

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E EDUCAÇÃO FÍSICA



Cátia Matias Marques

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

COIMBRA

2011

CÁTIA MATIAS MARQUES

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

ESTUDO COMPARATIVO E CORRELACIONAL EM IDOSAS
PRATICANTES VS SEDENTÁRIAS

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

Marques, C.M. (2011). *Percepção e Satisfação com o Bem-Estar e a Qualidade de Vida - Estudo Comparativo e Correlacional em Idosas Praticantes Vs Sedentárias*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

O processo de envelhecimento é acompanhado muitas vezes por um estilo de vida inactivo, ou seja, por muita inactividade física ou sedentarismo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o sedentarismo é um facto predominante que atinge todos os países do mundo. Assim, e para mudar este quadro de sedentarismo das populações a nível mundial é necessário mudar o estilo de vida, tornando-o mais activo. Desta forma, a actividade física regular surge como um meio de promoção de saúde e de qualidade de vida. O desígnio do presente estudo consiste em verificar as diferenças entre idosas activas e sedentárias no que concerne ao Bem-Estar Subjectivo. Participaram 187 idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos de vários concelhos do distrito de Leiria. A análise comparativa foi efectuada com recurso ao SPSS, e utilizando o *t-test*. Os resultados obtidos apontam para diferenças positivas estatisticamente significativas ao comparar as variáveis do Bem-Estar Subjectivo nas idosas praticantes em detrimento das sedentárias. Conclui-se que a prática de exercício físico influencia positivamente o Bem-Estar Subjectivo da população idosa em estudo.

Palavras-Chave: Idosos. Exercício físico. Bem-Estar Subjectivo. Envelhecimento.

The aging process is often accompanied by an inactive lifestyle, or by a lot of physical inactivity or sedentary lifestyle. According to the World Health Organization, physical inactivity is one of the most important characteristic that affects every country in the world. To change this picture of sedentary populations worldwide is necessary to change the lifestyle, making it more active. Regular physical activity appears as a means of promoting health and quality of life. The design of this study is to investigate the differences between active and sedentary women in relation to the Subjective Well-Being. In this study participated 187 women from some districts of Leiria with ages between 65 and 91 years old.. The comparative analysis was carried out using SPSS, and using the t-test. The results indicate a statistically significant differences when comparing the variables of subjective well-being in active women over the sedentary. We conclude that physical exercise positively influences the subjective well-being of the elderly population under study.

Keywords: Elderly. Physical activity. Subjective well being. Aging process.

Gráfico 1 – Pirâmide Etária: Portugal 1960-2000

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

Gráfico 3 – Valores Descritivos da variável independente Estado Civil

Tabela 1 – Valores Percentuais relativos à 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 – Grau Etário

Tabela 5 – Média de Idades dos Praticantes e Não Praticantes

Tabela 6 – Valores Descritivos das Variáveis Dependentes

Tabela 7 – Análise das Componentes – Método da Rotação

Tabela 8 – Consistência Interna – *Alpha* de Cronbach

Tabela 9 – Coeficientes de Correlação de Pearson e Correlação Parcial

Tabela 10 – Coeficientes de Correlação de Pearson e Correlação Parcial – removida a Auto-Valorização Física

Tabela 11 – Regressões

Tabela 12 – Bem-Estar Subjectivo, Percepção de Stress, Auto-Estima, Auto-Valorização Física e Funcionalidade em função da Prática de Exercício Físico – t-test

Tabela 13 – Bem-Estar Subjectivo em função do Grupo Etário – t-test

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*

LDL – Low Density Lipoprotein

Resumo	II
Abstract	III
I. Introdução	8
1. Identificação do Problema	9
1.1. Pertinência do Estudo	10
1.2. Enunciado do Problema	11
1.3. Formulação das Hipóteses	11
1.4. Estrutura e Organização do Trabalho	13
II. Revisão da Literatura	14
1. Envelhecimento	14
2. Promoção da Saúde	17
3. Actividade Física e Sedentarismo	19
3.1. Aspectos Biológicos	20
3.2. Aspectos Psicossociais	22
4. Qualidade de Vida	26
5. Bem-Estar Subjectivo	35
6. Auto-Conceito	38
7. Auto-Estima	43
8. Imagem Corporal	50
III. Metodologia	56
1. Caracterização da Amostra	56

2. Instrumentos de Pesquisa	57
2.1. Avaliação do Bem-Estar Subjectivo	57
2.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg	58
2.3. Perfil de Auto-Percepção Física	59
IV. Apresentação dos Resultados	62
1. Análise Descritiva	62
1.1. Análise Factorial Exploratória	69
1.2. Consistência Interna e Relações entre Variáveis	71
1.3. Estatística Inferencial	75
1.3.1. Estatística Inferencial em Função da Prática de Exercício	75
1.3.2. Estatística Inferencial em Função do Grupo Etário	77
V. Discussão dos Resultados	78
VI. Conclusões e Limitações do Estudo	90
1. Conclusões	90
2. Limitações	92
3. Sugestões Futuras	92
VII. Referências Bibliográficas	94
VII. Anexos	108

Este projecto de pesquisa surge na sequência do Mestrado de Exercício e Saúde em Populações Especiais e foi elaborado com o objectivo de validar a versão portuguesa do *Physical Self-Perception Profile* – versão clínica reduzida (PSPP–VCR), tendo como população alvo idosas do sexo feminino, tanto activas como sedentárias.

Esta temática é de extrema importância uma vez que os idosos são uma população com a qual os profissionais de Desporto e de Educação Física têm trabalhado cada vez mais, e que cada vez mais se tem mostrado preocupada com a prática da actividade física e com a procura de ginásios, piscinas, associações e outros locais de forma a atenuarem problemas de saúde e de forma a ocuparem o demasiado tempo livre e solitário que têm.

Também a temática relativa ao envelhecimento tem sido alvo de inúmeros estudos, já que o processo de envelhecimento populacional está a acontecer em todo o mundo. São apontadas como principais razões a redução da fecundidade, a diminuição da mortalidade e a migração. Estas acontecem de forma diferenciada, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, foi necessário quase um século para que a taxa de natalidade estabilizasse em níveis baixos. Também a redução da mortalidade ocorreu após a Revolução Industrial – séc. XVIII – com o desenvolvimento socioeconómico. Nos países em desenvolvimento, a natalidade começou a diminuir drasticamente nas décadas de 60 e 70, devido ao processo de urbanização e industrialização que facilitou o acesso à educação, saúde e programas de planeamento familiar. A redução da mortalidade ocorreu devido ao avanço da tecnologia – vacinas, antibióticos, equipamentos, entre outros – e não pelo progresso socioeconómico atrás referido.

1. Identificação do Problema

Embora a população esteja a envelhecer em todo o mundo, o envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do mundo. Os países desenvolvidos iniciaram primeiro o fenómeno de transição demográfica, com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto que o grupo de países em desenvolvimento apresenta taxas de crescimento positivas, embora relativamente baixas, aproximando-se do valor nulo a partir de 2030. Relativamente à população com 65 e mais anos, nos países desenvolvidos o ritmo de crescimento é bastante forte entre 1960 e 2000 e com o aproximar de 2040/2050 existe uma forte tendência para atenuar. Ao contrário, nos países em desenvolvimento a taxa de crescimento anual é maior e continuará a aumentar até 2040, devendo atenuar até 2050 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2007).

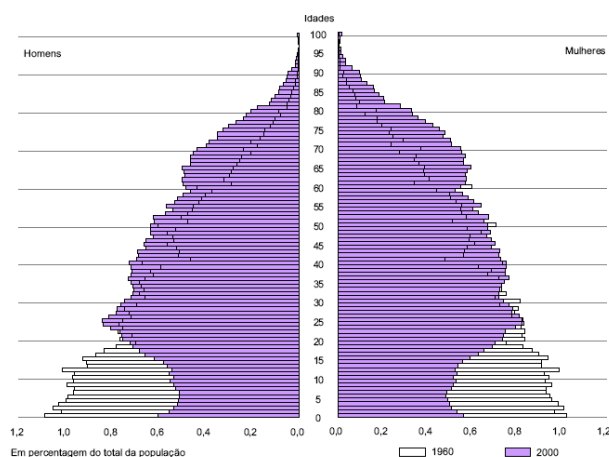


Gráfico 1. Pirâmide etária – Portugal 1960-2000. Fonte: INE, 2002.

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na diferença populacional entre 1960 e 2000, como podemos verificar no gráfico 1. Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens entre os 0 e os 14 anos diminuiu cerca de 37% para 30%, e segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total de população em 2050. De acordo com os resultados das projecções do INE de 2004, a população residente em

Portugal em 2050 diminuirá, passando de 10.3 milhões em 2000 para, no cenário mais positivo 10 milhões e no cenário, no cenário mais pessimista para os 7.5 milhões e para o cenário mais provável para os 9.3 milhões de indivíduos.

O processo de envelhecimento é acompanhado muitas vezes por um estilo de vida inactivo, ou seja, por muita inactividade física ou sedentarismo, que gera a médio ou longo prazo incapacidade ou dependência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sedentarismo é um facto predominante que atinge tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento. Assim, e para mudar este quadro de sedentarismo das populações a nível mundial é necessário mudar o estilo de vida, tornando-o mais activo. Desta forma, a actividade física regular surge como um meio de promoção de saúde e de qualidade de vida. Em relação aos programas mundiais de promoção de saúde, os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade da actividade física como componente fundamental, uma vez que muitos consideram a inactividade o principal problema de saúde pública. Segundo o American College of Sports Medicine (ACSM) (2007), existem evidências epidemiológicas que sustentam o efeito positivo de um estilo de vida activo e do envolvimento das populações em programas de actividade física ou de exercício na prevenção e minimização dos efeitos destrutivos do envelhecimento.

1.1. Pertinência do Estudo

O objectivo que se estabelece é saber qual o papel da Actividade Física na melhoria da qualidade de vida dos idosos, considerando as características próprias da idade e as necessidades específicas.

Cada vez mais se observa um aumento da expectativa de vida, que geralmente é acompanhada pela solidão, pela viuvez, pelo baixo poder económico, pela doença e pela inactividade. Assim, estudos que envolvam indivíduos desta faixa etária são de grande relevância, principalmente quando a temática gira à volta da actividade/inactividade apontando assim para os efeitos da Actividade Física no Bem-Estar e na Qualidade de Vida.

1.2. Enunciado do Problema_____

Através da realização deste estudo pretende-se saber se existem efeitos na prática de actividade física em mulheres idosas activas e em mulheres idosas sedentárias no que concerne ao Bem-Estar e à Qualidade de Vida. Caso existam, pretende-se saber se os efeitos são positivos ou negativos e se as idosas activas apresentam um nível mais elevado no que respeita à qualidade de vida e ao bem-estar comparativamente a idosas que sejam sedentárias.

1.3. Formulação das Hipóteses_____

Uma vez que o objectivo central deste trabalho de investigação é saber se existem efeitos na prática de actividade física em mulheres com mais de 65 anos, activas e sedentárias, através da utilização do *Physical Self Perception Profile*, versão clínica reduzida, vamos contribuir paralelamente para o desenvolvimento e validação deste mesmo instrumento de pesquisa.

Assim, este estudo pretende confirmar as seguintes hipóteses:

1H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo Total;

1H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo Total;

2H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida Presente;

2H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida Presente;

3H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Percepção com o Stress;

3H1 – Não Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Percepção do Stress;

4H0 – 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;

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 Prática de Actividade Física e a variável dependente Funcionalidade;

6H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Funcionalidade;

7H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Grupo Etário e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo;

7H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Grupo Etário e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo.

1.4. Estrutura e Organização do Trabalho_____

O presente trabalho será estruturado em sete capítulos e será organizado da seguinte forma:

- No ponto 1, dedicado à Introdução são dadas a conhecer a problemática do estudo e as hipóteses formuladas e que se pretendem ver esclarecidas;
- O ponto 2, a Revisão da Literatura, tem como objectivo referir a sustentabilidade deste trabalho. São referidas primeiramente as referências gerais acerca do envelhecimento e de todo o processo que o envolve, procedendo para os aspectos mais específicos do mesmo processo;
- No ponto 3, reservado para a Metodologia, apresentamos a amostra do estudo e os instrumentos de estudo utilizados para a realização desta investigação;
- No ponto 4, apresentamos os Resultados através da análise descritiva;
- No ponto 5, dedicado à Discussão dos Resultados, tentamos dar resposta aos objectivos inicialmente formulados;
- No ponto 6 são apresentadas as Limitações e Conclusões do Estudo, assim como algumas sugestões para futuros trabalhos na área;
- As Referências Bibliográficas utilizadas no estudo constituem o ponto 7.

1. Envelhecimento

O envelhecimento causa diversas alterações nos indivíduos, nomeadamente alterações orgânicas, fisiológicas, neurológicas e psicológicas. O factor que desencadeia este conjunto de alterações em determinada idade ainda não é conhecido, apesar de haverem inúmeras pesquisas e inúmeros estudos que averiguam as suas consequências sobre o organismo e sobre a vida das pessoas. A maioria desses estudos tem como objectivo a descoberta de uma fórmula para prevenir, minimizar ou até mesmo evitar essas alterações causadas pelo processo de envelhecimento (Miranda & Farias, 2008).

Baltes e Baltes (1990) citados por Cupertino, Moreira & Ribeiro (2007) definem o envelhecimento como “um processo multidimensional e apresentam três indicadores de envelhecimento saudável: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, funcionamento mental e físico excelentes, e envolvimento activo com a vida”.

