamente biomédico para outro que considerasse as questões socioculturais, económicas e ambientais.

A promoção da saúde, entre outros entendimentos, pode ser vista como intervenção intencional que busca estimular a saúde e prevenir as doenças e as incapacidades. Ela integra a educação para a saúde e valoriza a influência das medidas fiscais, legais, económicas e ambientais (Tones, et al. (1990), citados por Faria, (1999)).

A saúde física para os idosos, segundo Simões (1992) seria um fenómeno de importância relevante, evidenciando perturbações corporais, alterações orgânicas como a hipertensão, as cardiologias, os distúrbios digestivos e outros fazendo-se necessária a consciência de um programa adequado de actividades físicas para essa faixa etária, o que na verdade reflectirá na diminuição sensível dessas alterações, levando os idosos a sentirem-se mais dispostos para a vida de uma forma geral.

Uma outra concepção de promoção de saúde pode ser concebida como um processo de construção de uma autonomia que permita às pessoas controlar a sua saúde (OMS 2003).

No campo da Educação Física, essa discussão posta na saúde é usualmente feita pela via da aptidão física. A amplitude conceptual da expressão física e o facto da mesma ser empregada no sentido lato, dificultou, segundo Faria (1999), a sua delimitação conceitual, pois varia de simples actividades de vida diária às mais complexas, como as exigidas na prática de desporto.

A “onda do corpo”, de acordo com Simões (1992), associada a essa amplitude conceitual, possibilita o aparecimento de “modelos” de aulas e de actividades físicas sem preocupação com métodos ou acções pedagógicas voltadas a uma maior consciência corporal. Os idosos excitados com esse processo de transformação da chamada terceira idade, como querem alguns profissionais, passam a consumir a mercadoria, actividade física, orientados por valores que são variáveis segundo os apelos publicitários. Essa visão distorcida do corpo envelhecido é reforçada e, para se manter dentro de um contexto social com menos exclusão, deverá consumir os produtos e ofertas das instituições que oferecem tais serviços, portanto, tende a não pensar nas questões corporais, ou seja, no corpo que se apresenta tal como ele é e não como deveria ser diante de tais apelos.

## **2. Actividade física: Benefícios para a Saúde/Qualidade de Vida**

A OMS conceitua actividade física como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em energia expandida, quantificável em termos do critério de Kilo-Joule ou Kilo-calorias. A complexidade dos factores envolvidos na saúde tem evidenciado a necessidade de se investir na promoção da saúde. É neste conceito que se coloca a discussão de actividade física e envelhecimento.

A actividade física é uma estratégia para trabalhar a promoção da saúde, na medida em que a sua presença constitui um factor positivo na prevenção do aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas e degenerativas, funcionando, assim, como estratégia de ganho de saúde.

Paffenbarger et al. (1986 citados por Ribeiro, 1998) num estudo que realizaram para examinarem a relação entre a actividade física e outras características do estilo de vida, e a mortalidade e duração de vida verificaram que a actividade física (andar, subir escadas, praticar desporto) tinha uma relação inversa com a mortalidade total, principalmente com a mortalidade por doença do aparelho cardio-respiratório. McGinnis (1992) citado pelo mesmo autor salienta o grande impacto da actividade física na saúde/doença, defendendo a importância da actividade física na saúde pública. Lamb et al. (1991 citado por Ribeiro, 1998) constataram que indivíduos que praticavam desporto de um modo sistemático apresentavam uma melhor saúde objectiva e uma maior percepção de saúde do que a população não praticante. Neste sentido, actividade física é uma estratégia de ganho de saúde, na medida em que se reconhece que a sua ausência se constitui como um factor de risco para o aparecimento de doenças.

A nossa saúde e o nosso bem-estar podem ser optimizados através da actividade física. Evidências científicas demonstram que a prática regular de uma actividade física apropriada promove inúmeros benefícios para a saúde física, social e mental (OMS, 2003).

O American College of Sports Medicine (ACSM 2001) faz distinção entre a actividade promotora da educação física, de intensidade vigorosa, e a actividade promotora da saúde, de intensidade moderada. Esta última é recomendada para a aquisição de estilos de vida activos.

Segundo Sachs (1984) as actividades aeróbicas proporcionam movimentos rítmicos e continuados, que mais prontamente permitem ao indivíduo experimentar os benefícios fisiológicos e psicológicos associados.

## **2.1. Benefícios fisiológicos**

A actividade física promove benefícios fisiológicos imediatos e a longo prazo nos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético e metabólico em

todas as idades. Entre os imediatos estão não só a regularização dos níveis de glicose sanguínea, de adrenalina e noradrenalina, mas também a quantidade e qualidade do sono (Gobbi, 1997 citado por Vitta, 2001). Os efeitos a longo prazo são representados pela melhoria em todos os aspectos do funcionamento cardiovascular (capacidade aeróbia e anaeróbia), flexibilidade, resistência, potência e fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação e velocidade de movimento; pela diminuição da incidência de doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares e metabólicas, pela diminuição da taxa de mortalidade na população e pelo aumento do bem-estar subjectivo (Okuma, 1997).

## **2.2. Benefícios psicológicos**

Hoje em dia a prática de actividade de vida torna-se cada vez mais frequente na maioria das pessoas. Estas procuram o seu bem-estar psicológico, combatendo o stress do dia-a-dia. Na realidade o tipo de vida e as suas exigências acarretam no indivíduo o aparecimento de situações de stress, de alterações psicológicas, de ansiedade, de depressão, de neurose.

A prática regular de exercício físico ou de uma actividade física, para além de outros benefícios para a saúde, ajuda a libertar a tensão e melhorar o bem-estar psicológico. Sachs (1984) refere que o jogging, a marcha e a natação, praticadas a uma intensidade moderada e intensa levam à promoção de efeitos psicológicos.

O efeito da actividade física nas variáveis psicológicas tem sido referido repetidamente por diversos autores, no entanto a investigação psicológica neste domínio é pouco clara, sendo inúmeros os problemas de ordem metodológica que os investigadores se têm confrontado. Contudo o crescente interesse nesta prática levou à publicação de um documento, por parte da Sociedade Internacional de Psicologia do Desporto, onde se registam os seguintes potenciais benefícios psicológicos de estar activamente envolvido em programas de actividade física regular (Cruz, Machado & Mota, 1996):

- a) O exercício pode estar associado à redução do estado de ansiedade;
- b) O exercício pode estar associado à redução do nível de depressão ligeira ou moderada;
- c) O exercício prolongado está, habitualmente, associado à redução da ansiedade;
- d) O exercício pode ser uma ajuda para o tratamento profissional da depressão severa;
- e) O exercício pode resultar na redução de vários índices de stress;
- f) O exercício pode ter vários efeitos emocionais benéficos, em todas as idades e ambos os sexos.

### 3. Bem-Estar Subjectivo

O bem-estar subjectivo é uma área da psicologia que tem crescido muito ultimamente, cobrindo estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afecto positivo. De forma ampla, pode-se dizer que o tema foca como as pessoas avaliam suas vidas (Diener, 1996). Mais especificamente, este constructo diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente. Também é considerada a avaliação subjectiva da qualidade de vida.

Até recentemente, psicólogos deram pouca atenção para o estudo do Bem-Estar Subjectivo, preferindo investigar a infelicidade e o sofrimento humano. Actualmente, este constructo tem sido muito utilizado nas áreas de saúde mental, qualidade de vida e gerontologia social. A partir da década de setenta, cientistas sociais e do comportamento passaram a estudar e trabalhar sobre a teoria. O termo “felicidade” passou a ser indexado no *Psychological Abstracts* em 1973 e o periódico *Social Indicators Research*, fundado em 1974, começou a publicar um grande número de artigos sobre Bem-Estar Subjectivo (Diener, 1984).

Diener (1984) agrupa as definições de Bem-Estar Subjectivo e felicidade em três categorias. A primeira categoria concebe o Bem-Estar através de critérios

externos, tais como virtude ou santidade. Nessas definições normativas - porque definem o que é desejável – a felicidade não é pensada como um estado subjectivo, mas antes como o possuir alguma qualidade desejável.

A segunda categoria de definição de Bem-Estar, formulada por cientistas sociais, investiga os questionamentos sobre o que leva as pessoas a avaliar as suas vidas em termos positivos. Tem sido chamada de satisfação com a vida e utiliza os padrões para determinar o que é a vida feliz. A terceira categoria de definição de Bem-Estar considera esse como sendo o estado que denota uma preponderância do afecto positivo sobre o negativo (Bradburn, 1969). Enfatiza a experiência emocional de satisfação ou prazer. Aponta o quanto a pessoa está experienciando emoções positivas ou negativas durante um período específico da vida, ou o quanto a pessoa está predisposta a essas emoções.

Nos últimos trinta anos, o estudo do Bem-Estar Subjectivo tem sido guiado por duas concepções de funcionamento positivo. A primeira, iniciada pelo trabalho de Bradburn (1969), diferencia o afecto positivo do negativo e define a felicidade como o equilíbrio entre os dois. A segunda concepção, que vem ganhando atenção entre sociólogos, enfatiza a satisfação com a vida como o principal indicador do Bem-Estar. A satisfação com a vida é vista como o componente cognitivo que complementa a felicidade, dimensão afectiva do funcionamento positivo (Ryff e Keyes, 1995).

O Bem-Estar Subjectivo é uma atitude e como tal possui pelo menos dois componentes básicos: afecto e cognição (Ostrom, 1969). O componente cognitivo refere-se aos aspectos racionais e intelectuais, enquanto o componente afectivo envolve os componentes emocionais. Além dessa distinção, que auxilia o entendimento e a medida, o componente afectivo pode ser dividido em afecto positivo e negativo. Andrews e Withey (1976) estruturaram, como componentes do Bem-Estar Subjectivo, o julgamento de satisfação com a vida e o afecto positivo e negativo.

Definir Bem-Estar é difícil, uma vez que pode ser influenciado por variáveis tais como idade, género, nível sócio-económico e cultura. Muito amplamente, aponta-se que uma pessoa com elevado sentimento de Bem-Estar apresenta

satisfação com a vida, a presença frequente de afecto positivo, e a relativa ausência de afecto negativo. A relativa preponderância do afecto positivo sobre o negativo é referida como balança hedónica (Diener, 1996).

Diener (1984) sugere que existem três aspectos do Bem-Estar Subjectivo que são importantes e devem ser destacados: o primeiro é a subjectividade - o Bem-Estar reside dentro da experiência do individual; o segundo consiste no entendimento de que Bem-Estar não é apenas a ausência de factores negativos, mas também a presença de factores positivos; o terceiro salienta que o Bem-Estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida.

Ryff e Keyes (1995) apresentaram um modelo multidimensional de Bem-Estar composto por seis componentes distintos de funcionamento psicológico positivo: avaliação positiva de si mesmo e do período anterior de vida (auto-aceitação), um sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como uma pessoa (crescimento pessoal), acreditar que a vida possui objectivo (sentido) e significado (sentido de vida), possuir relações de qualidade com outros (relações positivas com outros), capacidade de manejar efectivamente a vida e o mundo ao redor (domínio do ambiente), e sentido de auto-determinação (autonomia).

As principais teorias e modelos explicativos do Bem-Estar Subjectivo vêm sendo apresentados historicamente, em dois grandes blocos opostos denominados *bottom-up* versus *top-down*. As principais teorias iniciais de Bem-Estar Subjectivo estavam preocupadas em identificar como os factores externos, as situações e as variáveis sócio-demográficas afectavam a felicidade. Estas abordagens, conhecidas como *bottom-up*, mantêm como base o pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade. Outros factores associados por essas teorias são as experiências de eventos de prazer diários estando relacionados ao afecto positivo, assim como o seu oposto, eventos de prazer associados a afectos negativos. Mais ainda, a satisfação e a felicidade resultariam do acúmulo desses momentos específicos, dessas experiências felizes (Diener, Sandvik e Pavot, 1991).

As abordagens *top-down* do Bem-Estar Subjectivo assumem que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida. Em outras palavras, a pessoa aproveitaria os prazeres porque é feliz e não vice-versa. Para a perspectiva *topdown*, nossa interpretação subjectiva dos eventos é que primariamente influencia o Bem-Estar Subjectivo, ao invés das próprias circunstâncias objectivas sugeridas pela abordagem anterior (*bottom-up*). Actualmente, existem algumas teorias investigando como ocorre esse processo de interpretação dos eventos e suas relações com a nossa avaliação da vida. Três grandes blocos de teorias compõem a área de estudos: as teorias de personalidade e seus diferentes modelos, as chamadas teorias de discrepância e as teorias relativas aos processos de adaptação e *coping*.

As pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o Bem-Estar Subjectivo, e as causas destas relações fornecem informações importantes sobre o Bem-Estar Subjectivo, sua estrutura e funcionamento. A literatura aponta que os componentes cognitivos e afectivos do Bem-Estar apresentam-se consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com específicos traços e constructos da personalidade. Além disso, os componentes do Bem-Estar também se relacionam de forma distinta com os traços: extroversão correlaciona-se com afectos de prazer de forma moderada; neuroticismo correlaciona-se com afectos de prazer; e as metas pessoais estão mais fortemente relacionadas com o componente cognitivo do Bem-Estar. Os estudos demonstraram que a tendência a experienciar emoções fortes ou leves é estável ao longo do tempo. As pessoas são consistentes em seus padrões de reacção. A intensidade do afecto, portanto, não se correlaciona com os indicadores do Bem-Estar. A intensidade do afecto, para Diener e Lucas (1999), reflecte a qualidade, ao invés do nível, do Bem-Estar Subjectivo que uma pessoa experiencia.