Spiriduso (2005) define envelhecimento como sendo “um processo ou grupo de processos que ocorrem nos organismos vivos que, com a passagem do tempo, motivam a perda de adaptabilidade, a diminuição funcional e, eventualmente, a morte”.

Já na antiguidade – antes de Cristo – Cícero na sua escrita sobre a velhice e sobre a senescência. Trazia algumas considerações sobre o mau humor e as suas influências sociais, propondo normas para transformar todos esses aspectos negativos do envelhecimento e referindo que é dever de todos nós resistir e compensar todos os efeitos. Mantendo sempre o cuidado e a força semelhantes aqueles com que lutaríamos na doença, adaptando um estilo de vida são, praticando exercícios moderados e ingerindo bebidas e alimentos equilibrados para restabelecermos as nossas forças.

Apesar da universalidade deste processo, o envelhecimento acontece de forma individual, uma vez que nem todos envelhecemos da mesma forma e ao mesmo ritmo. Assim, enquanto que certos indivíduos tendem a apresentar padrões habituais de envelhecimento que traduzem alterações típicas da idade, outros apresentam apenas alguns sinais típicos de mudança, demonstrando um elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social. Para Spirduso (2005) “o envelhecimento não é um processo linear e único, mas subdivide-se em dois processos diferentes: o envelhecimento primário ou *aging process* e o envelhecimento secundário ou *process of aging*”. O envelhecimento primário refere-se às alterações universais nos processos biológicos, psicológicos e sociais relacionadas com a idade e independentes dos factores de envolvimento e de doença, e o envelhecimento secundário está relacionado com o síndrome do envelhecimento, incluindo os efeitos da doença e do meio envolvente.

Para além destes processos, existem teorias explicativas para o envelhecimento, nomeadamente as teorias biológicas que referem as alterações de diversos processos intrínsecos e genéticos, as teorias psicológicas que se centram nos traços psicológicos associados ao envelhecimento bem sucedido e as teorias sociológicas que defendem que as pessoas que se mantêm activas física e mentalmente no seu dia-a-dia, têm um envelhecimento mais saudável e feliz.

Num sentido lato, o envelhecimento poderá abranger todas as fases do desenvolvimento humano desde a formação embrionária, passando pelas fases de maturação e de adulto, e terminando na senescência. Cada uma destas fases incorpora uma sequência de transformações intrínsecas que ocorrem progressivamente no tempo e que são universais para cada espécie (Silva & Saldanha, 1993). Os mesmos autores referem ainda que o envelhecimento poderá ser entendido como uma consequência da acumulação de alterações que se desenvolvem com o avançar da idade, implicando o aumento progressivo de doença e de morte.

O envelhecimento, durante muito tempo, foi encarado como um fenómeno patológico resultante, por um lado do “uso do organismo” e por outro lado da acumulação de sequelas de doenças e acidentes desde a infância até à idade adulta, caracterizada desta forma pelo aparecimento de numerosas doenças

degenerativas e escleroses de todos os tipos, e de cuja acumulação resultava mais cedo ou mais tarde, a morte (Júnior, 1995).

Segundo o mesmo autor, após a realização de inúmeros estudos sobre circunstâncias e mecanismos de envelhecimento, não se obteve confirmação desta forma de interpretar o envelhecimento do organismo. Esses estudos demonstraram, inequivocamente, que o envelhecimento é um fenómeno natural, intimamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento.

O número de idosos tem aumentado em todo o mundo, especialmente o grupo com 80 e mais anos. Na sua maioria – 58.2% – os idosos são mulheres. Nos próximos vinte e cinco anos, o número de idosos poderá mais que duplicar o número de jovens. No final do ano de 2006, a população residente em Portugal foi estimada em 10 599 095 indivíduos, dos quais 1 828 617 eram indivíduos com 65 e mais anos, repartindo-se em 763 752 homens e 1 064 865 mulheres (INE, 2007). Segundo a mesma fonte, em 1990 a população portuguesa tinha uma esperança média de vida à nascença de cerca de 74.1 anos, valor este que subiu para os 78.5 anos em 2006. No mesmo período, a esperança de vida aos 65 anos, passou de 15.7 anos para os 18.2 anos.

De acordo com os resultados das Projecções de População Residente em Portugal 2000-2050, poderá ocorrer um decréscimo populacional a partir de 2010 e até 2050, a par de um continuado envelhecimento populacional, com um aumento do índice de dependência de idosos para valores próximos dos 58 idosos para cada 100 pessoas em idade activa ou do índice de envelhecimento para 242 idosos por cada 100 jovens, podendo ultrapassar os 200 idosos por cada 100 jovens em 2033. Contudo, segundo o INE (2007), deve sublinhar-se que as hipóteses estabelecidas têm subjacente a incorporação da informação existente à época e relevante à data da sua execução, no que se refere às dinâmicas populacionais, pelo que os resultados obtidos são sempre condicionais, dependentes da confirmação, ou infirmação, dos parâmetros estabelecidos para cada cenário.

2. Promoção da Saúde

Actualmente defrontamo-nos com um grande desafio: o envelhecimento populacional, consequência do aumento da esperança de vida. As pessoas vivem cada vez mais tempo, provocando um aumento da população acima dos 65 anos. Este envelhecimento populacional traz repercussões para a saúde da população, na medida em que ocorre a chamada transição epidemiológica, ou seja, uma mudança na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte.

Desse modo, o envelhecimento deve ser uma preocupação real para o campo da Promoção de Saúde, na medida em que esta objectiva a longevidade com Qualidade de Vida. Com esta abordagem, deve pensar-se em trabalhar o processo de envelhecimento, com a valorização da identidade pessoal, optimizando o potencial de experiência de vida que essas pessoas possuem.

Segundo Torres (1999), “é fundamental manter-se como um ser competente e responsável que, dentro dos limites da sua incapacidade, é capaz de usar ao máximo as capacidades que ainda lhe restam e de preservar a sua autonomia, escolhendo a maneira pela qual deseja resolver os seus problemas”. Ou seja, é fundamental que mantenha o controlo activo da sua vida até ao final e que lhe seja assegurado o direito de coreografar a sua própria morte, vivendo até dizer adeus.

Como se disse anteriormente, o envelhecimento é um processo que abarca factores biológicos, psicológicos e sociais. Com o avanço da idade, o organismo sofre constantes alterações que conduzem à limitação da capacidade funcional e diminuição da adaptação a novas situações, tornando-o dependente do meio que o rodeia, incapaz de desempenhar as suas actividades lúdicas, ocupacionais e profissionais, ficando privado de recursos económicos suficientes para garantir a satisfação das suas necessidades e consequentemente o seu Bem-Estar. Associados estão os aspectos psicológicos que permitem ao indivíduo encarar estas mudanças de modo positivo, evitando o sentimento de frustração, impotência e solidão. Os aspectos sociais contribuem, por vezes, para o afastamento do idoso da sociedade no geral, conotando-o como um elemento não produtivo, incapaz de adquirir bens que necessita, e do seu seio familiar, em particular. O idoso deixa de

se sentir amado, cuidado, estimado e valorizado, experimentando uma potência psicológica que o conduz a um estado de abandono e desespero. Passa a viver num ambiente privado de relações sociais, perdendo o suporte social capaz de lhe dar ajuda, amor, confiança e respeito. Todo este embargo de situações acarreta uma diminuição da satisfação com a vida, uma diminuição da Auto-Estima e do Bem-Estar emocional, espiritual e social, factores que afectam a Qualidade de Vida.

O rápido envelhecimento faz-se sentir praticamente em todos os domínios da sociedade, de uma forma particular nos cuidados de saúde, no mercado de trabalho, na protecção social e consequentemente no crescimento económico. Questões como a Qualidade de Vida e um envelhecimento saudável, idade, integração social, promoção de apoio e segurança, continuam com respostas escassas. É necessário que as pessoas idosas participem activamente cada vez mais na sociedade, que dêem o seu contributo e que mudem a ideia de que dependem exclusivamente dos outros.

A definição de Promoção de Saúde como um meio de ajudar os indivíduos e a comunidade a terem uma relevância particular para o campo da Promoção de Saúde e envelhecimento, na medida em que se reconhece que os idosos se encontram numa situação de risco, tanto para a doença como para todos os outros factores que lhes alterem a normalidade, assim como a interrupção das suas fontes de apoio. Mudanças sociais nos modos de agir podem levar a uma perda de poder da autonomia e independência individual.

A velhice torna os indivíduos particularmente vulneráveis psicológica e emocionalmente, e a falência social é previsível nestas situações. É, deste modo, imperativo que as pessoas idosas, sejam alertadas para a possibilidade de prevenção, uma vez que é possível prevenir a espiral negativa que é a falência social, através do aumento das intervenções psicológicas, sociais e ambientais.

O desafio das sociedades é desenvolver actividades para as pessoas idosas nas quais elas possam encontrar um senso de significado e perspectiva, actividades estas que sejam respeitadas pelos demais e que ofereçam uma barreira efectiva para a vulnerabilidade que existe na maioria das pessoas idosas. A qualidade de vida pode, sem dúvida melhorar, se existir exercício físico associado ao Bem-Estar, à Saúde e à Qualidade de Vida das pessoas em todas as faixas etárias,

principalmente na meia-idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inactividade se concretizam, levando à perda precoce de muitos anos de vida útil (Nahas, 2001).

É urgente então, proceder à promoção de planos para melhorar a saúde e o Bem-Estar dos idosos. É importante que cada pessoa que envelhece seja parte integrante do processo de desenvolvimento da nossa sociedade.

3. Actividade Física e Sedentarismo

O conceito de Actividade Física é utilizado, muitas vezes sem uma clareza conceitual e confundido com aptidão física e exercício físico. Vamos entender por Actividade Física qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gastos energéticos; por Exercício Físico, uma subcategoria da Actividade Física que é planeada, estruturada e repetitiva, com a intenção de melhor ou manter um ou mais elementos da aptidão física; e, por Aptidão Física, o conjunto de características possuídas ou adquiridas por um indivíduo, relacionadas com a capacidade de realizar actividades físicas.

A Actividade Física engloba os movimentos realizados no trabalho, nas actividades domésticas e no tempo livre. Além destes movimentos, inclui-se os movimentos relacionados com o transporte/locomoção, recreação, dança e desportos. A forma de medir a Actividade Física é normalmente expressa em termos de gasto energético, mas também pode ser expressa através da quantidade de trabalho executado, de períodos de tempo da actividade, de unidades de movimento, e do índice numérico derivado de algum questionário. A Actividade Física pode ter diferentes graus de intensidade: leve, moderada e vigorosa (Silva et al., 2006).

Existem determinados factores que influenciam os efeitos benéficos da Actividade Física. São eles os factores biológicos e os factores psicossociais que são geralmente acompanhados pelas doenças, incapacidades e dependências.

Nesse sentido, um estilo de vida activo por parte dos idosos deve ser encarado como forma de quebrar o ciclo vicioso que quase sempre se cria nesta faixa etária: aumento da idade – sedentarismo – doença – incapacidade, com os estereótipos de uma velhice sem movimento e sem participação activa na sociedade (Neri, 2001).

Em Portugal, no que diz respeito ao exercício físico, apenas 8.7% das mulheres idosas praticam actividades físicas como passear a pé, andar de bicicleta ou praticar outras actividades leves, pelo menos 4 horas por semana (Nunes, 2008). Mariovet (1991), num dos seus estudos constatou uma fraca participação feminina no desporto, estando as razões evocadas para justificar este facto relacionadas com diferentes aspectos ligados a tradições culturais, associados a preconceitos que ainda subsistem ao nível da prática desportiva feminina, especialmente nas idades mais avançadas. Schoenborn & Barnes (2002) referem que “as taxas de participação em actividades físicas são mais baixas nos idosos do que nos jovens, sendo as idosas do sexo feminino o segmento mais inactivo da população”. Embora a esperança média de vida das mulheres seja superior à dos homens, as queixas de saúde, a referência a determinados sintomas e a procura de ajuda médica são superiores. Esta situação é longamente referida na literatura (Leventhal, 1994)

3.1. Aspectos Biológicos

Os efeitos benéficos da Actividade Física no processo de envelhecimento em relação aos aspectos biológicos são inúmeros. Entre eles, destaca-se a redução das taxas de mortalidade e morbilidade relacionadas com as doenças cardiovasculares, cancros, osteoporose, osteoartrite, diabetes e obesidade.

Relativamente à redução das taxas de morbilidade e mortalidade, alguns estudos apontam uma associação inversamente forte, gradativa e consistente entre aptidão física e mortalidade. Destacam-se os seguintes resultados:

- Menores taxas de mortalidade e de doenças cardiovasculares e cancro em indivíduos com melhores níveis de condicionamento físico;

- Associação inversa entre os níveis de Actividade Física e o risco de doenças cardiovasculares, onde a Actividade Física actua como um meio de protecção bastante importante contra o risco de enfarte do miocárdio, em especial no que concerne à população masculina;
- Mulheres com Actividade Física regular moderada uma vez por semana, apresentam um risco menor de morte quando comparadas com mulheres que não reportaram Actividade Física;
- O hábito de realizar Actividades Físicas leves ou moderadas reduz a taxa de mortalidade total e mortalidade por causa cardiovascular em homens de idade avançada;
- As Actividades Físicas leves e moderadas estão associadas a taxas menores de doenças cardiovasculares em mulheres.

Uma das doenças que afectam os idosos é o cancro. As causas desta doença são muitas e muito complexas. Inúmeras pesquisas acerca desta temática têm mostrado que a Actividade Física se revela protectora contra o cancro do cólon, da mama e da próstata. Estudos realizados acerca desta temática para verificar a associação entre Actividade Física e o risco de cancro concluíram que ajustando os resultados à idade, tabagismo e Índice de Massa Corporal (IMC), as Actividades Físicas de intensidade moderada foram inversamente relacionadas com o risco de cancro do pulmão. No entanto essa mesma associação não foi encontrada em Actividades Físicas leves. Assim, os dados indicam que Actividade Física de intensidade moderada pode diminuir significativamente o risco de cancro do pulmão.

Também a osteoporose é uma das principais doenças que afecta os idosos, principalmente as mulheres, incapacitando e invalidando, ano após ano, milhões de mulheres no mundo inteiro. Embora a maioria dos estudos sobre a osteoporose tenham sido feitos em indivíduos do sexo feminino, recentes análises no sexo masculino registaram fracturas vertebrais e confirmam também uma forte associação entre a idade e a densidade mineral óssea, especialmente do fémur (Costa-Paiva et al., 2003). As fracturas do colo do fémur surgem como um dos maiores factores associados à perda de funcionalidade e da mobilidade do idoso, constituindo ainda uma das maiores causas indirectas de morbilidade relacionada com factores indirectos de mortalidade. Estudos com mulheres idosas com osteoporose que foram submetidas a um programa de Actividade Física, verificaram que as mulheres

tiveram uma melhoria no equilíbrio dinâmico e na força, que são determinantes importantes do risco de quedas. Pesquisas sobre o efeito do exercício na prevenção da perda óssea, osteoporose, fracturas e quedas mostram que os exercícios de resistência e de força muscular parecem ser benéficos na protecção ou melhoria da saúde óssea em qualquer idade. Os exercícios físicos que melhoram o equilíbrio e a força muscular, podem fornecer um benefício protector adicional contra o risco de quedas em idosos.

A osteoartrite – causa muito frequente de dor e de incapacidade funcional do idoso – também tem mostrado uma relação com a Actividade Física, sendo que o treino da resistência muscular é muito eficiente para melhorar a função física dos pacientes que sofrem desta doença. O treino da força é apresentado como um bom mecanismo para reverter os processos degenerativos associados ao envelhecimento biológico, pelo aumento da massa muscular, força muscular e densidade mineral óssea (Tamegushi et al., 2008).

Uma das doenças de grande prevalência nos indivíduos idosos é a diabetes mellitus. O incremento da Actividade Física pode prevenir o desenvolvimento da diabetes não insulino-dependente, mediante efeitos protectores, que parecem ser mais evidentes em idosos com excesso de peso, pacientes com hipertensão arterial ou com uma história familiar de diabetes, sendo que tanto as actividades vigorosas como as moderadas têm um efeito protector. A Actividade Física pode melhorar a sensibilidade à insulina e reduzir a resistência à mesma.

3.2. Aspectos Psicossociais

De acordo com a ACSM, os aspectos da função psicológica que parecem ser mais susceptíveis aos declínios com o envelhecer e que geram um corpo significativo de pesquisa com declarações de consensos foram: a função cognitiva, a depressão e a percepção de controlo ou auto-eficácia.

Existem alterações nas funções cognitivas dos indivíduos envolvidos em Actividade Física regular, contudo esta é dependente da tarefa executada, sendo observada mais provavelmente em tarefas que exijam um processo cognitivo rápido ou de uma certa dificuldade do que em tarefas de processo automático ou auto controlado. Estas evidências sugerem que o processo cognitivo é mais rápido e mais eficiente em indivíduos fisicamente activos, por mecanismos directos – tais como a melhora na circulação cerebral, a alteração na síntese e degradação de neurotransmissores – e por mecanismos indirectos, como a diminuição da tensão arterial, a diminuição nos níveis de LDL (Low Density Lipoprotein), a diminuição dos níveis de triglicérides e a inibição da agregação das plaquetas (ACSM, 1998).

Analisando a relação entre a Actividade Física e a depressão em indivíduos idosos Fox et al. (2007) e Netz et al. (2005) encontraram uma relação inversa entre Actividade Física e os sintomas depressivos, onde baixos níveis de Actividade Física foram associados a sintomas depressivos mais severos. Esta associação direcciona o entendimento da Actividade Física como um método efectivo para a manutenção da habilidade funcional e a promoção de uma melhor sensação de bem-estar nos idosos. Também a ACSM (1998) reviu estudos sobre esta temática, e estes sugerem que o exercício físico é satisfatório na melhoria de sintomas deprimentes. Porém, aponta para a necessidade de estudos adicionais devido às limitações metodológicas existentes, faltando estudos sobre as informações relativas aos mecanismos neurológico, bioquímico, social e psicológico e à dosagem de exercício para a redução máxima da depressão em sujeitos idosos.

Outros estudos demonstraram o benefício da Actividade Física no que diz respeito à melhoria da Auto-Imagem e da Auto-Estima. A prática de Actividade Física está associada ao aumento da alegria, da auto-eficácia, do auto-conceito, da auto-estima, da imagem corporal e da qualidade de vida (Paschoal, 2000). A Auto-Estima tem sido desenvolvida positivamente com a intervenção de programas de exercícios físicos e desportos, tendo resultados bastante significativos no que diz respeito à qualidade de vida e ao Bem-Estar mental. A possibilidade de ter uma vida fisicamente activa, de realizar actividades da vida diária e exercitar-se, são factores que podem ter efeitos positivos sobre o que o idoso sente, sobre a sua auto-avaliação e sobre a forma como os outros o vêem (Sousa et al., 2002). Deste modo, o aumento da aptidão física melhora a saúde, a funcionalidade e a auto-estima.

A ausência de Actividade Física, pode ser facilitado quando acompanhado por alguns factores psicossociais, nomeadamente:

- A crença popular de que, com o processo de envelhecimento, deve diminuir-se a intensidade e a quantidade de actividade;
- A discriminação social (ainda existente) do factor idade;
- A imposição da fragilidade;
- A perda da vitalidade;
- O receio de prejudicar a saúde;
- O medo da morte;
- A subestimação das próprias capacidades físicas;
- Os recursos tecnológicos disponíveis que favorecem a inactividade física;
- A presença de doenças;
- A falta de ambiente físico apropriado para prática de Actividade Física;
- A falta de suporte/apoio social;
- A ausência de experiências de vida com prática de Actividade Física regular.

A relação entre a Actividade Física e a função psicológica no idoso é bem estabelecida. Porém, há a necessidade de pesquisas que controlem as medidas de Actividade Física e função psicológica, os mecanismos subjacentes que influenciam a relação, o período de tempo de mudança psicológica e a diversidade de populações estudadas. Este é um desafio importante para os cientistas do exercício e do comportamento, gerontólogos, entre outros (ACSM, 1998). Guedes (2000) refere alguns benefícios psicológicos do exercício físico constatados em alguns estudos: redução da ansiedade, diminuição da agressividade, aumento da auto-confiança, aumento da Auto-Estima, e alívio da frustração e redução do stress.

Também a Actividade Física pode melhorar a sociabilização do idoso. As actividades físicas podem actuar directamente na problemática de adaptação do idoso à sociedade e auxiliar na reorganização da vida social. Como estratégia de intervenção importante, deve ser estimulada a participação dos idosos em programas de Actividade Física estruturada na companhia da família ou amigos, para aumentar o suporte social de que tanto necessitam nesta fase da vida. Estudos

realizados em pessoas idosas acerca dos benefícios da Actividade Física na saúde mental e no Bem-Estar, chegaram à conclusão que existem reduções de risco decorrentes da prática regular para todas as causas de mortalidade, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Nos idosos, a Actividade Física regular também é importante para o aumento ou preservação da força e potência muscular, a mobilidade, manutenção de uma vida independente, prevenção de quedas e fracturas e o tratamento da depressão (Fox et al., 2007).

Cada vez mais pesquisas têm vindo a comprovar a premissa de que a prática de algum exercício físico regular tem efeitos benéficos sobre a actividade cerebral do idoso. A maioria das comunidades orientam a prescrição de práticas de actividade física para determinadas patologias, prescrição essa que está baseada nos inúmeros benefícios relatados por alguns estudos da área (Miranda & Farias, 2008):

- A actividade física beneficia a concentração. Octogenários fisicamente activos parecem mais concentrados e distraem-se com menos facilidade do que os sedentários da mesma idade. Um estilo de vida activo, mesmo sem prática de actividades intensas ajuda a manter a capacidade de pensar e reagir a situações na velhice. Um dos motivos associados a este benefício, é a melhoria da condição cardiovascular causando um aumento do fluxo de sangue e a oxigenação do cérebro. Outro estudo concluiu que o exercício aeróbio, além de contribuir para a concentração, auxilia na tomada de decisão.
- A qualidade do sono é determinante da saúde mental de todos os indivíduos. Um grande percentual de idosos apresenta distúrbios do sono, principalmente insónia. É comprovado o efeito do exercício físico sobre as horas de sono, a qualidade do sono melhora, contribuindo para a saúde mental do idoso.
- A prevenção da perda de uma importante função controlada pelo sistema nervoso é consequência também do hábito do exercício físico, o equilíbrio. Porém, algumas pesquisas ainda se mostram controversas na comprovação deste efeito.

Os tipos de exercícios que mais beneficiam a manutenção das actividades cerebrais e a prevenção de uma grande deterioração dessas funções ainda estão estudo, mas os efeitos da prática de exercícios físicos regulares estão amplamente difundidos e aplicam-se também para a população idosa, levando em conta suas limitações e sua diferenciada resposta a esta prática.

Alcançando-se uma idade avançada com o hábito diário da prática de exercícios, garante-se, entre outras funções, um bom funcionamento do sistema nervoso, a baixa probabilidade da manifestação de patologias neurológicas e uma relativa qualidade de vida (Miranda & Farias, 2008). Também um estudo realizado por Dias & Duarte (2005) refere que “a prática de Actividade Física generalizada pode contribuir para a melhora ou manutenção do nível de coordenação motora dos indivíduos idosos e, assim, retardar os efeitos do processo de envelhecimento nessa habilidade”.

No que respeita às razões que levam os idosos à procura de algum tipo de Actividade Física, referem que procuram melhorar a saúde, melhorar a mobilidade, sentir-se bem psicológica e mentalmente, reabilitação e controlo ponderal, por esta ordem (Martins et al., 2002). De acordo com Berger (1989), “o exercício físico surge associada ao aumento da alegria, da auto-eficácia, do auto-conceito, da auto-estima, imagem corporal, função cognitiva, auto-eficácia e à qualidade de vida”.

Apesar dos inúmeros benefícios da Actividade Física no processo de envelhecimento acima descrito, há ainda necessidade de pesquisas adicionais relacionadas com a interacção da Actividade Física com o exercício físico e com a aptidão física com um envelhecimento saudável (ACSM, 1998).

4. Qualidade de Vida

A história da humanidade é marcada pela busca continuada do rejuvenescimento, de uma boa e longa vida, de uma morte tardia, feliz, indolor e acima de tudo com Qualidade de Vida. As tentativas para suavizar o processo de

envelhecimento modificam-se conforme o enquadramento histórico, social e cultural nos quais os indivíduos estão inseridos e envelhecem. Quando procuramos uma definição precisa para Qualidade de Vida, encontramos muitas e muito variadas, não havendo nenhuma definição que reúna um consenso.

Qualidade de vida é mais do que ter uma boa saúde física ou mental. É estar de bem consigo próprio, com a vida, com as pessoas que nos rodeiam. Estar em equilíbrio. Isso pressupõe muitas coisas, nomeadamente hábitos saudáveis, cuidados com o corpo, balanço entre vida pessoal e profissional, tempo para lazer, ausência de doenças, saúde psicológica, etc.

Após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi usado para se referir à conquista de bens materiais, nomeadamente, a possuir casa própria, carro, aparelhos electrónicos, ter aplicações financeiras, poder viajar, etc. Mais tarde, o conceito foi ampliado para medir o quanto uma sociedade se teria desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estaria ou não bem distribuída. Surgiram nessa altura indicadores económicos que se tornaram instrumentos importantes para medir e comparar a Qualidade de Vida entre diferentes cidades, regiões, países e culturas. Com o passar dos anos, o conceito ampliou-se para significar para além do crescimento económico, desenvolvimento social: saúde, educação, lazer, trabalho, crescimento pessoal. A partir da década de 60, percebeu-se que, embora todos os indicadores fossem importantes para avaliar e comparar a Qualidade de Vida entre países, regiões e cidades, não eram suficientes para medir a Qualidade de Vida de cada um. Tornou-se necessário avaliar a Qualidade de Vida individual – o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade das suas vidas – e passou a valorizar-se assim a opinião dos indivíduos, denominando-se este novo conceito de “qualidade de vida subjectiva” (Paschoal, 2000). O mesmo autor refere que existe ainda uma complicação adicional à compreensão do significado da Qualidade de Vida, que foi a criação de um novo termo, de significado um tanto impreciso e de aplicação muito variada: “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”. Paschoal (2000) afirma que grande parte da estrutura do termo na pesquisa em saúde derivou da definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde, que a define sendo “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Suh, Diener & Fujita (1996) referem que “a Qualidade de Vida e a

alegria de viver podem ser influenciadas em grande parte pela personalidade de cada indivíduo e em menor escala por eventos recentes ou acontecimentos marcantes ao longo da vida”.