Outras abordagens teóricas acreditam que os indivíduos, ao avaliarem suas vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas (Michalos, 1985). O julgamento das satisfações está baseado nas discrepâncias entre as condições actuais reais e esses padrões de comparação. A discrepância que envolve uma comparação superior (quando o padrão é mais elevado) resultará

na diminuição da satisfação, enquanto, uma comparação em direcção inferior ocasionará um aumento da satisfação.

Os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações stressantes (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de Bem-Estar Subjectivo. O processo de adaptação pressupõe um ajuste do organismo às situações.

#### **4. Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjectivo**

Nos últimos anos, as pesquisas sobre o desenvolvimento do adulto têm estado atentos para a questão da qualidade de vida ao longo da vida. Há consenso em torno da noção de que uma boa qualidade de vida depende de condições objectivas, tais como saúde, actividade, envolvimento social, associados aos níveis de escolaridade e de estilo de vida, entre outros. Além disso, a boa qualidade de vida depende também de condições subjectivas, como o Bem-Estar Psicológico.

O Bem-Estar está relacionado com a ausência de doença, incapacidade e desconfortos músculo-esqueléticos. A boa saúde física é uma qualidade vital, favorece a boa aparência, a sentir-se bem e ter reservas necessárias para usufruir de uma variedade de interesses, além de ser um dos mais poderosos preditores de bem-estar psicológico.

A doença na população idosa possui características comuns a outras idades, assim como aspectos que são típicos dessa fase da vida. Entre as principais doenças típicas das idades mais avançadas estão as cardiovasculares crónicas, as músculo-esqueléticas (artroses, osteoporose, artrites e lombalgias), a diabetes, a próstata e o acidente vascular cerebral, entre outras. As doenças que mais matam homens e mulheres de 65 anos e mais são, pela ordem: doenças do aparelho circulatório, neoplastias malignas, doenças mal definidas, doenças endócrinas e do metabolismo e doenças respiratórias. No entanto, em dez anos diminuiu a taxa de

morte por doenças circulatórias e aumentou a de neoplastias e de doenças endócrinas (Camarano, 1999).

A taxa de doenças letais é muito maior entre os homens idosos do que entre as mulheres idosas, entre as quais predominam as doenças não fatais, mas incapacitantes e crônicas, entre elas a osteoporose, artrose, problemas de coluna e hipertensão. Entre os homens prevalecem as doenças isquémicas do coração. As mulheres idosas têm taxas mais altas de morbidade, mas exibem taxas de mortalidade mais baixa do que os homens para as mesmas moléstias. Entre pessoas de 65 anos e mais, de ambos os sexos, as principais causas de morte são, pela ordem, as doenças cardíacas, o cancro e as doenças cérebro-vasculares. Com a idade ocorre uma inversão nessa ordenação e desaparecem as diferenças entre os géneros quanto à frequência de doenças cardíacas (Baltes & Mayer, 1999).

Estudos empíricos indicam que baixos níveis de saúde na terceira idade estão relacionados a altos níveis de depressão e de angústia e a baixos níveis de satisfação de vida e bem-estar subjectivo. Outras investigações mostram que dificuldades para realizar actividades de vida diária, devido a problemas físicos, interferem na relação social com outros indivíduos e na autonomia e resultam em prejuízos à saúde emocional. Idosos com problemas de saúde e com dificuldades nas actividades de vida diária apresentam baixos níveis de autonomia e altos níveis de depressão e ansiedade. Boa saúde física é um importante correspondente de bem-estar subjectivo e de aspectos reconhecidos como saúde mental positiva, que inclui por exemplo senso de autonomia, de crescimento pessoal e de capacidade de manter relações positivas com os outros (Neri, 2001).

Os dados precedentes indicam que a saúde física objectiva, isto é, avaliada por parâmetros antropométricos, clínicos e bioquímicos não é independente da percepção das pessoas a seu respeito. Outra importante componente da qualidade de vida das pessoas é a avaliação que fazem sobre as suas condições de saúde. Na verdade, as avaliações de saúde feitas em vários contextos profissionais e sociais também incluem avaliações subjectivas representadas por relatos pessoais sobre doenças, dores, desconfortos e condições de funcionamento. Muitas vezes é impossível ao profissional relacionar sintomas com os seus determinantes orgânicos. Da mesma forma, muitas vezes os pacientes não sabem observar-se ou, se sabem,

não conseguem relatar o que sentem de modo a serem compreendidos pelos ouvintes. Outras vezes, o conteúdo e os auto-relatos do paciente, bem como da interpretação que os interlocutores fazem deles são afectados positiva ou negativamente por preconceitos e por mecanismos de defesa de ambas as partes.

## **5. Bem-Estar Subjectivo e Actividade Física**

O Bem-Estar Subjectivo refere-se normalmente ao grau de satisfação do indivíduo com a sua vida. É, nos nossos dias, uma crença bastante difundida a ideia de que os indivíduos fisicamente activos têm uma Auto-Imagem mais positiva do que aqueles que são inactivos. Um estudo realizado no Reino Unido, sugere que pessoas que se apercebem a si próprias como tendo boa saúde são mais atraídas para a prática de exercício físico ou de uma actividade física, e que o exercício ou a actividade física ajuda as pessoas a sentirem-se melhores consigo mesmo.

Wankel (1993), refere um outro aspecto relacionado com o Bem-Estar causado pela actividade física, a importância que existe na relação entre o prazer que o indivíduo pode sentir ao desempenhar uma actividade física do seu agrado e a harmonia que estabelece consigo próprio.

O contributo da actividade aparece ligado à saúde mental dos idosos por manutenção de um estilo de vida activo, desenvolvendo uma agilidade mental, atitude positiva para a vida, diminuindo funções negativas e isolamento. (Fox et al., 2007)

Segundo Gallahue & Ozmun (1995), factores como o exercício, um estilo de vida fisicamente activo e a capacidade de executar as actividades da vida diária podem ter impacto positivo sobre como um indivíduo idoso se sente e como os outros o vêem. Contrariamente, a falta de domínio motor pode influenciar negativamente a saúde psicológica desse indivíduo.

As directrizes para promover a actividade física entre idosos (OMS, 2007) reconhecem a influência positiva da actividade física no Bem-Estar de idosos. Actividade física pode levar ao aumento de capacidade aeróbia e força, como também melhor a flexibilidade e equilíbrio, diminuindo o risco de aparecimento de doenças, levando a uma baixa mortalidade. Os idosos participantes em grupos de actividade física apresentam maiores níveis de satisfação com a sua aparência do que idosos inactivos, o que levou a demonstrar que a prática de actividade física está relacionada com a atitude perante o corpo e os ideais sócio-culturais do corpo. A partir de estudos analisados por Berger & McInman (1993), foram relatadas associações entre actividade física e personalidade, satisfação com a vida, auto-estima e stress. Mas, sendo a personalidade um factor estável, torna-se improvável que a sua mudança resulte apenas do exercício. Já a satisfação com a vida e a actividade física teriam uma alta correlação em indivíduos idosos.

Muitos outros estudos demonstram que a prática de actividade física, além dos benefícios fisiológicos acarretam também benefícios psicológicos, tais como: melhor sensação de bem-estar, humor e auto-estima, assim como, a redução da ansiedade, tensão e depressão.

É mais frequente um idoso apresentar problemas de saúde mental do que um jovem, pois o idoso está mais sujeito a diversos transtornos na vida, tais como: perdas efectivas, reforma, afastamento de actividades profissionais, sociais e familiares e dificuldades económicas. A Auto-Estima está constantemente em risco num idoso. Dos factores que promovem a Auto-Estima destaca-se principalmente a Saúde Física, que favorece a independência, a saúde psicológica, que permite reagir com mecanismos de defesa, as pessoas que permitem convivência e a segurança económica. Quando estes ou alguns destes factores estão ausentes o idoso não mantém a sua Auto-Estima e tende a cair num processo depressivo.

A relação entre exercício físico e desempenho cognitivo, mediada pela diminuição da velocidade de resposta, interfere directamente com o fluxo sanguíneo cerebral, mas a relação entre todos estes aspectos e o declínio cognitivo dos idosos, não está ainda completamente estabelecida. De qualquer modo parece haver consenso em relação à importância da manutenção da actividade nos idosos, para preservar a sua capacidade funcional e Bem-Estar (Barreto, 1998).

## 6. Auto-Conceito

Podemos entender Auto-Conceito como sendo a forma como nos valorizamos ou relacionamos. O Auto-conceito determina a forma como nos percebemos a nós próprios. Trata-se de um conjunto de constructos que são adoptados para relacionar à sua pessoa. É um sentido do Self ou imagem mental descritiva e avaliativa das capacidades e traços de cada um. Trata-se de uma estrutura cognitiva com tonalidades emocionais e consequências comportamentais. Determina como nos sentimos acerca de nós próprios e orienta as nossas acções. Este conceito está na base dos mais variados estudos psicológicos e pode assumir diversas definições. De uma forma geral, podemos dizer que Auto-Conceito é a estrutura cognitiva que construímos acerca de nós, das nossas potencialidades e limitações, e que estará na base das nossas prestação e das acções nos mais variados contextos. Este aspecto deriva para variadíssimos conceitos psicológicos como a auto-estima, auto-eficácia, auto-conhecimento, entre outros.

Segundo Burns (1986), o Auto-Conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Para este autor, o Auto-Conceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamento. Isto leva a que o Auto-Conceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa. O Auto-Conceito tem um papel extremamente importante na medida em que tenta explicar o comportamento, ou seja, porque consegue manter uma certa consistência nesse mesmo comportamento, explicita a interpretação da experiência e fornece um certo grau de previsão (Burns,1986). Estein (1973) afirma mesmo que "para os fenomenologistas, o Auto-Conceito é o constructo central da Psicologia, proporcionando a única perspectiva através da qual o comportamento humano pode ser compreendido" De um ponto de vista histórico, a investigação no domínio do Auto-Conceito foi, na maioria das vezes, levada a efeito por filósofos, teólogos ou outros profissionais não directamente ligados à Psicologia, sendo apenas por volta dos anos quarenta que

aquele conceito começa a suscitar algum interesse para o estudo científico nos domínios da Psicologia e da Sociologia.

## **7. Auto-Estima**

Auto-Estima é a capacidade que temos em confiar em nós próprios, de nos sentirmos capaz de poder enfrentar os desafios da vida, é saber expressar de forma adequada para nós e para os outros as próprias necessidades e desejos.

Com base no conceito de Rosemberg, Vasconcelos (1995), afirma que a Auto-Estima baseia-se na concepção que formamos sobre o nosso valor, sendo determinado pelas auto-percepções e pelos feedbacks das pessoas que nos rodeiam. O Autor referiu três componentes da Auto-Estima:

1. O eu externo – consiste na visão que temos de nós próprios;
2. O eu desejado – consiste na forma de como gostaríamos de ver o nosso eu;
3. O eu pressentido – consiste na maneira de como nos mostramos aos outros.

Ao longo dos tempos foram surgindo novas opiniões que modificam a interpretação da Auto-Estima, reduzindo para duas formas. A primeira forma refere-se ao modo de como nos vemos quando olhamos para nós e a segunda define Auto-estima como algo descritivo em várias dimensões.

As pessoas com dependendo das atitudes, são estáveis ou instáveis, sendo mais ou menos conscientes do seu Eu. Na segunda fase para além do conceito que temos na nossa própria pessoa, existe bastante interligação noutros factores da personalidade. Uma pessoa com Auto-Estima positiva sente-se bem com a sua maneira de ser, enquanto que um individuo com a Auto-Estima reduzida transmite uma posição artificial de si mesmo perante o mundo que o rodeia, numa tentativa de provar aos outros e a si mesmo que é alguém.

Para Vasconcelos-Raposo (2004) os indivíduos com elevado nível de Auto-Estima contribuem para o bem-estar da sociedade e desenvolvem a sua responsabilidade, enquanto que os indivíduos com baixa Auto-Estima não são produtivos e envolvem-se em comportamentos anti-sociais.

Branden (2001), afirma que, a Auto-Estima é o sentimento de amor-próprio, o quanto nos amamos, nos valorizamos, nos aceitamos com as nossas limitações, erros e sucessos, qualidades e defeitos, ou seja a opinião que temos de nós próprios. Não é mais do que a avaliação positiva ou negativa de que cada um faz de si mesmo e não do que os outros pensam de nós e que contribui para o desenvolvimento pleno do ser humano.

A Auto-estima positiva é aquela em que o indivíduo acredita em si e na sua capacidade de pensar, tomar decisões e estar apto para enfrentar as situações que se colocam no seu caminho, e estar consciente das suas limitações, das suas fragilidades, dos seus medos e das suas potencialidades. Quem tiver Auto-Estima positiva enfrenta os desafios com confiança, resolve os problemas que aparecem e encontra soluções para ultrapassar dificuldades.

Segundo Branden (2001), a Auto-Estima é aquela que existe perante a valorização pessoal, de atitudes positivas perante a vida e de ser feliz, para que possa desfrutar a vida e que todos os problemas de ordem psicológica estão relacionados com uma Auto-Estima negativa. Esta Auto-Estima negativa está relacionada ao medo de assumir riscos, do fracasso, da incapacidade sentida em realizar algo, encontrando defeitos em si mesmo, vivendo com o medo da reprovação. Em relação às amizades a Auto-Estima negativa leva as pessoas a afastarem-se do seu grupo social por se sentirem incapazes de manter um bom relacionamento, levando ao isolamento.

Ao desenvolvermos a Auto-Estima, tornamo-nos mais conscientes, com maior capacidade para enfrentar a vida, de sermos felizes, pois percebemos que somos valiosos para nós mesmos. Quanto maior for a Auto-Estima mais preparados estamos para superar obstáculos, mais confiantes e seguros nos sentimos, aumentando as hipótese de sucesso como ser humano.

## 8. Auto-Conceito, Auto-Estima e Actividade Física

Auto-Conceito e Auto-Estima são conceitos por vezes confundidos Watkins et al. (1989 citados por Berger & McInman (1993)) definem Auto-Conceito como todos os aspectos do conhecimento que temos de nós próprios, sendo um componente central do nosso Bem-Estar Psicológico, e Auto-Estima como a avaliação que fazemos de nós próprios. O Auto-Conceito é uma variável psicológica clássica considerada como sendo factor com um papel determinante na integração da personalidade, na motivação do comportamento e na saúde mental (Burns, 1979).

Também Fox (1998) distingue claramente estes dois conceitos. Para este autor quando um indivíduo produz afirmações de identidade do tipo “sou estudante”, está a usar uma capacidade descritiva, referindo-se ao domínio do Auto-Conceito. Desta forma, o auto-conceito refere-se à auto-descrição, quer seja de uma pessoa, de competências, atributos, traços e de papéis desempenhados na vida. Por outro lado, quando um indivíduo produz afirmações como “sou o melhor corredor da minha turma”, fala da Auto-Estima, entendida como a avaliação do self. Assim, a Auto-Estima pode ser considerada como um elemento avaliativo do Auto-Conceito, em que os indivíduos formulam um julgamento do seu próprio valor. Em termos específicos o Auto-Conceito é um conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitação social.

O Auto-Conceito é amplo e inclui aspectos cognitivo, afectivo e de comportamento. A Auto-Estima, por outro lado, é vista como um estreito componente avaliativo do “eu” (Byrne 1996; Harter, 1996).

A maior parte da personalidade de um indivíduo pode ser entendida através da forma como ele se comporta consigo próprio, estando o comportamento dependente da forma de como o indivíduo de percepção a si próprio, da forma como se avalia e se comporta consigo mesmo. No caso particular da aptidão física, a percepção que possuímos acerca dela e da nossa saúde parece ser um indicador importante para que as pessoas reavaliem as suas atitudes e comportamentos relativamente à prática de Educação Física (Fox, 2000).

Fox (1998) afirma que a importância atribuída ao Auto-Conceito e à Auto-Estima parece derivar do facto de ser uma variável importante para explicar muitas outras variáveis psicológicas. O Auto-Conceito e a Auto-Estima influenciam o modo de como os indivíduos estão motivados, persistem, adquirem e atingem os níveis de sucesso desejado nas mais diversas áreas de actividades. Em diversos estudos podemos constatar que a actividade física traz consequências muito positivas ao nível do Auto-Conceito e da Auto-Estima.

Como já relatado anteriormente é incontestável que as mudanças corporais resultantes da actividade física podem alterar a Auto-Imagem Corporal que cada indivíduo possui e, por isso, promover e aumentar o Auto-Conceito. Os resultados de investigações já realizadas sugerem claramente que uma Auto-Estima mais positiva e níveis mais elevados de Auto-Conceito estão associados com níveis mais elevados de aptidão física, nomeadamente em termos de função física e gordura do corpo.

Abernethy et al. (1997) sugerem que os mecanismos responsáveis pelos efeitos benéficos da actividade física no Bem-Estar Psicológico, apesar de a relação não ter sido comprovada, assentam na fisiologia na bioquímica e na psicologia. O aumento das endorfinas circulantes durante a actividade física, devido às suas características opiáceas e pela sua importância na regulação de emoção e da percepção da dor, pode ter uma acção mediadora sobre os efeitos psicológicos.

Segundo Dishman et al. (1998), as adaptações fisiológicas agudas e crónicas do exercício, como o aumento da temperatura e do fluxo sanguíneo cerebral, alterações autonómicas e endócrinas, são possíveis explicações para os benefícios psicológicos da actividade física.

Abernethy et al. (1997) referem ainda que o aumento da sensação de mestria na actividade física, leva os indivíduos a atingir uma satisfação com a actividade promovendo a percepção de controlo sobre as suas vidas. O aumento de percepção de Auto-Eficácia poderá originar melhoria na Auto-Estima. Podendo induzir redução ao nível da ansiedade e depressão.

Os autores Davis (1997), Fox (1997) e Hasse (2000), afirmam que com o processo de envelhecimento há uma diminuição da Auto-Imagem e da Auto-Estima.

O ser humano é dependente do seu corpo, das habilidades, roupas, cabelos, bem como da integração e harmonia com relação ao “eu”. A actividade física constitui-se de uma forma de envelhecer activo, para que os idosos possam ter autonomia e independência por mais tempo com melhor Auto-Estima.

Carvalho (1996) expõe que a participação em grupos de ginástica traz sentimentos positivos em relação ao próprio corpo, níveis mais altos de Auto-Estima e “competições saudáveis” gerada dentro do grupo. Fox (1997) corrobora com estes achados afirmando que a Auto-Estima tem sido desenvolvida positivamente com a intervenção de programas de exercícios físicos e desporto, tendo resultados inéditos na qualidade de vida e Bem-Estar mental. Segundo o autor a Auto-Estima está correlacionada directamente à Auto-Imagem.

Mc Auley et al. (2000) depois Mazo (2003) realizaram pesquisas sobre qualidade de vida e actividade física com idosos, verificando que os idosos mais activos possuíam melhor Auto-Imagem e Auto-Estima. A actividade física, segundo Chogahara, Cousins & Wankel (1998), possui influências sociais nos idosos e traz benefícios em relação à família, amigos, Bem-Estar, integração social e melhora na Auto-Estima.

Gaya (1985) ao pesquisar a Auto-Imagem de indivíduos com problemas de coração praticantes e não praticantes de exercícios físicos, utilizou o mesmo instrumento deste estudo na sua recolha de dados, e verificou melhoras significativas na Auto-Imagem dos praticantes de exercícios físicos em relação aos não praticantes, resgatando a Auto-Imagem perdida pela doença. O grupo de doentes do estudo de Gaya possui características semelhantes com o grupo de idosos principalmente pela presença de doenças que segundo Fox (1997), é um factor agravante muito importante para Auto-Imagem negativa.

Num estudo com idosos, Safons (2000) teve como objectivo verificar as contribuições da prática regular de actividade física para a melhoria da Auto-Imagem e Auto-Estima, os resultados mostraram que participar Num programa regular de Actividades Físicas contribui de forma significativa para a melhoria da Auto-Imagem e Auto-Estima dos idosos.

O exercício parece ter um efeito salutar quer em populações especiais quer na população em geral. Actualmente, o exercício e a actividade física assumem um papel importante na promoção do Bem-Estar psicológico de pessoas que se confrontam ou não com problemas do foro psicológico. Os benefícios psicológicos da prática do exercício e da actividade física parecem ser evidentes pelo seu impacto positivo e melhorias em aspectos como a Auto-Estima, a Imagem Corporal, o funcionamento cognitivo, o aumento das percepções de controlo e Auto-Eficácia pessoal e a melhoria da Auto-Confiança. Cada vez mais o exercício está a ser utilizado como uma grande importância na terapia psicológica.

## CAPITULO III – METODOLOGIA

No presente capítulo, irá ser abordada a metodologia utilizada no decurso do estudo, tendo em vista o objectivo de estudar as auto-percepções físicas dos idosos masculinos activos e não activos.

### 1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo basear-se-á em 150 indivíduos (N= 150) idosos do sexo masculinos com idades iguais ou superiores a 65 anos, em que 79 são praticantes de exercício físico, tendo a média de idades de  $71,34 \pm 5,97$  regular e 71 são não praticantes de exercício físico regular  $73,01 \text{ anos} \pm 7,15$ . Os idosos são pertencentes aos Concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos.

### 2. Caracterização das variáveis em estudo

#### 2.1. Variáveis independentes

As variáveis independentes são: a idade, o sexo, a pratica de exercício físico regular, grau de escolaridade, profissão, estado civil e horas de sono.

- Idade – variável quantitativa;
- Sexo – variável qualitativa;
- Prática de exercício físico regular – variável qualitativa. Esta variável está organizada em dois grupos, os que não praticam e os que praticam regularmente.

- Grau de escolaridade – Variável qualitativa;
- Profissão – Variável nominal
- Estado civil – Variável qualitativa
- Horas de Sono – Variável quantitativa

## **2.2. Variáveis dependentes**

As variáveis dependentes são:

- Bem-Estar Subjectivo (Satisfação com a vida em Geral; Vida Presente Percepção de Stress) - variável nominal qualitativa, é uma componente avaliativa da satisfação com a vida e sobre a vida no presente.
- Auto-Estima Global – variável nominal qualitativa; componente avaliativa do Auto-Conceito, reflecte o nível de satisfação do indivíduo relativamente a si próprio.
- Auto-Percepção Física - Variável nominal qualitativa, refere-se aos níveis do Auto-Conceito (Funcionalidade; Competência Desportiva; Atracção Corporal; Saúde Física; Força Física; Auto-Valorização Física) e à Auto-Estima Física.

## **3. Instrumentos de Pesquisa**

No presente estudo foi aplicada aos indivíduos da amostra uma bateria de questionários, tendo em conta as características específicas da população (idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular) e as diferentes variáveis a analisar neste estudo, constituídos por quatro instrumentos de medida, assim como uma ficha biográfica.

Os instrumentos a ser utilizados foram:

- Para avaliar a Auto-Estima Global, foi utilizado a aplicação da versão portuguesa da escala de Auto-Estima de Rosenberg, a partir da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965).
- A versão portuguesa do perfil de Auto-Percepções Físicas – versão clínica reduzida - traduzida e adaptada por Ferreira (2006) a partir do *Physical Self-Perception Profile - PSPP short clinical version*, elaborado por Fox et al. (2007).
- O questionário de avaliação do Bem-Estar Subjectivo, elaborado e validado por Diener et al. (1985).

### **3.1. Caracterização dos Instrumentos de Pesquisa**

#### **3.1.1. Questionário de Avaliação do Bem-Estar Subjectivo**

Para obter os dados necessários para estudar o Bem-Estar Subjectivo, é utilizada uma bateria de testes composta por 3 instrumentos de medida: Satisfação com a Vida; Satisfação com a Vida Presente e Percepções de Stress.

- ***Satisfaction With Life Scale / Escala de Satisfação com a Vida***

É uma escala que foi criada por Diener et. al. (1985), e traduzida para a versão portuguesa por Ferreira em 2005. Tem como objectivo avaliar a componente cognitiva do Bem-Estar Subjectivo. É uma escala constituída por cinco itens, sendo um instrumento bastante prático pela fácil compreensão que apresenta e de fácil preenchimento. Para cada item existem 7 alternativas de resposta, cada um com um

valor específico de cotação: “Discordo Totalmente” (1 ponto); “Discordo” (2 pontos); “Discordo Ligeiramente” (3 pontos); “Nem Concordo Nem Discordo” (4 pontos); “Concordo Ligeiramente” (5 pontos); “Concordo” (6 pontos); “Concordo Totalmente” (7 pontos). Após o somatório final dos 5 itens calculamos o grau de satisfação com a vida, que de acordo com a escala varia entre 5 e 35 pontos, correspondendo os valores mais elevados à percepção de maior satisfação com a vida. Os autores apresentaram propriedades psicométricas favoráveis com forte consistência do *Alpha* de Cronbach de 0,87. Em Portugal esta escala foi validada por Neto em 1993 tendo sido encontrada uma consistência de *Alpha* de Cronbach de 0,78.

- ***Self-Anchoring Rating Scale / Escala de Satisfação com a Vida Presente***

A *Self-Anchoring Rating Scale* foi elaborada por 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 no presente. Consiste num desenho de uma escala de 10 degraus, que representa a escala de medição da satisfação com a vida no presente. O topo desta escala (nível 10) representa a melhor vida possível que o indivíduo pode alcançar para consigo mesmo no momento, e o degrau mais baixo da escala (nível 0) representa a pior vida possível. O objectivo nesta escala de satisfação é que o indivíduo assinale o patamar que considera ser o seu nível de Satisfação com a Vida no Presente.