Um desafio da nossa cultura para o envelhecimento com Qualidade de Vida, consiste precisamente em aumentar a expectativa de vida mantendo sempre um estado de bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas aumentar a esperança de vida. Utilizando frases que têm estado em voga em inúmeros projectos nacionais, é importante “dar vida aos anos” e não só dar anos à vida. Esta expressão remete-nos à questão dos diferentes tipos de envelhecimento, uma vez que existem várias formas de envelhecer e de ser idoso e vários padrões de envelhecimento. Os padrões de envelhecimento significam admitir que existem conjuntos de mudanças observáveis associadas ao passar dos anos e à mudança da idade. Porém, e com o evoluir de técnicas e de práticas associadas à ciência, hoje em dia ainda não existe conhecimento suficiente para estabelecer diferenças entre as mudanças típicas do envelhecimento – que se constituem em processos normais de mudança típicas – e aquelas mudanças que são atípicas, anormais ou patológicas, quer sejam geradas por factores ambientais ou determinadas por factores intrínsecos ao organismo (Geng, Zhou & Miles, 2007).

Apesar da ideia de padrões de envelhecimento típicos e atípicos, a Qualidade de Vida para os idosos depende de vários factores como a longevidade, uma boa saúde física e mental, a satisfação, controle cognitivo, o status social, a continuidade de papéis familiares sociais, as relações interpessoais, a autonomia e independência e um estilo de vida activo. Todos estes factores são produto da história de vida pessoal e dependem das condições existentes na sociedade e cultura num determinado momento histórico (Kalache, Veras & Ramos, 1987).

Em estudos sobre a qualidade de vida e idosos, encontram-se diferentes perspectivas relacionadas com o envelhecimento, de onde se destacam as seguintes:

- Envelhecimento Primário e Secundário
- Envelhecimento primário – Podemos encontrar as mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, que são irreversíveis, progressivas e universais, nomeadamente o aparecimento de rugas, as perdas de massa óssea e

muscular, o declínio do equilíbrio, da força, da velocidade e as perdas cognitivas;

- Envelhecimento secundário – São as mudanças causadas pela doença, que são independentes da idade, e que significam o aumento da probabilidade de exposição aos factores de risco. Os efeitos destrutivos dessas mudanças são acumulativos, e fazem com que os indivíduos apresentem uma crescente vulnerabilidade com o passar da idade Spirduso (2005).

- Envelhecimento com Sucesso

Este conceito foi introduzido por Rowe & Kahn (1997) que analisaram que os prognósticos comportamentais da manutenção da função física incluem actividades vigorosas e moderadas de lazer e o suporte emocional da família e dos amigos. O envelhecimento com sucesso é aquele que permite aos indivíduos dispensar assistência ou não apresentar dificuldade na vivência do seu dia-a-dia. Estudos realizados acerca do mesmo tema concluíram que as variáveis que determinaram o sucesso foram a ausência de depressão, os contactos pessoais e as caminhadas frequentes como forma de exercício físico. Para que o indivíduo tenha pouca ou nenhuma perda da sua função fisiológica relacionada com a idade, terá de evitar as doenças e as incapacidades, manter uma alta função física e cognitiva e envolver-se de forma activa nas actividades sociais e produtivas.

O conceito de velhice bem sucedida tem, pelo menos três conotações (Neri, 2001):

1. Realização do potencial para o alcance do Bem-Estar físico, social e psicológico avaliado como apropriado pelo indivíduo e pelo seu grupo de idade, tendo como parâmetros as condições disponíveis para tal alcance e os valores sociais existentes a respeito dessas condições e do que é ou seria desejável para que as pessoas pudessem atingir o seu objectivo;
2. Funcionamento idêntico com a maioria da população mais jovem;
3. Manutenção da competência em diferentes domínios, por meio de mecanismos de compensação e optimização.

Esta última conotação foi a base de um modelo psicológico baseado na perspectiva de curso de vida, onde uma velhice bem sucedida depende da selecção

dos domínios comportamentais em que o indivíduo retém um melhor nível de funcionamento e de optimização mediante as estratégias de treino e de activação do que quer e do que tem para aprender. A selecção e a optimização das competências em que o idoso tem bom desempenho garantem a compensação das perdas ocasionadas pelo envelhecimento e, conseqüentemente, a continuidade da funcionalidade em domínios seleccionados, bem como o aumento da motivação para a realização das mesmas. Os exercícios físicos, por exemplo, podem ajudar a compensar e a fortalecer o senso de bem-estar, fundamental para que os idosos continuem inseridos no mundo social. O treino da memória pode ajudar os idosos a organizar as suas vidas e a sentirem-se satisfeitos. A sabedoria e as particularidades de cada um são exemplos teóricos importantes para as possibilidades compensatórias na velhice (Baltes e Baltes, 1990, citados por Cupertino, Moreira & Ribeiro, 2007). Estes autores também enfatizam a importância das oportunidades educacionais e da promoção da saúde no decorrer da vida, para o alcance de uma velhice bem sucedida, cujas características e limites dependem das condições da sociedade e dos valores culturais que determinam o grau de desejo da Qualidade de Vida compartilhada pelos seus membros.

Estas perspectivas relacionadas com o envelhecimento são de carácter biológico, social e psicológico e fornecem indicativos de como envelhecer com Qualidade de Vida. Mas, como referido acima, as características do conceito de Qualidade de Vida e as suas definições modificam-se em determinado contexto histórico, social e cultural da população em questão, e no que concerne à população idosa, a Qualidade de Vida é um tema de interesse crescente e actual. As diferentes áreas do conhecimento têm a tarefa de avaliar as condições de vida do idoso para melhorar ou manter a sua Qualidade de Vida e o seu Bem-Estar. Porém, na velhice, a promoção de uma boa qualidade de vida é um empreendimento de carácter sociocultural, ultrapassando muitas vezes os limites da responsabilidade pessoal (Paschoal, 2000).

De acordo com o mesmo autor, a avaliação da Qualidade de Vida é um tema de grande interesse em diversas áreas do conhecimento, nomeadamente:

- Gerontologia Social: predominam as associações entre qualidade de vida na velhice, satisfação e actividade;

- Psicologia: existem vários termos e associações, tais como o senso de controlo, senso de auto-eficácia, competência social, competência cognitiva, bem-estar subjectivo, integridade e envolvimento;
- Medicina: relacionando-se termos como a longevidade, saúde e capacidade funcional;
- Enfermagem: longevidade, saúde, cuidado e auto-cuidado;
- Segurança Social: políticas de assistência ao idoso e projectos de intervenção;
- Educação Física: destacam-se os estudos relacionados com a actividade física como promoção da saúde, visando um envelhecimento activo e saudável.

Na busca para explicar a Qualidade de Vida na velhice, surge o modelo de Lawton (1991), centrado na ideia de avaliação multidimensional, referenciada em critérios intrapessoais, produto da interacção do indivíduo com o ambiente e de temporalidade. Desta forma, e de acordo com o mesmo autor, a Qualidade de Vida incide sobre quatro áreas sobrepostas e inter-relacionadas, das quais depende a funcionalidade do idoso:

1. **Competência Comportamental** – representa a avaliação sócio-normativa do funcionamento pessoal quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo. A avaliação é feita comparando-se o indivíduo com outros, por exemplo segundo critérios de idade, de educação, de género, de etnia, de classe social, etc. Depende dos padrões que vigoram no grupo, do que é esperado dos seus membros num determinado domínio do seu comportamento.
2. **Condições Ambientais** – permitem aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos e têm uma relação directa com o bem-estar. Para que as pessoas idosas se sintam adaptadas ao ambiente, é necessário que os seus atributos sejam compatíveis com as suas capacidades físicas e competências comportamentais.
3. **Qualidade de Vida Subjectiva** – é a dimensão subjectiva da qualidade de vida. Depende estreitamente dos julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e sobre a competência

comportamental. Tais julgamentos são afectados pelas condições objectivas de saúde física, pelo rendimento e pela proximidade e funções da rede de relações sociais. Também depende muitos dos padrões de comparação adoptados pelo indivíduo, os quais são, em grande parte, determinados pelo grupo.

4. **Bem-Estar Subjectivo** – Reflecte a avaliação pessoal sobre as três áreas precedentes e depende da continuidade do self, da capacidade do indivíduo para se adaptar às perdas; da sua capacidade para recuperar de eventos stressantes ou perturbantes do curso de vida individual e social, tais como o desemprego, a doença, as mortes de amigos ou familiares, a violência, crises económicas; e da sua capacidade para assimilar informações positivas sobre si mesmo.

Assim, a Qualidade de Vida do idoso deve ser encarada na sua multidimensionalidade. Se, por exemplo, ocorrem eventos que levam à perda da Qualidade de Vida, como é o caso das doenças, é necessário considerar a presença de múltiplos factores, nomeadamente factores físicos, psicológicos, sociais, económicos, espirituais, etc., que envolvem a Qualidade de Vida do idoso.

Um estudo realizado por Sousa, Galante & Figueiredo (2002) identificou vários factores que reflectem as preocupações principais dos idosos sobre a sua Qualidade de Vida e quais as atitudes que eles sentem serem necessárias para proteger a Qualidade de Vida da deterioração com o processo de envelhecimento. Estes autores destacam a opinião dos idosos como sendo eles os melhores juizes acerca da sua Qualidade de Vida, de forma a saber se a mesma está a nível aceitável ou não. Este estudo concluiu que o panorama é, em geral, positivo, mas salienta a existência de grupos para os quais se deve estar alerta: os idosos com diminuição cognitiva grave, os muito dependentes e os dependentes. Embora não tenham constituído o núcleo principal da amostra em estudo, são grupos em que a Qualidade de Vida e Bem-Estar está, em princípio, diminuída.

Também Mazo (2003) apresenta um estudo sobre a Qualidade de Vida e sobre a vida activa de um conjunto de mulheres idosas. Este estudo verificou que ao relacionar o domínio físico com o nível de Actividade Física, constatou-se que as idosas mais activas tinham energia suficiente para o dia-a-dia, boa capacidade de

locomoção, satisfação com o seu sono e com a sua capacidade para exercer as actividades de vida diária e de trabalho. Quanto ao nível de Actividade Física e à sua relação com o domínio psicológico, constatou-se que as idosas mais activas estão satisfeitas com a sua auto-imagem e a auto-estima e consideram que a sua vida tem bastante sentido. Alfermann & Stoll (2000) comprovaram que “as mulheres na pré-menopausa, quando submetidas a um programa de exercício físico, quando comparadas a um grupo de sedentárias, mostram uma melhoria significativa não apenas a sua aptidão cardio-respiratória mas também no seu Bem-Estar”. O domínio das relações sociais não se mostrou associado com o nível de Actividade Física. Contudo, o acto de praticar Actividade Física por parte da idosa era visto com bons olhos pelos familiares e pelos amigos, produzindo na idosa Bem-Estar e melhora na auto-estima. Do mesmo modo, o domínio meio ambiente não apresentou diferença significativa em relação ao nível de Actividade Física. Porém foi percebido que a prática de Actividade Física pelas idosas foi influenciada pelo ambiente, principalmente nos aspectos de segurança física, recursos financeiros, informação, oportunidade de lazer e transporte, entre outros. Quanto à percepção das idosas sobre sua Qualidade de Vida de modo geral, foi observado que aquelas com elevado nível de escolaridade, pertencentes à classe económica mais alta e com percepção positiva de sua saúde expressaram ter boa Qualidade de Vida.

Os estudos acerca da Qualidade de Vida e o idoso têm-se revelado de grande importância para uma maior compreensão do processo de envelhecimento pessoal e colectivo. Alves (1999) refere que “os mais velhos são amarrados involuntariamente ao espectro da ausência de independência, a um declínio funcional e psicológico, a situações de solidão e de isolamento, à falta de vontade de mudança, de inovação e de satisfação com a vida”. Esses estudos têm – na maioria das vezes – em consideração que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogénea e subjectiva, onde cada indivíduo pauta a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Consequentemente, a avaliação deve ser multidimensional, sensível à grande variabilidade dessa população.

É importante ressaltar a importância da avaliação da Qualidade de Vida relativamente às pessoas idosas, uma vez que tem como objectivos (Patrick et al., 1988):

- Avaliar os efeitos da Actividade Física;
- Avaliar os efeitos dos programas de Actividade Física e encontrar recursos materiais e financeiros de acordo com as necessidades;
- Aumentar o nível de conhecimento da população acerca dos benefícios de um estilo de vida activo;
- Incrementar o nível de Actividade Física das populações;
- Identificar idosos que necessitam de atenção e cuidados específicos e propor alguma política de intervenção adequada;
- Monitorizar a evolução dos idosos no seu estilo de vida activo, particularmente em relação à presença de doenças crónicas;
- Determinar a escolha de intervenções de Actividade Física;
- Medir a eficiência e a eficácia de um programa de intervenção com Actividade Física, desportiva e de lazer – tipo, frequência, intensidade e duração;
- Fazer levantamentos populacionais de problemas relacionados com o sedentarismo;
- Promover a saúde;
- Melhorar a vida dos idosos em inúmeros aspectos;
- Proporcionar comparações internacionais e avançar com intervenções.

Cada um destes propósitos é importante para determinar a medida de Qualidade de Vida de cada indivíduo idoso, e apenas um objectivo como razão para a prática de alguma Actividade Física já seria o suficiente e já valeria a pena.

5. Bem-Estar Subjectivo

Apesar do conceito de Bem-estar Subjectivo ter uma história recente, pode considerar-se que as raízes ideológicas desta linha de investigação remontam ao século XVIII, durante o Iluminismo, que defendia que o propósito da existência da Humanidade é a vida em si mesma, em vez do serviço ao Rei ou a Deus. O desenvolvimento pessoal e a felicidade (por muitos autores sinónimo de Bem-Estar Subjectivo) tornaram-se valores centrais, nesta época. A sociedade é vista, pela primeira vez, como um meio de proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa. O conceito terá cerca de 45 anos de vida, se considerarmos a tese de Wilson (1967) como marco do seu nascimento, uma vez que estuda pela primeira vez o termo de Bem-estar, como o conhecemos hoje (Galinha & Ribeiro, 2005).