- **Perceived Stress Scale (PSS) / Escala de Percepções face ao Stress**

Escala elaborada por Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983), e tem como objectivo principal avaliar a percepção do controlo com a vida no momento. Esta escala avalia as percepções com afirmações relativas aos sentimentos e pensamentos do indivíduo durante o último mês. Este questionário é formado por 14 questões e tem 5 alternativas de resposta para cada uma das questões. As respostas variam numa escala entre 1 a 5 valores, sendo: 1 – Nunca; 2 – Quase Nunca; 3 – Por vezes; 4 – Com alguma frequência; 5 – Muito frequentemente.

Efectuam-se a soma final dos 14 itens calcula-se o nível de percepção do controlo com a vida no momento, que de acordo com a escala varia entre 14 e 70 valores. Os valores mais baixos representam uma percepção mais elevada de controlo com a vida no momento. Em Portugal foi elaborada uma versão pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 2002, revelando uma boa consistência interna do Alpha de Cronbach de 0,86.

### **3.1.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg**

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* foi desenvolvida por Rosenberg em 1965, e resulta de uma modificação da escala original de Gutman (1953), com o objectivo de atingir uma medida unidimensional de avaliar a Auto-Estima Global. A Versão Portuguesa que vai ser utilizada, foi traduzida e adaptada por Ferreira (2001). Esta escala é constituída por dez itens, cinco referentes à Auto-Confiança e cinco referentes à Auto-Depreciação, ou seja, cinco estão no sentido afirmativo e cinco são feitos mediante a negação da ideia exposta, no entanto eles são apresentados alternadamente, de forma a reduzir o risco de resposta direccionada e também para não induzir em erro o indivíduo durante o seu preenchimento.

Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta (- Concordo completamente; - Concordo; - Discordo; - Discordo completamente).

Para os itens 2, 5, 6, 8, 9 de (Auto-Depreciação) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente - 4, Concordo - 3, Discordo - 2, Discordo completamente - 1. No que concerne aos itens 1, 3, 4, 7 e 10 (de Auto-Confiança) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente - 1, Concordo - 2, Discordo - 3, Discordo completamente - 4.

Para obtermos o valor total relativo à Auto-Estima, realiza-se a soma dos valores de acordo com uma escala que varia entre os 10 e os 40 pontos, quanto maior for a soma obtida, maior é o grau de Auto-Estima de cada indivíduo. Em Portugal esta escala apresenta uma consistência interna do *Alpha* de Cronbach de 0,86.

### **3.1.3. Perfil de Auto-Percepção Física: PSPP-VCR (Fox & Corbin)**

Desde a sua publicação (Fox & Corbin, 1990), o PSPP tem sido eleito por investigadores de diversos países, estando actualmente disponível em 9 línguas, entre as quais a língua portuguesa, sendo traduzida e adaptada por Ferreira & Fox, (2006).

Segundo Fox (1998), até à relativo pouco tempo, uma das principais limitações do desenvolvimento da investigação no domínio das auto-percepções físicas consistia na escassez de instrumentos fiáveis e válidos para a caracterização e avaliação do modo como os indivíduos percebem a sua dimensão física. Mas nos últimos anos foram desenvolvidos instrumentos que se tem vindo a revelar viáveis, contribuindo para a evolução do conhecimento ao nível das auto-percepções.

De acordo com Fonseca & Fox (2002), o PSPP, ao permitir a avaliação simultânea de diferentes facetas do “eu” físico (Corbin & Fox, 1989), tem sido por vezes utilizado em simultâneo com um instrumento de avaliação da Auto-Estima

Global, como é o caso da escala de auto-estima de Rosenberg (Rosenberg, 1989), fornecendo assim uma estrutura conceptual útil para a investigação dos mecanismos de modificação da Auto-Estima através da actividade física e desportiva.

No presente estudo irá ser utilizada a versão PSPP-VCR que está a ser desenvolvido em vários países europeus, na tentativa de estudar as Auto-Percepções dos idosos sendo esta uma faixa etária com inúmeros problemas de saúde.

O PSPP-VCR é constituído por 18 itens mais dois adicionais (19 e 20), que são utilizados por motivo de necessidade de clarificação de conteúdos no desenvolvimento do instrumento. Estes itens estão divididos em seis dimensões, desempenhando uma delas o papel mediador.

As dimensões em análise são as seguintes:

- Funcionalidade (itens 1,7,13) - Percepção e confiança na capacidade funcional e independência física do indivíduo e confiança na capacidade de manter a prática do exercício físico;
- Competência Desportiva (itens 3,9,15) - Percepções ao nível da capacidade de executar e de aprender novas actividades físicas;
- Atracção Corporal (itens 4,10,16) - Percepções 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) - Percepções e confiança em relação à força física e à capacidade de resposta numa situação que solicite força física;
- Auto-Valorização Física (itens 6,12,18) – transmite sentimentos de satisfação, orgulho e confiança com o seu “eu físico”.

Cada item contém um par de afirmações contrárias, (“algumas pessoas sentem que não são muito boas quando se trata de praticar desporto” mas “outras

sentem que são realmente boas acerca de qualquer desporto”), devendo o inquirido, numa primeira fase, seleccionar a afirmação que lhe parece descrevê-lo melhor, para, em seguida indicar o grau de semelhança que entende que essa afirmação tem consigo (se entende que, no seu caso a afirmação seleccionada é «realmente verdade», ou apenas «quase verdade»). Este modelo de oferecer quatro possibilidades de escolha para o mesmo item e foi adoptado de modo a evitar respostas socialmente mais aceites ou desejáveis (Corbin & Fox, 1989; Fox, 1998). O indivíduo numa primeira fase escolhe a afirmação a que melhor se enquadra, para, de seguida, indicar o grau de semelhança que entende que a afirmação tem consigo.

Os itens 2, 3, 8, 11, 14, 15 e 17 são pontuados de 1 a 4 pontos enquanto os restantes itens, 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 16 e 18 são pontuados de 4 a 1. Os itens 19 e 20 são alternativos, uma vez que pretendem determinar qual dos itens em estudo avalia de forma mais clara a dimensão.

Os valores totais podem variar entre 20 e 80, sendo os valores mais elevados correspondentes a maiores níveis de Auto-Percepção Física.

#### **4. Procedimentos**

A fim de aplicar a bateria de auto-percepções físicas dos idosos masculinos activos e não activos, aplicamos os inquéritos em várias instituições no distrito de Leiria mais concretamente nos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos. Para tal solicitamos autorizações às respectivas direcções de cada uma das instituições.

A abordagem aos idosos foi realizada, explicando os parâmetros e o objectivo do estudo e solicitando colaboração para a viabilização do estudo, integrando a amostra.

Seguidamente aplicámos a bateria de testes mencionada anteriormente nos instrumentos de medida aos participantes, explicando-lhes previamente o modo de preenchimento dos questionários e esclarecendo as respectivas dúvidas quando necessário.

Após o preenchimento dos questionários, procedeu-se à recolha dos mesmos, afim de ser feita a análise e o tratamento dos dados.

## **5. Análise e tratamento dos dados do estudo**

Para a análise e tratamento dos dados, foi utilizado o software SPSS para o Windows.

No tratamento estatístico, foi utilizada a estatística descritiva, como forma de apresentação dos cálculos dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de modo a analisar os dados referentes à amostra. Para isso, recorreu-se à média como medida de tendência central, ao desvio padrão como medida de dispersão, e às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais, para as variáveis em escala nominal.

Numa segunda fase, relativamente à estatística inferencial, recorreu-se às análises comparativas através do t-test – para verificar se existem ou não diferenças significativas entre grupos para as variáveis em estudo.

## CAPITULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Sendo o objectivo da investigação estudar o Bem-estar Subjectivo, a Auto-Estima e a Auto-Percepção Física Conceito Físico, o estudo estendeu-se a um conjunto de homens idosos activos e sedentários com o propósito de saber se existem efeitos significativamente diferentes nos dois grupos relativamente à qualidade de vida. Iremos proceder à apresentação e análise dos resultados tendo como base os instrumentos de estudo utilizados.

### 1. Análise Descritiva

O presente capítulo tem por objectivo apresentar os resultados obtidos. A amostra total em estudo é de 150 idosos com mais de 65 anos praticantes e não praticantes de exercício físico, sendo a população da mesma amostra proveniente de diversos concelhos e distritos de Portugal, mas predominantemente dos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos.

#### 1.1. Variáveis Independentes

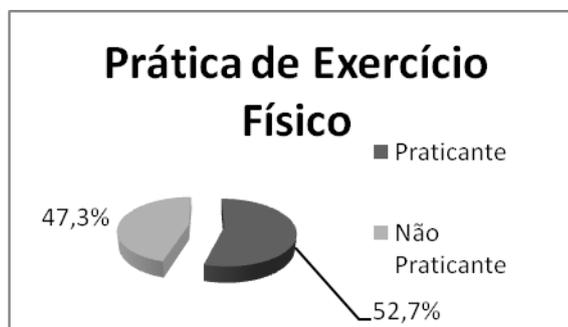


Gráfico 2 – Valores Descritivos da Variável Independente Prática de Exercício Físico  
Com a análise do gráfico acima apresentado, verificamos que dos 150 idosos,

52.7 % (n=79) são praticantes de exercício físico e 47.3 % (n=71) são sedentários.

Tabela 1: Valores descritivos da Variável Independente Frequência da Actividade Física por semana

|                              | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Nenhuma vez por semana       | 71         | 47,3        | 47,3                  |
| Uma ou duas vezes por semana | 44         | 29,3        | 76,7                  |
| Três ou mais vezes           | 35         | 23,3        | 100,0                 |
| Total                        | 150        | 100,0       |                       |

Dos 79 praticantes 44 praticam exercício físico uma ou duas vezes por semana, 35 três ou mais vezes e 47.3% (n=71) não pratica exercício físico nenhuma vez por semana.

Tabela 2: Valores descritivos da variável independente Grau de Escolaridade

|                                | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|--------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Até ao 4º ano                  | 95         | 63,3        | 63,3                  |
| Até ao 6º ano                  | 10         | 6,7         | 70,0                  |
| Até ao 9º ano                  | 18         | 12,0        | 82,0                  |
| Até ao 12º ano                 | 15         | 10,0        | 92,0                  |
| Bacharel, Licenciatura ou mais | 12         | 8,0         | 100,0                 |
| Total                          | 150        | 100,0       |                       |

Relativamente ao grau de escolaridade da amostra em causa, podemos verificar na tabela anterior, que a grande maioria dos sujeitos em estudo (n=95) tem apenas a escolaridade até ao 4º ano, tendo 10 estudado até ao 6º ano, 18 até ao 9º ano, 15 até ao 12º ano e 12 têm bacharel ou mais.

Tabela 3: Valores descritivos da variável independente Profissão

|                                 | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Reformado                       | 107        | 71,3        |
| Agricultor                      | 11         | 7,3         |
| Empregado Fabril                | 10         | 6,7         |
| Motorista                       | 4          | 2,7         |
| Enfermeiro                      | 3          | 2,0         |
| Comerciante                     | 3          | 2,0         |
| Padeiro                         | 2          | 1,3         |
| Emp. Bancário                   | 2          | 1,3         |
| Cozinheiro                      | 2          | 1,3         |
| Mecânico Máquinas Florestais    | 1          | ,7          |
| Economista                      | 1          | ,7          |
| Técnico de Manutenção de Aviões | 1          | ,7          |
| Técnico Oficial de Contas       | 1          | ,7          |
| Solicitador                     | 1          | ,7          |
| Técnico de Vendas               | 1          | ,7          |
| Total                           | 150        | 100,0       |

No que diz respeito à profissão exercida pela população alvo, a grande maioria é Reformado (n= 107), seguido de Agricultores (n=11) e Empregados Fabril (n=10). Os restantes idosos têm diversas profissões, tendo n=4 Motoristas, n=3 Enfermeiros e Comerciantes, n=2 as seguintes profissões: Empregado Bancário, Padeiro e Cozinheiro. Existe ainda um sujeito Técnico de Vendas, um Mecânico de Máquinas Florestais, um Economista, um Técnico de Manutenção de Aviões, e um Técnico Oficial de Contas e Solicitador, como podemos constatar na tabela 3.

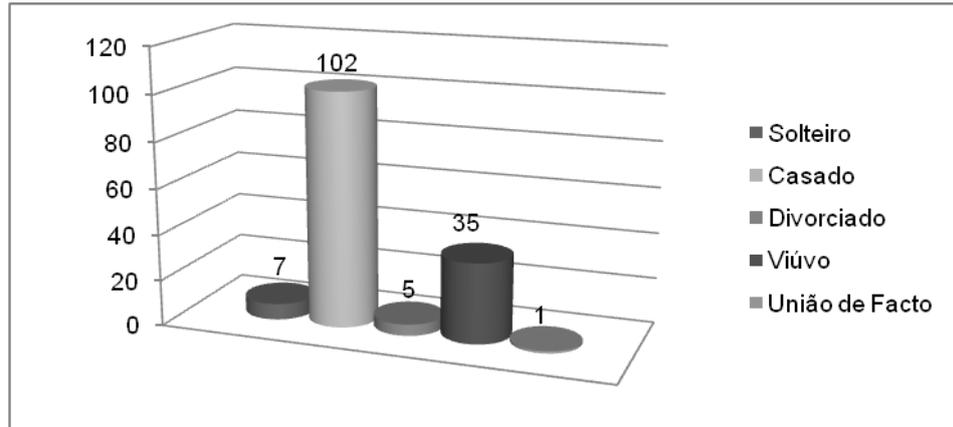


Gráfico 3 – Valores descritivos da variável independente Estado Civil

Grande parte da população -  $n=102$  – são casados, seguindo-se 35 indivíduos viúvos, 7 solteiros, 5 divorciados e 1 a viver em união de facto. Como podemos verificar no Gráfico 2.

Tabela 4: Valores descritivos da variável independente Idade - Grupo Etário

|       | Frequência | Percentagem | Percentagem Acumulada |
|-------|------------|-------------|-----------------------|
| 65-75 | 104        | 69,3        | 69,3                  |
| +75   | 46         | 30,7        | 100,0                 |
| Total | 150        | 100,0       |                       |

Na tabela 4 podemos verificar que 104 dos indivíduos em estudo estão situados no intervalo entre os 65 e os 75 anos e 46 indivíduos apresentam mais de 75 anos.

Tabela 5: Média de idades dos Idosos Praticantes/Sedentários

| Praticantes   |    |      |      |       |               | Sedentários |      |      |       |               |
|---------------|----|------|------|-------|---------------|-------------|------|------|-------|---------------|
|               | N  | Mín. | Máx. | Média | Desvio Padrão | N           | Mín. | Máx. | Média | Desvio Padrão |
| Idade em Anos | 79 | 65   | 87   | 71,34 | 5,97          | 71          | 65   | 92   | 73,01 | 7,15          |

Ao analisarmos a média de idades dos idosos activos, verificamos através da tabela 5 que a média de idades dos idosos activos é de  $71,34 \pm 5,97$ . Relativamente aos idosos sedentários, verificamos que a média de Idades é de  $73,01 \text{ anos} \pm 7,15$ .

Tabela 6: Valor Descritivo da Variável Independente – Horas de Sono

| Horas de Sono | Frequência | Percentagem |
|---------------|------------|-------------|
| 4             | 5          | 3,3         |
| 5             | 12         | 8           |
| 6             | 36         | 24          |
| 7             | 35         | 23,3        |
| 8             | 45         | 30          |
| 9             | 11         | 7,3         |
| 10            | 6          | 4           |
| Total         | 150        | 100         |

Na tabela 6 estão representadas as horas de sono. Verificamos que os idosos que dormem menos tempo, dormem quatro horas por noite, estando 5 idosos nestas condições, existem 6 idosos que dormem dez horas, sendo este o número máximo de horas dormidas em média por noite.

## 1.2. Variáveis Dependentes

Passamos à análise das variáveis dependentes. A Tabela 7 apresenta valores de média e desvio padrão relativos às variáveis dependentes em estudo, estes valores aparecem em função do nível de actividade física analisando praticantes e não praticantes.

Tabela 7: Valores Descritivos das Variáveis Dependentes

|                            | Praticantes |       |               | Sedentários |       |               |
|----------------------------|-------------|-------|---------------|-------------|-------|---------------|
|                            | N           | Média | Desvio Padrão | N           | Média | Desvio Padrão |
| Bem-Estar Subjectivo Total | 79          | 24,06 | 6,18          | 71          | 20,58 | 6,06          |
| Vida Presente              | 79          | 6,66  | 1,80          | 71          | 5,35  | 1,67          |
| PSS Total                  | 79          | 47,14 | 5,67          | 71          | 48,07 | 4,98          |
| Auto Estima Global         | 79          | 26,66 | 2,40          | 71          | 26,56 | 1,83          |
| Funcionalidade             | 79          | 8,56  | 1,99          | 71          | 7,38  | 1,56          |
| Competência Desportiva     | 79          | 7,24  | 2,23          | 71          | 6,87  | 1,69          |
| Atracção Corporal          | 79          | 7,79  | 2,16          | 71          | 6,85  | 1,86          |
| Saúde Física               | 79          | 7,66  | 2,10          | 71          | 7,00  | 1,91          |
| Força Física               | 79          | 7,19  | 1,83          | 71          | 6,66  | 1,46          |
| Auto-Valorização Física    | 79          | 7,66  | 2,35          | 71          | 6,73  | 1,94          |

Na tabela 7 estão representados os valores médios e de desvio padrão das diferentes dimensões em cada um dos instrumentos utilizados.

Os praticantes apresentam uma média de  $24,06 \pm 6,18$  enquanto que os sedentários apresentam valores de média de 20,59 e desvio padrão de 6,06.

Verificamos que a variável Bem-Estar Subjectivo apresenta valores máximos e valores médios mais elevados nos praticantes de exercício físico

comparativamente aos sedentários. Podemos assim constar que os idosos praticantes de exercício físico apresentam uma melhor perspectiva do Bem-Estar comparando com os idosos sedentários.

No que respeita à Satisfação com a Vida Presente verificamos que os valores médios são superiores no primeiro grupo, apresentando 6,66 de média e desvio padrão de 1,80, relativamente aos não praticantes, estes tem uma média de  $5,35 \pm 1,67$ . O que nos leva a crer que os praticantes de exercício físico sentem-se mais confortáveis comparativamente aos sedentários.

Relativamente ao PSSTotal (*Perceived Stress Scale*), que avalia a percepção do controlo com a vida, os idosos sedentários apresentam valores médios ligeiramente acima dos idosos activos, o que nos leva a concluir que os idosos praticantes apresentam índices de stress inferiores aos idosos sedentários. O que acaba por ir de encontro ao defendido por Ku, Mckenna, & Fox (2007), que citam (num estudo realizado a um grupo de idosos para aprofundar os efeitos do Bem-Estar Subjectivo e da Actividade Física) que normalmente os idosos aliam felicidade a Bem-Estar. Os valores de média dos idosos praticantes são de  $47,14 \pm 5,67$ , enquanto que os idosos sedentários apresentam valores de média  $48,07 \pm 4,98$ .

Na Auto-Estima Global medida através da Escala de Auto-Estima de Rosenberg, os valores são muito semelhantes embora os idosos activos apresentem valores ligeiramente superiores aos idosos sedentários. Assim os idosos praticantes apresentam valores de média  $26,66 \pm 2,40$  e os não praticantes apresentam valores de média  $26,56 \pm 1,83$ .

Relativamente às dimensões da Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Saúde Física, Força Física e Auto Valorização Física que são variáveis do *Physical Self Perception Profile (PSPP)*, todas apresentam valores médios mais elevados nos idosos activos.

Como podemos constar na tabela 7, os idosos activos apresentam valores médios superiores aos idosos sedentários à excepção da Percepção de Stress (PSSTotal).

## **2. Análise Factorial Exploratória**

No sentido de realizar uma análise da estrutura factorial dos principais componentes constituintes do PSPP-VCR. Realizámos uma análise factorial exploratória utilizando método da rotação oblíqua, sendo somente utilizado os cruzamentos com valores superiores a 0.4.

De acordo com Tinsley & Tinsley (1987, citados por Ferreira & Fox, 2007) os factores têm de ter pelo menos três itens para serem considerados válidos.

Tabela 8: Análise das Componentes – Método da Rotação

|                           | Item<br>n.º | F1<br>loadings | F2<br>loadings | F3<br>loadings | F4<br>loadings | F5<br>loadings | F6<br>loadings |
|---------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| F1                        | 11          | ,78            |                |                |                |                |                |
|                           | 14          | ,57            |                |                |                |                |                |
|                           | 17          | ,43            |                |                |                |                |                |
|                           | 19          | ,65            |                |                |                |                |                |
| Competência<br>Desportiva | 2           |                | ,75            |                |                |                |                |
|                           | 3           |                | ,67            |                |                |                |                |
|                           | 8           |                | ,62            |                |                | [,45]          |                |
|                           | 15          |                | ,54            |                |                |                |                |
| Atracção Corporal         | 9           |                |                | ,50            |                |                |                |
|                           | 10          |                |                | ,84            |                |                |                |
|                           | 16          |                |                | ,75            |                |                |                |
| F4                        | 4           |                |                |                | ,68            |                |                |
|                           | 13          |                |                |                | ,75            |                |                |
| F5                        | 1           |                |                |                |                | ,67            |                |
|                           | 5           |                |                |                | [,40]          | ,62            |                |
| F6                        | 7           |                |                |                |                |                | ,80            |
|                           | 20          |                |                |                |                |                | -,68           |
| Eigenvalue                |             | 3,62           | 2,22           | 1,43           | 1,30           | 1,12           | 1,08           |
| % Variância               |             | 12,349         | 11,938         | 11,110         | 10,085         | 9,128          | 8,767          |
| % Var. acumulada          |             | 12,349         | 24,287         | 35,397         | 45,482         | 54,610         | 63,377         |

A análise dos componentes principais realizada aos idosos apresenta seis factores tal como no modelo original (Fox, et al., 2007). O resultado destes seis

factores explica uma variância de 63,38%. Verificamos também a presença de alguns *cross loadings* (pesos cruzados) em diferentes factores.

Como todos os factores para ser considerados estatisticamente significativos devem ter pelo menos três itens, o presente estudo não consegue atingir o desejado, apresentando no máximo dois itens associados. Conseguimos porém identificar as componentes competência desportiva e atracção corporal pela respectiva designação, embora com a consciência plena que não são verdadeiros factores.

### 3. Análise da Consistência Interna do Instrumento

Foi utilizado o coeficiente *Alpha* Cronbach, para verificar a consistência interna de cada domínio. Segundo Ferreira, (2004) e para que a variável seja considerada aceitável e para permitir futuras análises são aconselhadas os valores iguais ou superiores a 0,70, e os valores mínimos até 0,60.

Tabela 9: Consistência interna – *Alpha* de Cronbach

|                   | Funcionalidade | Competência Desportiva | Atracção Corporal | Saúde Física | Força Física | Auto-Valorização Física |
|-------------------|----------------|------------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Alpha de Cronbach | ,68            | ,68                    | ,72               | ,74          | ,68          | ,66                     |

Ao analisarmos a tabela anterior verificamos que existe uma boa consistência interna (com valor igual ou superior a 0,70) nos constructos psicológicos Atracção Corporal e Saúde Física, os restantes constructos estão acima de 0,60 (valor mínimo considerado).

#### 4. Estrutura Hierárquica do Instrumento

Tabela 10: Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial

|                         | Funcionalidade | Competência Desportiva | Atracção Corporal | Saúde Física | Força Física | Auto-valorização Física | Auto-estima Global |
|-------------------------|----------------|------------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------|
| Funcionalidade          | 1              | ,260**                 | ,341**            | ,119         | ,370**       | ,619**                  | ,078               |
| Competência Desportiva  |                | 1                      | ,268**            | ,472**       | ,434**       | ,274**                  | ,298**             |
| Atracção Corporal       |                |                        | 1                 | -,017        | ,300**       | ,436**                  | ,052               |
| Saúde Física            |                |                        |                   | 1            | ,332**       | ,173*                   | ,097               |
| Força Física            |                |                        |                   |              | 1            | ,397**                  | ,101               |
| Auto-valorização Física |                |                        |                   |              |              | 1                       | ,002               |
| Auto-estima Global      |                |                        |                   |              |              |                         | 1                  |

\*\* Correlação significativa para 0.01

\* Correlação significativa para 0.05

Depois de analisar todos os factores apresentados na tabela 10 verificamos que a Funcionalidade apresenta maior correlação com a Competência Desportiva, Atracção Corporal, Força Física e com a Auto-Valorização Física, com uma significância de  $p < 0,01$ .

Relativamente à Competência Desportiva podemos apurar que apresenta uma forte correlação com todas as variáveis, com uma significância de  $p < 0,01$ .

A Atracção Corporal além das fortes correlações já referidas apresenta ainda forte correlação com a Força Física e a Auto-Valorização Física, com uma significância de  $p < 0,01$ .

A Saúde Física apresenta forte correlação com Competência Desportiva e com a Força Física, para uma significância de  $p < 0,01$  e com a Auto-valorização Física para uma significância de  $p < 0,05$ .

No que concerne à Força Física além de apresentar correlação com a Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal e Saúde Física apresenta ainda correlação com a Auto-Valorização Física, para uma significância de  $p < 0,01$ .

A Auto-Estima Global apresenta apenas significância de  $p < 0,01$  para a variável Competência Desportiva.

Fox (1990) estabeleceu quatro condições de suporte e de validade da estrutura hierárquica do modelo das auto-percepções físicas:

- De todos os sub-domínios, a Auto-valorização Física deve estabelecer a correlação mais forte com a Auto-estima Global;
- Os sub-domínios devem ter uma relação mais forte com a Auto-valorização Física do que com a Auto-estima Global;
- 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;
- A relação entre os sub-domínios deve ser mais fraca quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente.

Tendo em conta as condições de suporte e de validade da estrutura hierárquicas do modelo das auto-percepções físicas, verificamos que o presente estudo apenas obedece a duas das quatro condições de validação:

- Os sub-domínios a Auto-valorização Física estabelecem a correlação mais forte com a Auto-estima Global;

- Os sub-domínios têm uma relação mais forte com a Auto-valorização Física do que com a Auto-estima Global, exceptuando a competência desportiva;
- A relação entre os sub-domínios deve ser mais fraca quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente, exceptuando a auto estima global.