No século XIX, esta convicção manifestou-se através dos princípios do Utilitarismo, de que a melhor sociedade é aquela que providencia a melhor felicidade para o maior número de pessoas. No século XX, os princípios do Utilitarismo inspiraram medidas de reforma social em larga escala e influenciaram o desenvolvimento dos Estados Providência. Identificaram-se como grandes males sociais da época a ignorância, a doença e a pobreza, e desenvolveram-se esforços no sentido de criar uma melhor sociedade para todos. O progresso começou a ser medido em termos de literacia, do controlo das epidemias e da eliminação da fome e foram desenvolvidas estatísticas sociais no sentido de medir o progresso nestas áreas. Posteriormente a extensão do progresso passou a ser medida em termos de ganhos monetários, da segurança dos rendimentos e do grau de igualdade de rendimentos. Em 1960, com a generalização dos Estados Providência, o novo tema de limites para o crescimento económico surge na agenda política e verifica-se uma mudança para valores pós-materialistas. Estes apelaram a uma conceptualização mais abrangente de Bem-Estar e da sua medição.

Wilson (1967) propôs-se estudar duas hipóteses do Bem-Estar, onde relacionou os conceitos de Satisfação e de Felicidade numa perspectiva Base-Topo (*Bottom Up*) – a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer, causa Infelicidade – e Topo-Base (*Top*

Down) – o grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros factores – como ainda, actualmente, se discute na área do Bem-Estar Subjectivo. De acordo com Giacomoni (2004) e com Neri (2001), as pesquisas a respeito do Bem-Estar Subjectivo dividem-se em dois grandes eixos: compreender os factores referentes ao indivíduo – teoria *Top Down*; e compreender a influência de variáveis culturais e sociais – teoria *Bottom Up*. Segundo estes autores as teorias *Top Down* atribui o Bem-Estar Subjectivo a características de personalidade – aqueles que apresentam certas características de personalidade tendem a interpretar os eventos nas suas vidas de uma forma mais positiva do que aqueles que não a apresentam. As teorias *Bottom Up* correlacionam o Bem-Estar Subjectivo com o facto de se vivenciar eventos mais favoráveis durante a vida.

Entre estes eventos favoráveis, poderíamos citar os referentes a condições de moradia, alimentação, educação, trabalho, prevenção e condições de tratamento de problemas de saúde, entre outros. Em relação às características internas, há pesquisas sobre a importância de uma série de variáveis, tais como: avaliação da qualidade de vida como um todo, em termos de satisfação, qualidade de vida (boa ou má), realizações e outras dimensões globais (Cruz, 2003).

Segundo Diener & Biswas-Diener (2000), “o Bem-Estar Subjectivo refere-se à avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, tanto no aspecto afectivo como no cognitivo, sendo frequentemente usada como sinónimo de felicidade, satisfação, afecto positivo”. O Bem-Estar Subjectivo ocorre quando se sente prazer, quando se está satisfeito com a própria vida. Noutras palavras, segundo Silva & Varela (1999) há três elementos fundamentais na questão do Bem-Estar:

- É subjectivo, ou seja, pertence ao âmbito da experiência particular;
- Envolve uma avaliação pessoal da vida como um todo e também com todas as suas particularidades;
- Inclui a avaliação de afectos positivos e negativos (emoções, sentimentos, humor).

Como referido anteriormente, o Bem-Estar Subjectivo, também chamado de felicidade ou de Bem-Estar Psicológico, pode ser nomeado de extroversão estável,

parecendo o afecto positivo na felicidade estar relacionado à fácil sociabilidade, o que propicia uma interacção natural e agradável com outras pessoas (Passareli & Silva, 2007).

O Bem-Estar Subjectivo é uma dimensão positiva da Saúde. É considerado simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. Este conceito tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados (Galinha & Ribeiro, 2005). A abrangência do conceito coloca-o numa posição de intercepção de vários domínios da Psicologia, designadamente, a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica. A história do conceito, analisada por diferentes investigadores, aponta heranças históricas distintas, relacionadas com a convergência de origens teóricas distintas. Promover o Bem-Estar Subjectivo é uma das preocupações da psicologia. Com o aumento da longevidade, estudos sobre o envelhecimento são necessários para a compreensão desta parcela da população que está a aumentar em todo o mundo.

Cruz (2003) elaborou uma pesquisa que teve como objectivo investigar os factores responsáveis pelo Bem-Estar Subjectivo em indivíduos idosos. Foi utilizada uma escala de Bem-Estar Subjectivo, composta por itens que investigaram seis áreas: Satisfação com a vida, Extroversão, Persistência, Apoio Social, Saúde física e Optimismo. A análise das questões revelou a importância de características pessoais, sociais e familiares no Bem-Estar Subjectivo. A participação em programas de actividade foi apontada como um factor poderoso para se dar um novo significado à vida, assim como para ampliar o contacto social e aprender coisas novas.

Miranda e Farias (2008) referem que “cada vez mais pesquisas têm vindo a comprovar que a prática de Actividade Física regular tem efeitos benéficos sobre o Bem-Estar dos idosos”. Ku, McKenna & Fox (2007) referem que “muitos idosos aliam felicidade a Bem-Estar num estudo realizado a um grupo de idosos para aprofundar os efeitos do Bem-Estar Subjectivo e da Actividade Física”. Segundo os autores, os

indivíduos em estudo mencionaram frequentemente experiências positivas – sensações de felicidade e de prazer; e experiências negativas – tristeza, frustração, dor. Questões relacionadas com o “self” também apareceram relacionadas com o Bem-Estar Subjectivo, incluindo o auto-controlo, a auto-vontade, etc. O funcionamento cognitivo foi visto como o mais importante para o Bem-Estar Subjectivo.

6. Auto-Conceito

O Auto-Conceito possui diversas designações empregues por vezes, com sentidos diferentes, resultado de divergências teóricas importantes quanto à sua origem e estrutura. Na literatura encontramos como sinónimos de Auto-Conceito, “a imagem de si”, a “percepção de si”, a “representação de si” e o “conceito de si”. Na literatura, Auto-Conceito surge também como sendo a forma de nos vermos e a partir daí como nos valorizamos ou relacionamos.

A literatura revela que, entre mulheres idosas, o Auto-Conceito e as maneiras de lidar com o estereótipo da velhice variam tanto com a classe social a que pertencem quanto com as atitudes dos homens da família ao reflectirem premissas sexistas acerca dos papéis e da capacidade das mulheres (Faria, 1997). Segundo Ramires, Viana & Carapeta (2001), “o Auto-Conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar, 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. Tem um papel extremamente importante na medida em que tenta explicar o comportamento, ou seja, consegue manter uma certa consistência nesse mesmo comportamento, explicita a interpretação da experiência e fornece um certo grau de previsão.

Giacomoni (2004) afirma que “o Auto-Conceito pode ser definido como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controlando o processo informativo relacionado consigo mesmo e exercendo uma função de auto-regulação”. O mesmo autor definiu o Auto-Conceito como uma estrutura cognitiva multifacetada e maleável – um sistema que interpreta, associa, organiza e coordena a variedade de imagens, esquemas, conceitos, teorias, metas e ideais que possuímos de nós mesmos. Por se apresentar como uma estrutura cognitiva multifacetada, o Auto-Conceito é composto por várias dimensões. Cada uma destas dimensões ramifica-se em novos subgrupos ou subdimensões, que se relacionam e são interdependentes. O Auto-Conceito físico, por exemplo, é uma destas subdimensões que, na visão de alguns autores, pode ser decomposto em: aparência física, performance motora e controlo do peso (Franzoi et al. 1984, citados por Giacomoni, 2004).

A um Auto-Conceito geral, ligam-se diversos tipos de Auto-Conceitos – académico, social, emocional e físico. Cada um deles é significativo em diferentes áreas. Podemos dizer que, sempre que esta percepção se refere ao corpo, estamos perante o Auto-Conceito físico. Inserido na estrutura multifacetada de Auto-Conceito geral, o Auto-Conceito físico engloba a aparência física, incluindo a Imagem Corporal (Ramires, Viana & Carapeta, 2001). Segundo este modelo multifacetado, as modificações do Auto-Conceito físico, nomeadamente na Imagem Corporal, podem alterar o Auto-Conceito geral. Estudos realizados acerca desta temática, demonstraram que o Auto-Conceito físico compreende o esquema corporal – que é inato e flexível, o conhecimento corporal – que compreende as dimensões externa e interna, e a Imagem Corporal – que pode ser objectiva ou subjectiva, referindo-se à estrutura e às dimensões do corpo e estando associada à sua performance. O Auto-Conceito significa, de uma maneira geral, a percepção que o indivíduo tem de si próprio e, de uma forma específica, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias.

A subdimensão Aparência Física do Auto-Conceito comporta o conceito de Imagem Corporal. Assim, enquanto o Auto-Conceito é uma ampla estrutura cognitiva, fortemente relacionada com o Auto-Conceito global, a Imagem Corporal é um processo avaliativo da aparência física. Desta forma, um indivíduo pode avaliar-

se como “estando acima do peso” (aspecto cognitivo relacionado ao Auto-Conceito físico) e sentir-se “insatisfeito” com o seu peso. Em relação à subdimensão performance motora alguns estudos demonstraram correlações positivas entre performance e Auto-Conceito e que pessoas que apresentam uma percepção positiva das suas habilidades físicas possuem Auto-Estima mais elevada do que aquelas que não se consideram tão hábeis fisicamente (Giacomoni, 2004).

Serra (1988) define o Auto-Conceito como a “percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si”. O mesmo autor afirma que existem quatro tipos de influências que ajudam a construir o Auto-Conceito:

1) O modo como as outras pessoas observam um indivíduo – o ser humano é levado a desenvolver uma espécie de fenómeno de espelho em que tende a observar-se da maneira como os outros o consideram;

2) A noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas;

3) O confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais com quem se encontra identificada;

4) A avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados por grupos normativos.

Todos estes factores ajudam a constituir o Auto-Conceito que pode adquirir características positivas ou negativas.

Podemos também considerar o Auto-Conceito como sendo um sentimento mutante, uma vez que, desde a infância até à idade adulta, sofre variações em função das interpretações, que são interações com o grupo social, e da percepção de competência social, nomeadamente a diversidade de tarefas e responsabilidades que lhe são atribuídas e que ele deverá desempenhar da melhor forma possível. O Auto-Conceito é um quadro multifacetado de si mesmo. As necessidades, motivos, percepções, atitudes e aprendizagem do indivíduo repousam no centro de suas concepções do ego, somadas a factores como influências familiares, sociais e culturais.

Segundo Serra (1988), o Auto-Conceito é estruturado por várias facetas:

- As auto-imagens que são o produto das observações em que o indivíduo se constitui como objecto da própria percepção (auto-imagem como progenitor, filho, profissional, cônjuge, etc.);
- A Auto-Estima que é a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral (encontra-se intimamente associada aos fenómenos de compensação ou de descompensação emocional do indivíduo);
- A auto-aceitação que é a diferença entre o Auto-Conceito real e o Auto-Conceito ideal.

Forbes (2001), refere que “o Auto-Conceito é a forma como o indivíduo, independentemente dos outros, se apercebe de si próprio de uma forma positiva ou negativa em função da percepção do «self»”. Enquanto alguns autores vêem o Auto-Conceito como resultado da experiência social, outros tornam-no como resultado da actividade consciente e inconsciente do indivíduo. Outros ainda o associam a visões anteriores, preocupando-se com a forma como os indivíduos se apercebem dos acontecimentos e de si próprio.

Muitas são as investigações que apontam para a existência de uma associação entre Auto-Conceito e a Imagem Corporal. Vários autores, nos seus estudos, concluíram que a satisfação com a Imagem Corporal e o Auto-Conceito encontram-se positivamente relacionados (Mazo, 2003). Um Auto-Conceito positivo incrementa-se com a satisfação com as próprias características corporais. Num estudo acerca da Imagem Corporal e a sua relação com o Auto-Conceito, concluiu-se que as mulheres têm uma Imagem Corporal mais diferenciada e os homens mais global e estes têm atitudes mais positivas para com os seus corpos. Não se encontraram diferenças significativas entre Imagem Corporal e Auto-Conceito, a não ser as correlações dos homens, que eram mais altas (Matsudo et al., 2007).

Fica-nos a evidência de que a Imagem Corporal se reveste de grande importância no conceito que o indivíduo tem de si mesmo. Russo (2005) refere que “muitos indivíduos procuram a cirurgia plástica por razões que parecem envolver aspectos não só anatómicos mas também psicológicos”. Basicamente, eles desejam parecer agradáveis a eles mesmos. Nota-se um certo narcisismo na procura de

mudança na sua Auto-Imagem. Estas afirmações vêm reafirmar de forma bem clara, o quanto a Imagem Corporal é importante na formação do Auto-Conceito e nas opções de vida de cada indivíduo.

Forbes (2001) destaca que “as mulheres apresentam ideais de beleza ou padrões estéticos firmados em influências históricas, em esquemas culturais capitalistas pré-estabelecidos na aceitação social e no forte sentimento de pertença que lhe garantem uma boa imagem corporal (status, auto-estima, admiração, posição social, etc.), além da forte atractividade sexual que esta exerce no sexo oposto”. Por isso explica-se a grande insatisfação das mulheres em relação à sua Imagem Corporal quando comparadas aos homens. Estes por sua vez, prezam o aspecto, viril, de destreza física, força e atracção física.