Tabela 11: Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial – retirados os efeitos da Auto-Valorização Física

|                         |                        | Funcionalidade | Competência Desportiva | Atracção Corporal | Saúde Física | Força Física | Auto-Estima Global |
|-------------------------|------------------------|----------------|------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------------|
| Auto-valorização Física | Funcionalidade         | 1              | ,120                   | ,101              | ,016         | ,172         | ,097               |
|                         | Competência Desportiva |                | 1                      | ,172              | ,449         | ,368         | ,309               |
|                         | Atracção Corporal      |                |                        | 1                 | -,104        | ,153         | ,057               |
|                         | Saúde Física           |                |                        |                   | 1            | ,291         | ,098               |
|                         | Força Física           |                |                        |                   |              | 1            | ,109               |
|                         | Auto-estima Global     |                |                        |                   |              |              | 1                  |

A relação entre os sub-domínios e a Auto-estima Global aumenta quando os efeitos da Auto-valorização Física são removidos estatisticamente através da correlação parcial, o que de facto não vai de encontro aos estudos de Fox (1990).

Estudos de Ferreira et al. (2007), na população portuguesa, verificou também que existe um aumento da relação da Auto-estima com os restantes sub-domínios quando retirados os efeitos da Auto-valorização Física.

Passamos a analisar a relação entre as variáveis e a Auto-Estima Global através da regressão, presente na tabela em baixo.

## 5. Regressões

Tabela 12: Regressão múltipla Stepwise

| Dimensões                                       | R Quadrado |
|---|------------|
| Funcionalidade                                  | ,383       |
| Funcionalidade Força Física                     | ,416       |
| Funcionalidade, Força Física, Atracção Corporal | ,459       |

O peso das variáveis independentes que analisamos na tabela 12 explicam 45,9% da variância total relativamente à variável dependente Auto-Valorização Física, estas três variáveis são responsáveis pela variância da Auto-Valorização Física.

A Funcionalidade explica 38,3% da variância total relativa à variável Auto-Valorização Física, sendo que associada à Força Física explica 41,6% e as duas associadas à Atracção Corporal explica 45,9% da variância total.

## 6. Estatística Inferencial

De seguida passamos a apresentar os dados da comparação entre as diferentes variáveis dependentes em função da prática/não prática de Actividade Física.

Tabela 13: Bem-Estar Subjectivo em função do Grupo Etário

|                      | 65 – 75 anos |               | 76 ou mais anos |               | t-test |      |
|----------------------|--------------|---------------|-----------------|---------------|--------|------|
|                      | Média        | Desvio Padrão | Média           | Desvio Padrão | t      | p    |
| Bem-Estar Subjectivo | 22,22        | 6,43          | 22,85           | 6,21          | -,556  | ,579 |

Ao comparar os grupos de idades através do T-teste, verificámos ao contrário do que esperávamos que os idosos com idades entre os 65 e os 75 anos apresentam valores médios inferiores aos idosos com mais de 75 anos relativamente ao Bem-Estar Subjectivo, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa ( $p = ,579$ )

Relativamente ao Bem-Estar Subjectivo, à Auto-Estima Global e à Auto-Percepção Física verificamos:

Tabela 14: Bem-Estar Subjectivo, Auto-Estima Global, Auto-Percepção Física em função da prática de Exercício Físico.

|                       |                                | Praticantes |               | Sedentários |               | t-test |        |
|-----------------------|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--------|--------|
|                       |                                | Média       | Desvio Padrão | Média       | Desvio Padrão | t      | p      |
| BES                   | Satisfação com a Vida em Geral | 24,07       | 6,18          | 20,56       | 6,07          | 3,48   | ,001** |
|                       | Vida Presente                  | 6,66 ±      | 1,80          | 5,35        | 1,67          | 3,59   | ,000** |
|                       | Percepção de Stress            | 47,13       | 5,67          | 48,07       | 4,98          | -1,06  | ,289   |
| AEG                   | Auto-Estima Global             | 26,66       | 2,40          | 26,56       | 1,82          | ,27    | ,788   |
| Auto-Percepção Física | Funcionalidade                 | 8,56        | 1,99          | 7,38        | 1,56          | ,4,00  | ,000** |
|                       | Competência Desportiva         | 7,24        | 2,24          | 6,87        | 1,69          | 1,13   | ,263   |
|                       | Atracção Corporal              | 7,78        | 2,16          | 6,85        | 1,86          | 2,83   | ,005** |
|                       | Saúde Física                   | 7,66        | 2,10          | 7,00        | 1,90          | 2,00   | ,047*  |
|                       | Força Física                   | 7,19        | 1,83          | 6,66        | 1,46          | 1,94   | ,055   |
|                       | Auto-Valorização Física        | 7,66        | 2,35          | 6,73        | 1,94          | 2,62   | ,010*  |

\*\* Correlação significativa para 0.01

\* Correlação significativa para 0.05

Ao comparar os grupos Praticante e não Praticante através do t-test verificamos que existem diferenças significativas de 0,01 nas variáveis Satisfação com a Vida em Geral, Vida Presente, Funcionalidade, Atracção Corporal e diferenças de 0,05 nas variáveis Saúde Física e Auto-valorização Física. Relativamente à Percepção de Stress, à Auto-Estima Global, Competência Desportiva e Força Física embora apresentem valores médios superiores nos praticantes esta diferença de valores não é suficiente para ser considerada estatisticamente significativa.

## CAPITULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em seguida procederemos à discussão dos resultados apresentados no estudo, com intenção de uma melhor explicação do seu significado e estabelecendo comparações com estudos presentes na revisão da bibliografia

Tínhamos como objectivo aferir a importância da Actividade Física na Qualidade de Vida dos idosos, confrontar os resultados com os resultados obtidos pelos idosos que não praticam Actividade Física e avaliar os efeitos desta actividade no que respeita à Qualidade de Vida e ao Bem-Estar.

O presente trabalho de investigação representa uma pequena amostra da população, com 150 idosos do sexo masculino, sendo que 79 são activos e 71 sedentários.

Os questionários foram distribuídos no distrito de Leiria, mais propriamente nos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos. Muitos dos idosos activos aqui presentes fazem parte de programas organizados pelas câmaras, centros de dia, universidade sénior, etc. embora nos tenhamos deparado com algumas dificuldades, uma vez que se encontram sempre muito mais mulheres nos programas do que homens. O que poderá ser explicado pelo facto da esperança média de vida ser maior no género feminino do que no género masculino (INE 2004). Outra explicação possível é o facto de as mulheres e segundo opiniões retiradas aquando da distribuição dos questionários preferirem praticar exercício físico em grupo, enquanto que os homens preferem praticar exercício individualmente.

De facto é seriamente importante a realização destes programas com metodologia especificada e exercícios adequados para as idades em questão, o que leva os idosos de uma forma geral a sentirem-se mais dispostos para a vida (Simões, 1992).

Abaixo serão discutidos os resultados apresentados nas tabelas.

Na bateria de questionários do Bem-Estar Subjectivo, verificámos que a variável Satisfação com a Vida em Geral apresenta um valor de média superior para

os idosos que praticam Actividade Física com 24,07 de média e desvio padrão 6,18, ao valor de média de 20,6 e 6,07 de desvio padrão, apresentado pelos idosos sedentários.

Na variável Satisfação com a Vida Presente os idosos praticantes apresentam valores médios mais elevados em relação aos idosos sedentários: Praticantes –  $M= 6,66 \pm 1,80$ , Sedentários –  $M= 5,35 \pm 1,67$ .

Ainda relativamente ao Bem-estar Subjectivo, analisámos a Percepção de Stress (*Perceived Stress Scale*), onde verificámos que os idosos activos apresentam valores médios inferiores relativamente aos idosos sedentários, levando-nos a constatar que os idosos activos apresentam um menor nível de stress face à vida, o que vai de encontro ao defendido por Ku et al. (2007) que citam que normalmente os idosos aliam Felicidade a Bem-Estar. Os idosos praticantes apresentam uma média de 47,13 com desvio padrão de 5,67 e os idosos sedentários uma média de  $26,56 \pm 1,82$ .

Verificamos com estes resultados que os praticantes de exercício físico sentem-se mais confortáveis comparativamente aos sedentários, uma vez que apresentam maiores níveis de satisfação com a sua aparência do que idosos inactivos. Este facto leva-nos a constatar, como verificamos noutros estudos presentes na revisão da literatura, que a prática de actividade física está relacionada com a atitude perante o corpo e os ideais sócio-culturais do corpo. A importância que existe na relação entre o prazer que o indivíduo pode sentir ao desempenhar uma actividade física do seu agrado e a harmonia que estabelece consigo próprio é factor de Bem-Estar (Wankel, 1993). O contributo da actividade aparece ligado à saúde mental dos idosos por manutenção de um estilo de vida activo, desenvolvendo uma agilidade mental, atitude positiva para a vida, diminuindo funções negativas e isolamento (Fox et al., 2001).

Segundo Gallahue & Ozmun (1995), factores como o exercício, um estilo de vida fisicamente activo e a capacidade de executar as actividades da vida diária podem ter impacto positivo sobre como um indivíduo idoso se sente e como os outros o vêem. Contrariamente, a falta de domínio motor pode influenciar negativamente a saúde psicológica desse indivíduo. As directrizes para promover a actividade física entre idosos (OMS, 2007) reconhecem a influência positiva da

actividade física no Bem-Estar de idosos. A Actividade física pode levar ao aumento de capacidade aeróbia e força, como também melhor a flexibilidade e equilíbrio, diminuindo o risco de aparecimento de doenças, levando a uma baixa mortalidade.

Nos estudos analisados por Berger & McInman (1993), concluiu-se que existe relação positiva da Actividade Física com a personalidade, Satisfação com a Vida, Auto-Estima e Stress. Como a personalidade é um factor estável, é improvável que a sua mudança resulte apenas do exercício. Já a Satisfação com a Vida e a Actividade Física teriam uma alta correlação em indivíduos idosos.

Para os autores, estão relacionados à satisfação com a vida os seguintes resultados da participação em actividade física:

- a) Aumento da Auto-Eficácia e da competência;
- b) A melhora no Auto-Conceito, Auto-Estima e Imagem Corporal;
- c) Alto nível de Qualidade de Vida.

Além disso, os idosos fisicamente activos apresentaram saúde melhor e relataram aumento na capacidade de enfrentar o stress e a tensão no dia-a-dia, factores que influenciam a percepção do nível de satisfação com a própria vida.

Podemos concluir que os resultados obtidos vão de encontro ao esperado e apresentado na revisão da literatura, embora na variável Percepção de Stress fossem esperadas maiores diferenças entre os idosos activos e os sedentários, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Na Auto-Estima Global medida através da Escala de Auto-Estima de Rosenberg, os idosos activos apresentem valores ligeiramente superiores aos idosos sedentários, embora os valores não apresentem diferenças significativas (Praticantes:  $M= 26,66 \pm 2,40$ , Sedentários:  $M= 26,56 \pm 1,82$ ).

Em diversos estudos podemos constatar que a Actividade Física traz consequências muito positivas, acarretando benefícios psicológicos, tais como: melhor sensação de Bem-Estar, humor e Auto-Estima, assim como, a redução da ansiedade, tensão e depressão, isto além dos benefícios fisiológicos. Segundo Dishman et al. (1998), as adaptações fisiológicas agudas e crónicas do exercício,

como o aumento da temperatura e do fluxo sanguíneo cerebral, alterações autonómicas e endócrinas, são possíveis explicações para os benefícios psicológicos da actividade física.

Para Davis (1997), Fox (1997) e Hasse (2000), com o processo de envelhecimento diminui a Auto-Imagem e a Auto-Estima. O ser humano é dependente do seu corpo, das habilidades, roupas, cabelos, da integração e harmonia com relação ao “eu”. A Actividade Física surge como uma forma de envelhecer activo, para que os idosos possam ter autonomia e independência por mais tempo com melhor Auto-Estima. Fox (1997) afirma que a Auto-Estima tem vindo a crescer com a prática de exercícios físicos, tendo resultados muito satisfatórios na Qualidade de Vida e Bem-Estar mental. Segundo o autor a Auto-Estima está correlacionada directamente com a Auto-Imagem.

Mc Auley (2000) et al. e também Mazo (2003) realizaram pesquisas sobre Qualidade de Vida e actividade física com idosos, verificando que os idosos mais activos possuíam melhor Auto-Imagem e Auto-Estima. Chogahara, Cousins & Wankel (1998) comprovam isso mesmo, afirmando que a actividade física possui influências sociais nos idosos e traz benefícios em relação à família, amigos, Bem-Estar, integração social e melhora na Auto-Estima.

Gaya (1985) num estudo sobre a auto-imagem em indivíduos com problemas de coração praticantes e não praticantes de exercícios físicos, utilizou o mesmo instrumento deste estudo na recolha de dados, e verificou melhoras significativas na auto-imagem dos praticantes de exercícios físicos em relação aos não praticantes, recuperando a Auto-Imagem perdida pela doença. Este grupo de doentes possui características semelhantes com o grupo de idosos principalmente pela presença de doenças que segundo Fox (1997), é um factor agravante muito importante para a Auto-Imagem negativa.

Também num estudo com idosos, Safons (2000) teve como objectivo verificar as contribuições da prática regular de actividade física para a melhoria da Auto-Imagem e Auto-Estima, os resultados mostraram que participar de um programa regular de actividades físicas contribui de forma significativa para a melhoria da Auto-Imagem e Auto-Estima dos idosos.

Como podemos constatar, vários autores fazem referência a alterações positivas nos praticantes em relação aos sedentários. O nosso estudo não é excepção embora fossem de esperar diferenças maiores entre os grupos.

Quanto às dimensões da Auto-Percepção Física medidas através do PSPP – VCR, todas apresentam valores médios mais elevados nos idosos activos, o que vem de encontro a todos os estudos anteriormente realizados sobre esta temática. São elas:

- Funcionalidade –  $M = 8,56 \pm 1,99$  nos idosos praticantes e  $7,38 \pm 1,56$  nos idosos não praticantes.
- Competência Desportiva – Praticantes  $M = 7,24 \pm 2,24$ , Sedentários  $6,87 \pm 1,69$ .
- Atracção Corporal – os praticantes apresentam uma média de 7,78 com desvio padrão de 2,16 e os sedentários 6,85 de média e 1,86 de desvio padrão.
- Saúde física –  $7,66 \pm 2,10$  para os idosos Praticantes e  $7,00 \pm 1,90$  para os idosos sedentários.
- Força Física – os praticantes apresentam valores de média de 7,19 e 1,83 de desvio padrão e os sedentários de  $6,66 \pm 1,46$ .
- Auto-Valorização – Praticantes  $M = 7,66 \pm 2,35$ , Sedentários  $6,73 \pm 1,94$ .

Ao analisar as Auto-Percepções Físicas, verificou-se que os idosos que praticam actividade física apresentaram valores superiores em todas as dimensões e estatisticamente significativos nas dimensões Funcionalidade, Atracção Corporal Saúde Física e Auto-Valorização Física.

Outros estudos realizados nesta área obtiveram resultados idênticos, como poderemos verificar seguidamente:

- Ponte et. al. (1991) observaram a influência da prática de Actividade Física nas Auto-Percepções Físicas e verificaram que, entre praticante e um não praticante, o primeiro apresentava valores mais elevados ao nível das Auto-Percepções.
- Faria & Silva (2000) ao relacionarem a prática de exercício físico com o Auto-Conceito Físico e Social, o sentido de humor e a Auto-Estima Global,

concluíram que a prática de exercício físico tem um efeito promotor sobre todos os domínios estudados.

- Carapeta (2001) concluiu que a experiência desportiva está associada a um aumento em alguns domínios do Auto-Conceito, nomeadamente da competência física e aparência física. Associados a estes aumentos nos domínios específicos do auto-conceito físico estão, segundo Berger e McInman (1993), melhorias ao nível da segurança, confiança e maior facilidade em reagir perante situações de *stress* e tensão. Um estudo desenvolvido por estes autores, no qual participaram idosos praticantes e não praticantes de actividade física, demonstrou resultados que evidenciam que os idosos praticantes possuem características de personalidade mais positivas, com consequências ao nível de sentimentos positivos de Auto-Estima.
- Fox (1997) referiu ainda a importância dos aspectos relacionados com as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física.
- Segundo Berger e Motl (2001), a Actividade Física influencia directamente à saúde e os subdomínios do *self*, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas pela sua influência em variáveis como o afecto, *stress* percebido, Saúde Física e Satisfação com a Vida.

No que concerne a este estudo verificámos que os idosos que praticavam Actividade Física apresentavam valores mais elevados em todas as escalas das Auto-Percepções Físicas.

Existem inúmeros estudos que relacionam a prática de Actividade Física com o grau de funcionalidade e autonomia, ou seja, com a capacidade de permanecer independente dos outros e com a realização de tarefas do quotidiano. Os resultados desses estudos evidenciam que a actividade física surge como um potenciador da qualidade de vida da pessoa idosa, ao nível da capacidade de manter autonomamente as diferentes facetas da sua actividade diária (Cunningham et. al., 1993). Contudo, os resultados deste estudo evidenciaram não haver diferenças estatisticamente significativas no domínio da Competência Desportiva e na Força Física entre praticantes e não praticantes.

Estes resultados permitem-nos concluir uma relação positiva entre a Actividade Física e as Auto-Percepções Físicas.

Apresentamos de seguida a aceitação das hipóteses do presente estudo com base nos resultados, inicialmente apresentadas:

Aceitamos a hipótese 1H<sub>0</sub> – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida em Geral;

Aceitamos a hipótese 2H<sub>0</sub> - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida Presente;

Aceitamos a hipótese 3H<sub>1</sub> - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Percepção de Stress;

Aceitamos a hipótese 4H<sub>1</sub> – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Auto-Estima Global;

Aceitamos a hipótese 5H<sub>1</sub> – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Auto-Valorização Física;

Aceitamos a hipótese 6H<sub>1</sub> – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Grupo Etário e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo.

## CAPITULO VI – CONCLUSÕES

### 1. Conclusões Gerais

Tínhamos como objectivo aferir o Bem-Estar Subjectivo e Qualidade de Vida em idosos do sexo masculino comparando praticantes de Actividade Física com não praticantes.

Segundo alguns autores a velhice envolve um processo fisiológico, onde o ritmo e o declínio de determinadas funções orgânicas variam de um órgão para o outro, como também entre idosos da mesma idade, mas este envelhecimento não é homogéneo, pois varia de pessoa para pessoa e podemos verificar que certos idosos, por vezes, parecem mais velhos do que a sua idade biológica, enquanto, que com outros acontece o contrário.

As pessoas idosas, que por motivos diversos não conseguem encontrar novas formas de conviver com estas transformações, e não constroem uma adaptabilidade, por vezes necessária para uma melhor convivência social e/ou familiar, acabam limitando as suas possibilidades de comunicação e expressão, o que poderá gerar algum tipo de alteração na forma como vê e sente o seu corpo, ou seja, na sua imagem corporal.

A superação destes sentimentos que marcam a vida destes indivíduos passa necessariamente com a prática de actividade física, o que ajudará a libertarem-se de preconceitos e a reconquistarem Auto-Estima e independência, esta actividade física deverá ter como objectivos processos simples com a finalidade de estimular o organismo para a realização das actividades da vida diária de uma forma autónoma o que trará efeitos positivos no idoso, como a conquista de uma melhor Auto-Estima e uma melhor Qualidade de Vida.

Neste estudo podemos constatar o referido anteriormente, já que comprova que existem efeitos positivos na prática de Actividade Física, uma vez que os idosos

activos apresentam melhores resultados relativamente aos idosos que não praticam exercício físico.

Como podemos verificar:

- No que respeita aos valores de Bem-Estar Subjectivo Total (BESTotal), os idosos praticantes apresentam valores médios superiores aos não praticantes, valores estes que são estatisticamente significativos, o que nos leva a concluir que a prática regular de exercício físico promove o Bem-Estar Subjectivo Total.
- No que concerne à Vida presente, os idosos praticantes apresentam valores médios superiores aos não praticantes, valores que são estatisticamente significativos, o que nos leva a concluir que a prática regular de Exercício Físico promove efeitos positivos na maior Satisfação com a Vida no Momento.
- Relativamente à PSS Total – Percepção de Stress – os indivíduos sedentários apresentam um valores médios mais elevados o que nos leva a concluir que a prática de Exercício Físico fomenta a percepção de menos níveis de stress, embora estes valores não sejam estatisticamente significativos.
- No que respeita à Auto-Estima Global, os idosos praticantes apresentam valores médios superiores aos não praticantes, embora estes valores não sejam estatisticamente significativos, podemos concluir que a prática regular de Exercício físico estimula os níveis da Auto-Estima Global.
- Relativamente às Auto Percepções do domínio físico, nomeadamente: Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Saúde Física, Força Física e Auto-Valorização Física, os idosos praticantes apresentam valores médios superiores aos valores dos idosos não praticantes de Exercício Físico, sendo os valores estatisticamente significativos nas variáveis Funcionalidade, Atracção Corporal, Saúde Física e Auto-Valorização Física.
- Quanto ao grupo idades, verificámos que os idosos com mais de 75 anos apresentam uma média ligeiramente superior aos idosos entre os 65 e os

75 anos relativamente ao Bem-estar Subjectivo, o que nos leva a concluir que neste estudo os grupos etários não apresentam diferenças significativas no que respeita ao Bem-Estar Subjectivo.

Como podemos verificar, os idosos que praticavam Actividade Física apresentam valores mais elevados em todas as escalas das Auto-Percepções Físicas, o que nos permite concluir uma relação positiva entre a Actividade Física e as Auto-Percepções Físicas.

## **2. Limitações**

As limitações encontradas depreenderam-se com a dificuldade de interpretação dos questionários, uma vez que se trata de uma população idosa com alguma dificuldade de interpretação e em alguns casos analfabetos. Esse facto levou a que muitos dos questionários fossem preenchidos por familiares ou pelo autor do presente trabalho e que pode ter levado a alguns idosos terem alguma apreensão nas respostas a dar e a não terem sido sinceros nas suas respostas.

O facto da bateria de testes ser algo difícil de interpretar e também um pouco extensa, levou à anulação de vários questionários que não vinham preenchidos na sua totalidade, ou vinham com várias opções respondidas numa só questão, principalmente no questionário do PSPP-VCR, que criou muitas dificuldades no seu preenchimento.

## **3. Sugestões Futuras**

Depois da realização deste estudo que permite clarificar alguns aspectos da realização de actividade física por idosos, é necessário que continuem estudos nesta mesma temática afim de recolher uma maior representação. Como sabemos o processo de validação de um instrumento de medida é um processo demorado, e

assim deve continuar a ser desenvolvido para que possa ser adaptado e aplicado à população idosa portuguesa.

Assim, sugerimos que surjam estudos que poderão:

- Analisar e comparar programas de actividade física, de forma a clarificar qual o que apresenta melhores resultados na população idosa.
- Comparar a população masculina com a população feminina.
- Realizar o estudo em outros locais do país, podendo posteriormente ser comparado meio urbano com meio rural.

## CAPITULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. (1999). *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.

ABERNETHY, B.; KIPPERS, V.; MACKINNON, L.; NEAL, R. e HANRAHAN, S. (1997). *The Biophysical Foundation of Human Movement*. Champaign, *Human Kinetics*.

ADAME, D. (1990). *Physical fitness in relation to amount of physical exercise, body image, and locus of control among college men and women*. *Perceptual and Motor Skills*, Vol. 70.

ADAMS, G. R. (1997). *Physical Attractiveness Research: toward a developmental Social Psychology of Beauty*. *Human development* 20: 217 – 239.

AMADA, V. C. (1997). *Uso de Estatística de Simulação em Estudos de Comportamento*. *Análise Psicológica*: 97-109.

American College of Sport Medicine (2000). *Exercício e Envelhecimento*.

American College of Sport Medicine, (2001). *A Fisiologia do Envelhecimento*. Current Comment February.

American College of Sport Medicine, (2008). *Posicionamento Oficial - Exercício e Atividade Física para pessoas idosas*.

ANDREWS, F. M. e WHITEY, S. B. (1976). *Social Indicators of well-being: America's perception of quality of life*. New York: Plenum Press.

ARMOZA, M., (1981). *Técnicas Corporales para la Tercera Edad*. Buenos Aires: Paidós.

BALTES, P. B., e MAYER, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 105*. Cambridge: Cambridge University Press.

BARRETO, S. J. (1998). *Psicomotricidade: Educação e Reeducação*, Blumenau.

BEAVOIR, S. (1990). *A Velhice*. Martins Fontes.

BERGUER, B. (1989) Exercise and the Quality of Life. *Handbook of Research on Sport Psychology*. Macmillan Publishing Company.

BERGER, B. G.; McINMAN, A. (1993). Exercise and Quality of Life. *Handbook on research on Sport Psychology*.

BERGUER, B. G. e MAILLOUX-POIRIER, (1996). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Geral*. Lusodidacta.

BERGER, B.G. e MOTL, R. (2001). *Physical Activity and Quality of Life*.

BRANDEN, N. (2001). Auto-estima, como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo.

BURNS, R. B. (1979). *The Self-concept, Theory, Measurement Development and Behavior*. London: Longman.

CAMARANO, A. A. (1999). *Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros*. Rio Janeiro: IPEA.

CAMARANO, A. A., KANSO, S. e MELLO, J. (2005). *Como vive o idoso brasileiro?*

CANTRIL, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. Rutgers University Press.

CARAPETA, C. (2001). Autoconceito e Participação Desportiva. *Análises Psicológicas*, 1 (XIX): 51-58.

CARRILHO, M. GONÇALVES C. (2004). *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento*. Análise Exploratória dos Resultados dos Censos 91 e 2001. Revista nº 36.

CARRILHO, M. J. (1993). O Processo de Envelhecimento em Portugal: Que Perspectivas...? *Revista do Gabinete de Estudos Demográficos* nº 31, pp. 75-98, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.