Estudos realizados sobre esta temática afirmam que, tanto mulheres quanto homens com muitas hormonas femininas apresentam grande tendência à insatisfação corporal. Grupos que apresentam alto grau de masculinidade apresentam maior satisfação corporal quando comparados aos demais grupos, isto porque a masculinidade apresenta uma forte característica individualista que acaba por reger as percepções corporais destes indivíduos.

O Auto-Conceito do indivíduo encontra-se intimamente ligado aos aspectos da Imagem Corporal, pela análise do que foi anteriormente referido. As pesquisas indicam ainda que as pessoas que possuam uma má Imagem Corporal tendem a ter um Auto-Conceito mais pobre.

Ramires, Viana & Carapeta (2001) investigaram o valor do exercício sobre o Auto-Conceito de homens e mulheres sedentário e activos. Em termos de competências físicas, os elementos femininos diferenciaram-se entre si nos três grupos – praticantes, sedentários e ex-praticantes – enquanto que nos homens as diferenças se verificaram entre praticantes vs não praticantes e ex-praticantes. No Auto-Conceito total registaram-se diferenças significativas entre as mulheres nos grupos de não praticantes vs praticantes e ex-praticantes e no sexo masculino entre ex-praticantes vs não praticantes e praticantes.

A participação desportiva poderá ser identificada como uma variável com repercussões ao nível de alguns domínios do Auto-Conceito. A prática de desporto (seja de lazer ou de competição) para além de efeitos benéficos na promoção da

saúde, poderá também ter repercussões ao nível desta peça chave do desenvolvimento que é o Auto-Conceito. Os estudos anteriormente referidos sugerem a confirmação do papel positivo desempenhado pelo exercício ou actividade física no Auto-Conceito, conforme foi defendido por vários autores.

7. Auto-Estima

Nestes últimos anos, devido à influência determinante no comportamento psicológico do indivíduo, a Auto-Estima tem sido objecto de vários estudos de diversos ramos da ciência. A compreensão do seu significado sofreu um processo considerável até aos dias de hoje. Em contraposição com as sociedades tradicionais, na sociedade contemporânea não se pensa senão na apresentação de um corpo elegante, magro, de formas proporcionadas, desportivo, que seja motivo de admiração (Constantino, 1993).

Gobitta & Guzzo (2002) referem que “abordar cientificamente o tema Auto-Estima pode não parecer justificável, pois gera a sensação de que, de tão popularizada por livros de auto-ajuda, pelo senso comum e por ter se tornado uma palavra fácil nas relações humanas, não faz sentido tal empreitada”. Porém, como sugere Mruck (1998) “pode-se relacionar pelo menos cinco razões para justificar a necessidade de um enfoque científico para o estudo da auto-estima”:

- 1) É um constructo muito mais complexo do que pode parecer, pois está fortemente associado com outros aspectos da personalidade;
- 2) Está relacionada com a saúde mental ou Bem-Estar psicológico;
- 3) A sua carência relaciona-se com certos fenómenos mentais negativos como depressão e suicídio. As pessoas que solicitam ajuda psicológica expressam com frequência sentimentos de inadequação, pouco valor e ansiedade associada à baixa Auto-Estima;

4) É um conceito relevante às ciências sociais. Os mesmos autores constatavam que a Auto-Estima está a surgir como um dos indicadores sociais chave na actual análise de crescimento e progresso social;

5) A elevada relevância social obtida actualmente. Diversos investigadores, especialmente aqueles com perspectivas sociológicas, centram-se agora na compreensão do papel que desempenha a Auto-Estima no desenvolvimento social. Problemas sociais contemporâneos como abuso de drogas, gravidez precoce, fracasso escolar e delinquência estão frequentemente associados a este constructo.

A investigação de Rosenberg (1989) é bastante representativa na explicação das condições associadas com o aumento e com a diminuição da Auto-Estima. Também Coopersmith é um importante autor relacionado com a temática da Auto-Estima, tendo realizado amplos estudos. Este autor tem sido tradicionalmente citado em todos os trabalhos de revisão da Auto-Estima e na maioria dos estudos empíricos relacionados com o tema.

Coopersmith (1967) estudou as condições e experiências concretas que fortalecem ou debilitam a Auto-Estima, empregando tradicionais métodos psicológicos, particularmente mediante a observação controlada. Considerou que as maiores relevâncias para o seu estudo são as indicações de que o domínio, a rejeição e a punição severa a crianças resultam em Auto-Estima baixa. Sob tal condição, as crianças que têm menos amor e menos sucesso, tendem a ficar geralmente submissas e passivas (embora mudando de comportamento, ocasionalmente, para o oposto extremo de agressão e dominação). Crianças criadas sob tais circunstâncias, segundo este autor, têm menor probabilidade de serem realistas e efectivas no seu dia-a-dia, e têm mais probabilidade de manifestar padrões de comportamento anti-convencionais. Um exemplo de como Coopersmith encara tais influências é a seguinte declaração: "... as crianças não nascem preocupadas em serem boas ou más, espertas ou ignorantes, amáveis ou não. Elas desenvolvem estas ideias, elas formam auto-imagens baseadas fortemente na forma como são tratadas por pessoas significantes – os pais, professores e amigos".

Coopersmith (1967) alertou para "o facto de que pessoas que procuram ajuda psicológica, frequentemente, se verem como impotentes e inferiores ou ainda

incapazes de melhorar a situação, além de lhes faltar os recursos internos para tolerar ou reduzir a ansiedade prontamente despertada por eventos quotidianos e tensão”. De acordo com o mesmo autor, estudos clínicos demonstram, repetidamente, que fracassos e outras condições que ameaçam expor insuficiências pessoais são, provavelmente, a causa principal de ansiedade. Segundo ele, a ansiedade e Auto-Estima estão proximamente relacionadas: se for a ameaça que libera ansiedade, como aparece teoricamente, é a Auto-Estima do indivíduo que está a ser ameaçada. Uma pessoa com Auto-Estima alta mantém uma imagem constante das suas capacidades e da sua distinção como pessoa, e pessoas criativas têm alto grau de Auto-Estima. Estas últimas também têm maior probabilidade para assumir papéis activos em grupos sociais e efectivamente expressam as suas visões. Menos preocupados por medos e ambivalências, aparentemente orientam-se mais directivamente e realisticamente às suas metas pessoais.

Assim, a definição de Coopersmith para Auto-Estima é a seguinte: “Auto-Estima é a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo”. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a Auto-Estima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo. É uma experiência subjectiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos. Para este autor, a Auto-Estima é composta por quatro componentes:

1. O poder – capacidade de influenciar e controlar os outros;
2. Os outros significativos – aceitação, atenção e afeição;
3. A virtude – princípios morais e éticos pelos quais se rege;
4. A competência alta e bem sucedida – que se realiza na tentativa de reunir e procurar objectivos definidos e de atingir elevados níveis de excelência.

O mesmo autor refere que a aquisição de níveis elevados de Auto-Estima é um pré-requisito para a competência e eficácia, independência e criatividade. A Auto-Estima é assim conceptualizada como componente avaliativa do Auto-Conceito. Nesta perspectiva, os indivíduos não valorizam as suas acções ou

atributos da mesma maneira, focando a sua atenção nos domínios onde têm aspirações de ser bem sucedidos.

A Auto-Estima é o resultado da relação entre os objectivos individuais concretizados e os objectivos individuais pretendidos, nos domínios material, social e emocional. Assim, se o indivíduo se percepção como competente, nos domínios onde aspira ser bem sucedido, terá uma Auto-Estima alta. Se não é bem sucedido, em determinados domínios onde aspira ser competente, terá uma Auto-Estima baixa. A falta de competência em domínios sem importância para o indivíduo não afecta a sua Auto-Estima (Bednar et al., 1989, citados por Gobitta & Guzzo, 2002).

Rosenberg (1989) refere que “a Auto-Estima é um conceito multidimensional, que reflecte todos os sentimentos de auto-valor”. Este sentimento geral de auto-valor ou de Auto-Estima Global reflecte os sentimentos de auto-valor ou Auto-Estima em relação ao comportamento, aparência física, inteligência, Eu emocional e Eu social. Desta forma verificam-se a existência de várias áreas específicas da Auto-Estima. Segundo o mesmo autor, a Auto-Estima é uma avaliação subjectiva do conhecimento que o indivíduo possui acerca de si próprio, contida no Auto-Conceito. Esta avaliação deriva dos sentimentos do indivíduo acerca de todas as coisas que ele é, nas várias áreas de existência – social, académica, familiar, Imagem Corporal, etc. A Auto-Estima global constitui-se como consequência da análise global que o indivíduo faz de si próprio, com base nas diferentes áreas. Mais recentemente, Rosenberg refere duas formas de interpretação de Auto-Estima, sendo elas a forma como se vêem quando olham para elas próprias e a forma como se descrevem nas várias dimensões. Durante muitos anos, a Auto-Estima foi considerada como uma construção unidimensional. Os instrumentos de avaliação eram inventários solicitando aos sujeitos que atribuíssem uma nota a si mesmos para uma ampla variedade das suas qualidades pessoais. Somando as notas de cada qualidade, encontraríamos a pontuação da Auto-Estima de cada sujeito. O maior avanço na teoria da Auto-Estima foi a aceitação da sua multidimensionalidade, isto é, os indivíduos podem ter percepções avaliativas diferentes deles próprios em diferentes aspectos e momentos da sua vida.

A Auto-Estima, segundo Serra (1988), “consiste num processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas capacidades e desempenhos”. Ao longo do

desenvolvimento do indivíduo e de acordo com o julgamento que faz de si próprio nos vários domínios (biológico, familiar, social, individual, etc.) a Auto-Estima modifica-se. Consoante a avaliação seja favorável ou desfavorável, tanto mais positiva ou mais negativa será a Auto-Estima. Para Carvalho & Cardenas (2007), “a Auto-Estima é uma variável mediadora na relação entre exercício e Qualidade de Vida”. Estes mesmos autores destacam que o exercício afecta positivamente o sentimento de controlo e manutenção da Auto-Estima, principalmente na capacidade de resolução de problemas e na adopção de comportamentos positivos relacionados com a saúde.

Robins, et al. (2002) realizaram uma análise a vários artigos cuja temática era a Auto-Estima Global na terceira idade. Verificaram o seguinte:

- Jaquish et al. (1981), verificaram que os idosos – a partir dos 60 anos – apresentavam valores de Auto-Estima mais baixa que os indivíduos adultos – até aos 60 anos;
- Tiggemann et al. (2001) constataram que as mulheres com idades compreendidas entre os 70 e os 85 anos, apresentavam valores de Auto-Estima ligeiramente mais baixos do que as mulheres na casa dos 60 anos;
- Ranzijn et al. (1998) constataram que os indivíduos entre os 85 e os 103 anos tinham a Auto-Estima inferior do que os com 70 anos;
- Em contraste, Gove et al. (1989) encontraram maiores níveis de Auto-Estima no grupo mais antigo (idade 75 ou mais anos).

Têm sido muitos os estudos acerca desta temática, porém, têm sido muitas e muito diferentes as conclusões a que se chegaram. Reflectindo a falta de coerência acerca das conclusões anteriores, falta aos investigadores chegar a um consenso acerca do aumento, diminuição ou do manter estável da Auto-Estima nos indivíduos idosos. Assim, mais profundas e mais pesquisas são necessárias antes de se puderem tirar conclusões fortes e significativas acerca da Auto-Estima na velhice.

Mazo, Cardoso & Aguiar (2006) procurou a relação entre a Auto-Estima e a permanência dos idosos em programas de exercício físico. Quando questionados acerca dos motivos que os levaram a iniciar o programa, os idosos responderam que a melhora da saúde física e de saúde mental, o convívio social, o gosto de pela

actividade física foram as razões. Relativamente à permanência no mesmo programa de exercícios, os idosos afirmaram que o gosto que desenvolveram, a sensação de Bem-Estar, o aumento da Auto-Estima e da Auto-Imagem e os benefícios psicossociais foram as razões mais significativas.

E analisando autores que trataram esta temática, descortinamos as seguintes citações:

- ⊙ Em geral, os indivíduos que possuem um sentido mais positivo das suas capacidades físicas tendem, também a evidenciar um maior Auto-Conceito físico e uma maior Auto-Estima Global;
- ⊙ A Actividade Física permite o desenvolvimento de competências e a escolha de estratégias mais adequadas para a resolução de determinadas tarefas com sucesso (Weiss, 1987).
- ⊙ Um dos benefícios da Actividade Física é o aumento positivo que exerce sobre a Auto-Estima Global. Esta influência positiva é aparentemente forte em pessoas que inicialmente apresentam um nível de Auto-Estima baixo (Gruber, 1986).
- ⊙ A Actividade Física provoca a melhoria da Auto-Estima, a qual, por sua vez, contribui para a melhoria da auto-confiança. A exercitação física provoca modificações positivas no corpo do praticante e na auto-imagem, bem como no sentido da realização, que ocorre quando o indivíduo se confronta com uma dificuldade física ou um desafio psicológico e os ultrapassa (Ledwidge, 1980).
- ⊙ Embora seja difícil quantificar as vantagens psicológicas do exercício, elas são bastante reais. À medida que os indivíduos executam os exercícios com maior facilidade, ganham maior confiança em si e maior segurança pessoal, tornando-se mais comunicativos, mais envolvidos com o grupo e mais estáveis em termos emocionais. Verificam-se ainda melhorias no sono e na sensação de bem-estar, diminuição dos níveis de depressão e de tensão (Cooper, 1982).
- ⊙ A Actividade Física contribui para a melhoria da satisfação com a Imagem Corporal, da Auto-Estima, da auto-eficácia e para a redução da ansiedade e da depressão, principalmente em indivíduos que antes de iniciarem a prática possuíam distúrbios dessa natureza (Shepard, 1997).

- ⊙ A uma melhoria da habilidade física, associam-se sentimentos de ajustamento social e confiança, o que tem reflexos na Auto-Estima. Estas realizações serão tanto mais importantes quanto mais se valorize o domínio físico (Salokun, 1990).
- ⊙ A prática de Actividade Física melhora o estado emocional, o Auto-Conceito, a Auto-Estima e tem um papel activo na diminuição do stress, dos níveis de ansiedade e depressão e possibilita a vivência de momentos de prazer (Duarte, 2000).

Apesar de algumas divergências no âmbito da relação Actividade Física e Auto-Estima, é consensual entre os vários que se obtêm múltiplos benefícios psicológicos através da prática de exercício físico. Estes foram sintetizados na publicação do Instituto Nacional Americano de Saúde Mental da seguinte forma:

- O exercício pode reduzir a ansiedade;
- O exercício pode contribuir para a redução da depressão ligeira e moderada;
- A prática regular e prolongada de Actividade Física pode contribuir para a redução de estados neuróticos e de ansiedade;
- O exercício pode ser um meio coadjuvante no tratamento profissional de depressões profundas;
- O exercício pode contribuir para a redução de vários tipos de stress;
- O exercício pode ter efeitos benéficos ao nível emocional, ao longo de todas as idades, em ambos os sexos.

Hong et al. (1993) citados por Rodrigues (1997) observaram que os homens, possuem uma Auto-Estima significativamente mais elevada do que as mulheres em intervalos de idade iguais. Reitzes et al. (1996) verificaram também que, quando se comparam pessoas do mesmo nível socioeconómico, os homens possuem níveis mais elevados de Auto-Estima.

Os estudos de Fox (1990) mostram-nos que a relação entre os sub-domínios (Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Saúde Física, Força Física) e a Auto-Estima Global aumenta quando os efeitos da Auto-Valorização Física são removidos estatisticamente. Factos opostos foram verificados por estudos

de Ferreira & Fox (2007), quando a população alvo foram indivíduos portugueses, verificando nessas situações um aumento da relação da Auto-Estima com os restantes sub-domínios quando retirados os efeitos da Auto-Valorização Física.

Em estudos realizados anteriormente em Portugal (Lopes, 1996) acerca da Auto-Estima, a diferença em termos de género, surge da seguinte forma: o género masculino apresenta valores de Auto-Estima mais elevados em relação ao sexo oposto. Os autores afirmam que, independentemente da idade, os indivíduos do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de Auto-Estima do que os do sexo feminino, existindo porém alguns investigadores que nos seus trabalhos não encontraram diferenças significativas entre os dois géneros.

8. Imagem Corporal

A Imagem Corporal é a percepção que temos de nós próprios e o que idealizamos ao pensarmos nos nossos corpos e na nossa aparência física. É influenciada pelos padrões estipulados pela sociedade, pela cultura que nos rodeia, pelas experiências individuais e por quem nos rodeia. Uma Imagem Corporal positiva revela auto-confiança, energia, vitalidade e auto-avaliação positiva, sentimentos de beleza e atracção, confiança e respeito pelo próprio corpo.

A Imagem Corporal, vista num conceito mais dinâmico foi introduzida nos anos 80. Segundo esta nova perspectiva, a Imagem Corporal consiste na representação mental do próprio corpo que se constrói progressivamente ao longo da vida, em simultâneo com o desenvolvimento individual e com as modificações corporais. Na mesma linha de ideias, Matsudo et al. (2007) referem que “a Imagem Corporal possui uma característica dinâmica e mutável, pois retrata o corpo, uma entidade em constantes transformações, podendo ser reconstruída a partir de novas sensações que se somam às antigas”. O que pode acontecer é que no decorrer dessas fases de mudanças, se o indivíduo idoso sofrer determinadas influências, seja de doenças e declínios físicos comuns da velhice, seja pelos estereótipos sociais, a sua Imagem Corporal altera-se durante a reconstrução.

O conceito de Imagem Corporal encontra-se interligado ao conceito de Corpo e é reconhecido por vários autores como um conceito ambíguo. Na literatura surge como um conceito não unificador, pois existe uma diversidade de interpretações de um mesmo conceito, resultante de uma diversidade de definições provenientes de diferentes domínios do conhecimento científico-neurológico, psicológico, psiquiátrico, psicanalítico, psicomotor, genético, social, etc.

Um dos primeiros autores a tentar definir Imagem Corporal foi Schilder, que em 1935 definiu pela primeira vez como “a representação que formamos mentalmente do nosso próprio corpo, isto é, a forma como ele nos aparece”. Para esse autor, a Imagem Corporal é influenciada pela experiência, pelas nossas acções e decisões. Já em 1968, Schilder conferiu à Imagem Corporal o seu carácter multidimensional, devendo ser sempre analisada sob o ponto de vista psicossocial. Introduziu a ideia de que a Imagem Corporal tem um papel específico em vários eventos da vida do indivíduo e demonstrou interesse em todos os aspectos da experiência corporal. Schilder (citado por Matsudo et al, 2007) afirma que “Imagem Corporal é o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós, ou seja, a representação mental que possuímos do nosso corpo”. O mesmo autor considera a Imagem Corporal uma construção multifactorial que envolve percepção, afecto e componentes cognitivos. Essa representação mental é formada a partir das sensações: visual, auditiva, olfactiva, gustatória e somato-sensitiva. Através das sensações experienciamos o nosso corpo e relacionamo-nos com o mundo exterior e assim construimos a nossa identidade corporal. A Imagem Corporal é a representação mental dessa identidade corporal, e é preciso que o indivíduo vivencie as suas sensações para construir a sua identidade.

Para Mataruna (2004), Imagem Corporal é “a figuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do mesmo indivíduo, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio”. “É o conjunto de sensações cinestésicas construídas pelos sentidos (audição, visão, tacto, paladar), oriundos de experiências vivenciadas pelo indivíduo, onde o referido cria um referencial do seu corpo, para o seu corpo e para o outro, sobre o objecto elaborado”.

O termo Imagem Corporal tem sido usado frequentemente tendo como foco de investigação o corpo humano. Russo (2005) diz que “a compreensão do conceito de Imagem Corporal está vinculada ao significado dos termos «imagens» e «corpo»

e que a sua definição não é simplesmente uma questão de linguagem, tem uma dimensão muito maior, se pensarmos na subjectividade de cada indivíduo”. As pessoas aprendem a avaliar os seus corpos através da interacção com o ambiente, assim a sua auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira, mas as necessidades de ordem social ofuscam as necessidades individuais. Somos pressionados em numerosas circunstâncias a concretizar, no nosso corpo, o corpo ideal da nossa cultura. A indústria corporal através dos meios de comunicação encarrega-se de criar desejos e reforçar imagens, padronizando corpos. Corpos que se vêem fora de medidas, sentem-se cobrados e insatisfeitos. O reforço dado pelos meios de comunicação social pelo facto de mostrar corpos atraentes, faz com que uma parte da nossa sociedade se lance na busca de uma aparência física idealizada.

As primeiras experiências infantis são importantes para a conexão do indivíduo com o mundo e consigo, por toda a vida – influência da corrente psicanalítica, na importância dada às experiências da etapa da primeira infância. Nesta fase, estão acentuadas as experiências de sensações e exploração do corpo próprio. Segundo Schilder (citado por Miller, Silva & Venditti, 2004), “umas das influências da psicanálise podem ser observadas na ênfase e valorização que o mesmo atribui à fase genital e às questões relacionadas à sexualidade eminente no indivíduo, com as suas energias atribuídas à libido, dor, prazer e satisfação de necessidades”.

Outra influência psicanalítica é que o desenvolvimento da sexualidade genital passa a ser necessário para uma apreciação total das outras pessoas e de suas integridades somáticas. De acordo com Schilder (1994), “só experimentamos o nosso corpo como unidade – como um todo – quando o nível genital é harmoniosamente alcançado”. Isto leva a uma compreensão de que os processos de construção da Imagem Corporal se dão nos campos da percepção e também intimamente no emocional e libidinal, sendo estes últimos fortes influenciadores no respectivo processo. Uma abordagem interessante deste autor está na sua diferenciação e caracterização dos campos perceptivos e libidinal através da necessidade do corpo existencial: o campo da percepção seria, para ele, relacionado ao mundo inanimado e aos estímulos externos (ambiente e outros

corpos - superfície e pele). Já o campo libidinal caracteriza-se pelo mundo sendo captado no seu aspecto de animação, de movimento, amor e vida; daí ser dinâmico e relacionado às impressões mais pessoais e interiores, sendo o corpo o receptor no qual se incutem a animação, o amor e a vida pulsante dentro das energias psíquicas e libidinais.

A avaliação da Imagem Corporal é reformulada pelo facto de envelhecermos e do nosso corpo sofrer modificações. Essa mesma reformulação processa-se de acordo com os indicadores físicos, socioculturais e psicológicos. De acordo com Miller, Silva & Venditti (2004), “essas alterações que ocorrem nesta fase da vida, afectam a forma de pensar e de agir dos indivíduos, limitam a entrada em novos caminhos e a realização de tarefas que anteriormente se faziam com alguma facilidade”. Muitas vezes a aceitação não se faz de forma gradual, conduzindo a uma insatisfação e frustração com a Imagem Corporal. Desta forma, a Imagem Corporal surge como um processo contínuo de construção e destruição, formada sobre o esquema corporal, sendo, portanto, o conceito e a experiência adquirida importantes para a sua análise.

Miller, Silva & Venditti (2004) afirmam que “a Imagem Corporal se deve às relações intra e interpessoais, às emoções e sentimentos do indivíduo consigo, com os outros e seu ambiente, além das relações com o próprio corpo na parte externa e interna do mesmo (superfície e interior do corpo)”. O indivíduo consciente ou inconscientemente estrutura a sua Imagem Corporal de determinadas formas. Faz uma avaliação do quanto atractivo o seu corpo é, desenvolve um conceito sobre a quantidade de espaço que ele ocupa, formula conclusões sobre a força do seu corpo e até onde pode ele ser atormentado e decide até que ponto o seu corpo apresenta padrões de masculinidade ou de feminilidade. Uma outra definição, dada por Miller, Silva & Venditti (2004) da Imagem Corporal é “a forma como percebemos o «eu» físico, é uma parte complexa da auto-imagem que se estrutura durante a infância e sofre modificações durante toda a vida”. É influenciada por um conjunto de atitudes das pessoas que mais se aproximam de nós. Os autores acrescentam ainda, que muitas vezes a imagem que temos de nós próprios tem uma ligeira semelhança com a forma como actualmente nos vemos. As atitudes, percepções e valores, revestem a figura mental, dando-nos uma visão emocional, mais do que uma visão objectiva.

Com a forte influência emocional no processo de percepção da imagem corporal, além da dinâmica estruturação do processo de formação da mesma, Schilder (citado por Miller, Silva & Venditti, 2004), identifica a alteração da percepção da gravidade do corpo, principalmente relacionada com o tonos muscular e com as sensações de vazios no corpo ou consolidações de partes internas, relacionados sempre a protuberâncias ou dobras dentro da percepção corporal. Estes vazios de órgãos ou regiões do corpo têm suas origens neste processo de construção da Imagem Corporal e também podem ser compreendidos com bases na teoria psicanalítica, fortemente influente neste autor. Generalizando, o corpo traz consigo o esboço, o extracto do seu conteúdo. Esse corpo expande-se ou contrai-se em decorrência de circunstâncias que são psicológicas, influenciadas por factores sociais e administradas por aspectos fisiológicos.

Também as doenças e situações desfavoráveis de saúde exercem acções especiais no corpo humano, principalmente no aspecto fisiológico, que repercute directamente em alteração de modelos posturais. Estas alterações incutem, portanto, em auto-percepções que alteram também a Imagem Corporal do indivíduo submetido ao quadro patológico (Miller, Silva & Venditti, 2004). A angústia é destacada por induzir um progressivo "desmembramento do corpo", e assim influenciar na construção de quadros degenerativos de imagem corporal.

Nos idosos manter a Imagem Corporal em padrões elevados, parece ser um desafio, visto que o envelhecimento na sociedade actual está carregado de estereótipos associados apenas aos declínios físicos. A Imagem Corporal durante a velhice pode sofrer então distorções devido à visão negativa em relação a esta fase da vida, baseada na falsa ideia de que envelhecer gera sempre incompetência. Matsudo et al. (2007) reviram alguns estudos que relacionam a satisfação corporal com a idade. Esses estudos demonstram que mulheres de meia-idade e idosas se sentem insatisfeitas com a imagem corporal. O objectivo desses estudos era de compreender a relação que os idosos tinham com os seus corpos, principalmente quanto às atitudes frente às mudanças com o envelhecimento. Os resultados revelaram que os homens tendem a focalizar a funcionalidade e as mulheres a aparência. Estas conclusões podem auxiliar na compreensão da insatisfação com o

corpo nas mulheres durante velhice, visto que estas encaram o envelhecimento negativamente devido seu impacto na aparência.

Vale ressaltar que a Imagem Corporal dos idosos não sofre distorção simplesmente porque estas pessoas envelheceram, pois a Imagem Corporal não sofre alteração devido a idade, mas sim devido a problemas vivenciados como patologias, limitações de movimento e principalmente a influência de estereótipos.