CARRILHO, M. J. e PATRÍCIO, L. (2002). A Situação Demográfica Recente em Portugal, *Revista de Estudos Demográficos*, Nº.32, pp. 147-175, Lisboa.

CARRILHO, M. e PATRÍCIO, L. (2006). *A Situação Demográfica Recente em Portugal*, Revista Estudos Demográficos n.º 40, INE.

CARVALHO, P. (1989). *A Magia da Idade: Reflexão Médico-Sociológica sobre o Envelhecimento*.

COHEN, S.; KAMARCK, T. e MERSMELSTEIN, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-395.

CRUZ, J. F., MACHADO, P. P. e MOTA, M. P. (1996). Efeitos e Benefícios Psicológicos do Exercício e da Actividade Física. *Manual de Psicologia do Desporto* (1ª ed., pp 91-116).

CUNNINGHAM, D. A.; PATERSON, D.H.; HIMANN, J.E. e RECHNITZER, P.A. (1993). Determinants of Independence in the Elderly. *Canadian Journal of Applied Physiology*, Champaign, v.18, n.3, p.243-54.

DAMÁSIO, A. (2000). *O mistério da consciência*. Companhia das Letras.

DAVIS, C. (1997). Body image, exercise and eating behaviors. The Physical Self: From motivation to well-being. *Human Kinetics*.

Departamento de Estatísticas Censitárias População (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das Pessoas Idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, Nº.32, pp. 185-208, Lisboa.

DIENER, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, Vol. 95.

DIENER, E. LARSEN, R. LEVINE, S. e EMOONS, R. (1985). Intensity and Frequency: Dimensions Underlying Positive and Negative Affect. *Journal of Affect. Journal of Personality and social Psychology*, 48, 1253-1265.

DIENER, E. SANDVIK, E. PAVOT, W. e GALLAGHER, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 47, 871-883.

DIENER, E. (1996). *Subjective Well-Being in Cross-Cultural Perspective: Key Issues in Cross-Cultural Psychology. Selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.

DIENER, E. e LUCAS, R. E. (1999). Personality and Subjective well-being. Em D. Kahneman, E. Diener e N. Schwarz (Eds), *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.

DIENER, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, Vol. 55, Issue 1, 34 – 43.

FARIA, J. (1999). *Actividades Físicas para Terceira Idade*.

FARIA, J. (2001). *Caracterização da Actividade Física Habitual da População Portuguesa*. Dissertação de Tese de Mestrado.

Faria, L. e Silva, S. (2000). Efeitos do exercício físico na promoção do Autoconceito. *Psychologica*, (25), pp.25-43.

ERMIDA, J. (1995). *Envelhecimento Demográfico, Doença e cuidados de Saúde, Temas Geriátricos I*, Roche.

FELDENKRAIS, M. (1992). *Autoconsciência pelo Movimento: Exercícios para o Desenvolvimento Pessoal*. Editorial Paidós.

FERREIRA, J. P. (2004). *Reflexão sobre que Modelo de Medida para as Auto-Percepções no domínio Físico a partir da versão Portuguesa de Physical Self-Perception Profile*.

FERREIRA, J. P. (2004). *Physical Self-Perceptions in Wheelchairs Sport Participants*. University of Exeter, Bristol.

FERREIRA, J. P. e FOX, K. (2006). 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*, n.º 19: 25-46.

FONSECA, V. (1998). *Psicomotricidade: filogénese, ontogénese e retrogénese*. Artes Médicas.

FONSECA, A. e 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*, vol.2, Issue 5. 11 – 23.

FOX, K.; STATHI, A.; McKENNA, J. e DAVIS, M. (2007) *Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project*.

FOX, K. (1997). The Physical Self and Processes in Selfesteem Development. The physical self - from motivation to well-being. *Human Kinetics*.

FOX, K. (1998). Advances of the measurement of the physical self. In J. L. Duda (Ed.), *Advances in sport and Exercise Psychology Measurement*. Morgantown: *Human Kinetics*.

FOX, K. (2000). Self-Esteem, Self Perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, n.º 31: 228-239.

FOX, K. (1990). *The Physical Self-Perception Manual*. Northern Illinois University.

FOX, K. e CORBIN, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11 (4), 408-430.

GUTTMAN, L. (1950). *The Basis for Scalogram Analysis*. Measurement of Prediction. Princeton.

HAYFLICK, L. (1997). *Como e Porque Envelhecemos*. Editora Campus. Rio de Janeiro.

KU, P.; McKENNA, J. e FOX, K. (2007). Dimensions of subjective Well-Being and Effects of Physical Activity in Chinese Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, n.º15: 382-397.

Instituto Nacional de Estatística – Informação à Comunicação Social, *Dia Internacional do Idoso – 1 de Outubro de 2007*, 2007.

Instituto Nacional de Estatística – Informação à Comunicação Social, *Projeções de População Residente em Portugal – 2000-2050*, 2003.

Instituto Nacional de Estatística – Informação à Comunicação Social, *Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II – 2000-2050 – Decréscimo e Envelhecimento da População*, 2004.

LANGLOIS, F. (1992). *Disfrute plenamente su vejez*. Banmédica.

LAWTON M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, *Academic Press*, San Diego, 3-27.

LE BOULCH, J. (1998) *Educação psicomotora - Psicocinética na Idade Escolar*. Artes Médicas, 1998.

MAGRO, C. M. (1995). *Drugs with antihistaminic properties as a cause of atypical cutaneous lymphoid infiltrates*. 32 (3): 419-428.

MEDEIROS, M. (1998). *Didáctica da educação Física - Para além de uma abordagem Formal*. Goiânia.

MICHALOS, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, vol. 16: 347- 413.

MONTEIRO, P. (2001). *Envelhecer: Histórias, Encontros, Transformações*. Belo Horizonte: Autêntica.

NERI, A. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Papyrus Editora.

NERI, A. (2001). *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. II congresso de Geriatria e Gerontologia.

NETTO P. (1996). *Gerontologia*. Atheneu.

NOVAES, M. (1991). *Psicologia da terceira idade. Conquistas possíveis e segundo Brasileiros não idosos*. Editora da Unicamp.

NOVAES, M. H. (2000). *Psicologia da terceira idade. Conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro.

OKUMA, S. (1997). *O Significado da Actividade Física para o Idoso: um Estudo Fenomenológico*. Tese de Doutoramento em Psicologia.

OKUMA, S. (1998): *O Idoso e a Actividade Física*. Papyrus.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Prevented prolonged Labor: a practical guide*. Geneva. World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crónicas componentes estruturais de acção: relatório Mundial*. Brasília.

Organização Mundial de Saúde (2007). *Participation in Sport and Physical Activity*.

PONTE, A. (1991). Influência do Contexto Sócio-Desportivo na Formação do Auto-conceito. In FCDEF-UP (Eds.), *As ciências do Desporto e a Prática Desportiva, Desporto na Escola, Desporto de Recreação e Desporto de Reabilitação*. Universidade do Porto, pp. 207-211.

PONTY, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

PELLICER, R. (1994). *O Idoso Corpo da Mulher: Representações Corporais do Envelhecimento feminino*. Um estudo exploratório - Dissertação de Mestrado em Estudos Interdisciplinares de Comunidade e Ecologia Social.

RIBEIRO, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Instituto de Psicologia Aplicada, 1ª Edição.

ROCABRUNO, J. e PRIETO. (1992). *Gerontologia y Geriatria clinica*. Encimed.

ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.

ROSENBERG, M. (1989). Self-Esteem and Adolescent Problems: Modeling Reciprocal Effects. *American Sociological Review*, vol.54: 1004-1018.

RYFF, C. D. e KEYES, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.69: 719-727.

SACHS, M. (1984). Psychological Well-Being and Vigorous Physical Activity. *Human Kinetics Publishers*.

SANTIN, S. (1992) *Perspectivas na visão do corpo*, Educação e Desportos: Perspectivas para o século XXI, Papirus.

SERPA, S. (1993). Actividade Física e Benefícios Psicológicos - Uma Tomada de Posição. *Revista Horizonte*, nº58, pp. 154-157.

SHILDER, P. F. (1978). *The Image and Appearance of the Human Body*. Nova Iorque: International Universities Press. (Trabalho original publicado em 1935).

SHILDER, P. F. (1994). *A imagem do corpo: As energias construtivas da Psique*. São Paulo.

SHILDER, P. F. (1998). *A imagem do corpo. As energias construtivas da Psique*. Martins Fontes.

SIMÕES, R. (1992) *O corpo e a terceira idade - A marginalização do Corpo do idoso*. Dissertação de Tese de Mestrado.

SINGER, R. N., HAUSENBLAS, H. A. e JANELLE, C. M. (2001). *Handbook of sport psychology*. New York: Wiley & Sons.

STATHI, A., FOX, K., e MCKENNA, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective Well-Being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10, 76-92.

STEINHAGEN-THIESSEN, E. e BORCHELT, M. (1999). Morbidity, medication, and functional limitations in very old age. In: BALTES, P. B.; MAYER, K. U. *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.

STICE (2002). A Imagem Corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica* 31 (4) 164 – 166.

Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. (2004) Bem-estar psicológico, prática de exercício físico, auto-estima e satisfação pessoal. *In: Anais. Congresso Gallego-Português de Psicologia de la actividad física del Deporte*. Pontevedra, Espana. 2004.

VIEIRA, E. e RAMOS, L. (1996). *Manual de Gerontologia: Um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Revinter.

VIEIRA, S. (2005). O Desporto como Filosofia de Transformação social. *Jornal A Página da Educação*.

VITTA, A. (2001). *Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos*. Dissertação de tese de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

WANKEL, L. M. (1993). The importance of enjoyment to adherence and phsycological benefits from physical activity. *International Journal of Sports Psycology*, 24, 151-69.

WETZEL, K. (2002). *Contemporary Issues in Teacher Education*. Arizona State University West.

**CAPITULO VII - ANEXOS**

1. Bateria de Auto-Percepções em Idosos
  - 1.1. Satisfaction with Life Style
  - 1.2. Self Anchoring Rating Scale
  - 1.3. Perceived Stress Scale
  - 1.4. Physical Self Perception Profile
  - 1.5. Self-Esteem Scale



# UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

## *Bateria de Auto Percepções em Idosos*

### *Versão Portuguesa*

*(Utilização sujeita a autorização prévia)*

*jpferreira@fcdef.uc.pt*

*k.r.fox@bristol.ac.uk*

Estes questionários destinam-se à realização de um trabalho de investigação na área da Psicologia da Actividade Física. Trata-se de um instrumento que envolve a recolha de **informação confidencial** pelo que **nunca** no decorrer deste trabalho **será divulgada a identificação dos indivíduos nele intervenientes.**

Ao responder às questões faça-o de uma forma sincera e, por favor, não deixe qualquer questão por responder, pois **disso dependerá o rigor científico deste trabalho.**

**Obrigado pela sua colaboração!**



## Secção C: A sua vida presente

Direcções: Aqui está o desenho de uma escada. O topo da escada representa a melhor vida possível para si e o degrau mais baixo da escada representa a pior vida possível para si. Em que nível da escada se encontra, **actualmente**? (Assinale com um círculo)



10 = A melhor vida possível, no momento

•

•

•

•

5

•

•

•

•

0 = A pior vida possível, no momento

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:   | <b>N</b>                 | <b>QN</b>                | <b>PV</b>                | <b>AF</b>                | <b>MF</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... com que frequência tem ficado chateado pelo facto de ocorrer um acontecimento inesperado?                        | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sentido a sensação de ser incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?         | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência se tem sentido nervoso(a) ou stressado(a)?  | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem lidado com sucesso com os problemas e com as contrariedades do dia-a-dia?                 | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência se tem sentido efectivamente envolvido(a) nas alterações importantes que ocorrem na sua vida? | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência se tem sentido confiante acerca da sua capacidade de lidar com os seus problemas?             | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sentido que as coisas lhe estão a correr de feição?                                       | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sentido que é incapaz de dar resposta a tudo aquilo que tem para fazer ?                  | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sido capaz de controlar situações irritantes na sua vida ?                                | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sentido que tem as coisas sob controlo?   | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência se tem sentido irritado/ chateado por coisas que estão fora do seu controlo?                  | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem dado consigo a pensar sobre as coisas que tem para fazer?                                 | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sido capaz de controlar o modo como gasta o seu tempo?                                    | <input type="checkbox"/> |
| ... com que frequência tem sentido que as dificuldade se estão a acumular tanto que será incapaz de as superar?      | <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 Fox et al. (2007).

**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   | <u>EXEMPLO</u>  | Quase verdade para mim              | Realmente verdade para mim |
|----------------------------|--------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são muito competitivas.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas podem ser fisicamente activas no seu dia a dia.                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que a sua saúde física quando comparado com a maioria não é tão boa.     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que não são muito boas na prática de actividade física.                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que têm um corpo bonito comparado à maioria das pessoas da sua idade.    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que são fisicamente fortes para a sua idade.                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem-se extremamente satisfeitas com o tipo de pessoas que são fisicamente.   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são confiantes nas suas habilidades para realizar as suas tarefas do dia-a-dia. | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que precisam de visitar muitas vezes o médico devido a sua saúde física. | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>   |

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

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