Perante todos estes conceitos, percebemos que a Imagem Corporal é mais que a fotografia subjectiva da nossa dimensão e forma, peso e textura. É uma construção permanente em que intervêm sentimentos, respostas e valores, atitudes, modelos e opiniões vigorantes num determinado contexto.

Após o enquadramento teórico e analisados diversos pontos de vista, irá ser apresentada a metodologia utilizada para a realização do presente trabalho. Assim, e como o objectivo do trabalho é verificar se existem diferenças em termos de Auto-Percepções, nomeadamente do Bem-Estar e de Qualidade de Vida em mulheres idosas, os instrumentos de pesquisa a utilizar são os seguintes:

- A versão portuguesa da *Rosenberg Self-Esteem Scale* – Escala de Auto-Estima de Rosenberg;
- A versão portuguesa do *Physical Self Perception Profile* – Perfil de Auto-Percepção Física – versão clínica reduzida (PSPP-VCR);
- A versão portuguesa do Questionário de Avaliação do Bem-Estar Subjectivo: *Satisfaction With Life Scale*, *Self-Anchoring Rating Scale* e *Perceived Stress Scale*.

1. Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é de 187 indivíduos do sexo feminino, com 65 anos ou mais maioritariamente dos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos, residentes nos meios rural e urbano. A pesquisa foi feita essencialmente em instituições, e alguns questionários foram entregues a idosas não institucionalizadas.

Para a seguinte análise, o grupo será agrupado por praticantes e não praticantes, sendo a idade mínima dos praticantes 65 anos e a idade máxima 85 e sendo a média de idades de 70,03 anos \pm 5,23. A idade mínima dos não praticantes é 65 anos e a idade máxima é 91 anos, sendo a média 72,24 anos \pm 7,31.

2. Instrumentos de Pesquisa

Para a obtenção dos objectivos do presente estudo foi aplicada uma bateria de testes, que foram seleccionados tendo em conta a população em causa e a especificidade do estudo. Estes instrumentos avaliam os indicadores directos de qualidade de vida, tendo como objectivo avaliar a multidimensionalidade da prática do exercício físico na população idosa. São eles a *Satisfaction With Life Scale*, *Self-Anchoring Rating Scale*, *Perceived Stress Scale (PSS)*, *Physical Self Perception Profile – VCR* (versão clínica reduzida portuguesa adaptada à população idosa) e *Rosenberg Self-Esteem Scale*.

2.1. Avaliação do Bem-Estar Subjectivo

O Bem-Estar Subjectivo será avaliado utilizando um questionário constituído pelos seguintes instrumentos de pesquisa:

O questionário *Satisfaction With Life Scale* foi elaborado por Diener, Emmons, Larsen & Griffin em 1985 e traduzido para a versão portuguesa por Ferreira em 2005. Trata-se de uma escala criada com o intuito de avaliar a componente cognitiva do Bem-Estar Subjectivo. A escala é constituída por 5 itens, com 7 respostas alternativas cada um, valendo 1 ponto a resposta “**discordo plenamente**” e 7 pontos a resposta “**concordo plenamente**”, valendo a quarta resposta, a resposta “**não concordo nem discordo**”, 4 pontos. Depois de somados os resultados, que podem variar entre 5 e 35 valores, ficamos a saber o grau de satisfação com a vida. Os autores desta escala (Diener, Emmons, Larsen & Griffin) apresentam propriedades psicométricas favoráveis, com uma forte consistência do *Alpha* de Cronbach de 0.87. Em Portugal, esta escala foi validada por Neto em 1993 (Neto, 1993) tendo sido encontrada uma consistência do *Alpha* de Cronbach de 0.78

O *Self Anchoring Rating Scale* foi elaborada em 1965 por Cantril e consta de um desenho de uma escada com dez degraus. A base da escada significa a “**pior vida possível, no momento**”, e o décimo degrau corresponde à “**melhor vida**”

possível no momento". O objectivo é que indivíduo assinale na escala em que nível se encontra em termos de satisfação com a vida, no momento em que responde ao questionário. Esta é uma escala de estabilidade moderada e sensível a mudança ao longo do tempo.

A *Perceived Stress Scale* foi elaborada em 1983 por Cohen, Kamarck & Mermelstein, e serve para avaliar a percepção do controlo com a vida no momento em que os indivíduos respondem ao questionário, através das 14 respostas. Estas 14 questões têm 5 alternativas de resposta, sendo as respostas possíveis: **Nunca, Quase nunca, Por vezes, Com alguma frequência e Muito frequentemente**. Estas respostas variam de 1 a 5 valores, valendo a resposta **Nunca** – 1 ponto, subindo sempre até à resposta **Muito frequentemente** que vale 5 pontos. O resultado final varia de 14 a 70 valores, sendo os 14 valores para os indivíduos com uma percepção mais elevada de controlo da vida. Para obter os resultados finais, são revertidos os itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 de forma a manter a mesma direcção de resposta para todos os itens da escala. A versão portuguesa desta escala foi elaborada pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 2002, revelando uma boa consistência interna do *Alpha* de Cronbach de 0,86.

2.2. *Rosenberg Self-Esteem Scale* – Escala de Auto-Estima de Rosenberg:

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg foi desenvolvida por Morris Rosenberg em 1965. Inicialmente servia apenas para avaliar a Auto-Estima de adolescentes, sendo os sentimentos de Auto-Aceitação e de Auto-Estima os domínios medidos através do mesmo questionário. Esta escala foi traduzida para a versão portuguesa em 2001 por Ferreira.

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg é um questionário que contempla 10 itens, sendo cinco relativos à auto-confiança e cinco acerca da auto-depreciação. Para conseguirmos obter a pontuação deste questionário – de 1 a 4 pontos – existem duas formas diferentes, consoante as questões são de auto-confiança ou de auto-depreciação.

Como tal, as questões **2, 5, 6, 8 e 9** como são questões de auto-depreciação contabilizam-se da seguinte forma:

- Concordo completamente – 4;
- Concordo – 3;
- Discordo – 2;
- Discordo completamente – 1.

As questões **1, 3, 4, 7 e 10**, que são questões de auto-confiança, contabilizam-se da seguinte forma:

- Concordo completamente – 1;
- Concordo – 2;
- Discordo – 3;
- Discordo completamente – 4

Desta forma, e depois de somadas as respostas e de obtido o resultado – cujo máximo será de 40 pontos e o mínimo de 10 – quanto maior for o resultado final do questionário, mais elevado será o nível de Auto-Estima do indivíduo.

Esta escala, apesar de ter já alguns anos, ainda se mantém actual. Foi já aplicada em vários países e apresenta, em Portugal, uma consistência interna do *Alpha* de Cronbach de 0,86.

2.3. *Physical Self-Perception Profile* – Perfil de Auto-Percepção Física (PSPP–VCR)

A versão original foi desenvolvida por Fox e Corbin em 1989, e a versão portuguesa do Physical Self Perception Profile – short clinical version, foi efectuada por Ferreira (2006).

De acordo com os mesmos autores, o PSPP–VCR é constituído por seis dimensões:

- Funcionalidade – Percepção acerca do nível de funcionalidade, capacidade para a prática de actividade física e confiança em contextos de actividade física;

- Competência desportiva – Percepção acerca do nível da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas e confiança em contextos desportivos;
- Atracção Corporal – Percepção acerca da atracção exercida nos outros pela sua figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente e confiança na aparência;
- Saúde Física – Percepção de inúmeras características como a composição corporal, a perceptibilidade sensorial, a susceptibilidade para doenças e desordens, o funcionamento do corpo, a facilidade de recuperação e a habilidade de desempenhar certas e determinadas tarefas;
- Força Física – Percepção acerca da força física, desenvolvimento muscular e confiança em situações que exigem força;
- Auto-Valorização Física – sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança.

A escala da Auto-Estima física orienta-se para a recolha de informação referente ao modo como os indivíduos se sentem em relação à sua dimensão física, apresentando duas descrições opostas de percepções pessoais, as quais o indivíduo deve seleccionar a que mais se adequa à sua própria percepção e a sua intensidade, ou seja “é quase verdade para mim” ou “realmente verdade para mim”. Assim, o indivíduo primeiramente selecciona a frase que mais se ajusta à sua forma de ser e posteriormente escolhe o grau de semelhança da mesma.

Relativamente à forma de contagem da pontuação do dito questionário processa-se da seguinte forma: as questões **2, 3, 8, 11, 14, 15 e 17** são pontuadas de 1 a 4 pontos, e as questões **1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 16 e 18** são pontuadas de 4 a 1. Os itens 19 e 20 estão a ser utilizados por motivos de necessidade de clarificação de conteúdos no desenvolvimento do instrumento.

As questões referentes às dimensões em análise são as seguintes:

- Funcionalidade – itens 1, 7 e 13;
- Competência Desportiva – itens 3, 9 e 15;
- Atracção Corporal – itens 4, 10 e 16;
- Saúde Física – itens 2, 8 e 14;

- Força Física – itens 5, 11 e 17;
- Auto-Valorização Física – itens 6, 12 e 18.

Os valores da soma dos resultados de todas as questões podem variar entre 20 e 80, sendo os valores mais elevados correspondentes a maiores níveis de Auto-Percepção Física.

O objectivo que se estabeleceu no início do trabalho foi saber o papel da Actividade Física na melhoria da Qualidade de Vida dos idosos, considerando as características próprias da idade e as necessidades específicas. Para isso, o estudo estendeu-se a um de conjunto de mulheres idosas activas e sedentárias com o propósito de saber se existem diferenças significativas nos dois grupos relativamente à Auto-Estima, à Auto-Valorização Física, à Funcionalidade, ao Bem-estar Subjectivo e à Percepção de Stress.

Procedamos então à apresentação e à análise dos resultados, obtidos com base nos instrumentos de medida utilizados e já descritos no capítulo da metodologia.

1. Análise Descritiva

O presente capítulo tem como objectivo apresentar a análise descritiva da amostra total em estudo, a qual é composta por 187 idosas com mais de 65 anos de idade praticantes e não praticantes de exercício físico, provenientes de diversos concelhos do distritos de Leiria, mas predominantemente dos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Óbidos.

Seguidamente serão apresentados os valores descritivos das variáveis independentes, nomeadamente Prática de exercício Físico, Frequência da Actividade Física por Semana, Grau de Escolaridade, Profissão, Estado Civil e Idade (grupo etário).

O gráfico 2 apresenta os valores percentuais relativos à variável independente Prática de Exercício Físico.

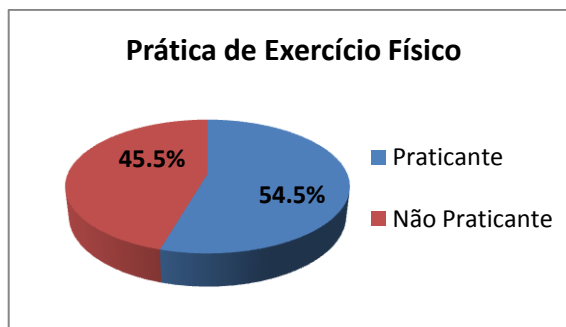


Gráfico 2 – Valores descritivos da variável independente
Prática de Exercício Físico

Verificamos que das 187 idosas, 54.5 % (n=102) são praticantes de exercício físico e 45.5 % (n=85) são sedentárias.

Tabela 1 - Valores percentuais relativos à variável independente
Frequência da Actividade Física por semana

	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Nenhuma vez	85	45.5	45.5
Uma ou duas vezes por semana	70	37.4	82.9
Três ou mais vezes por semana	32	17.1	100.0
Total	187	100.0	

Com base nos resultados expressos na tabela 1, podemos comprovar que das 102 praticantes, 70 das mesmas pratica exercício físico uma ou duas vezes por semana e as restantes 32 praticam semanalmente três ou mais vezes.

Tabela 2 – Valores descritivos da variável independente Grau de Escolaridade

	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Até ao 4º ano	142	75.9	75.9
Até ao 6º ano	12	6.4	82.4
Até ao 9º ano	14	7.5	89.8
Até ao 12º ano	11	5.9	95.7
Licenciatura ou mais	8	4.3	100.0
Total	187	100.0	

No que concerne ao grau de escolaridade das participantes na amostra, verificamos que a grande maioria (n=142) tem apenas uma escolaridade até ao 4º ano, tendo 12 estudado até ao 6º ano, 14 até ao 9º ano, 11 até ao 12º ano e apenas 8 têm uma licenciatura ou mais.

Tabela 3 – Valores descritivos da variável independente Profissão

	Frequência	Porcentagem
Reformada	88	47.1
Doméstica	72	38.5
Empregado Fabril	3	1.6
Comerciante	3	1.6
Formador	2	1.1
Administrativo	2	1.1
Empresário	2	1.1
Formador	2	1.1
Administrativo	2	1.1
Empresário	2	1.1
Costureira	2	1.1
Trabalhador Independente	2	1.1
Empregada de Limpeza	2	1.1
Cozinheira	1	0.5
Técnico de Farmácia	1	0.5
Cabeleireiro	1	0.5
Desempregado	1	0.5
Professor	1	0.5
Técnico de Educação	1	0.5
Mediador de Seguros	1	0.5
Ceramista	1	0.5
Desenhadora	1	0.5
Total	187	100.0

A tabela 3 apresenta os valores descritivos relativos à variável independente Profissão. Relativamente ao tipo de profissão exercida verificamos que está concentrada em dois grupos profissionais: 47.1% são Reformadas (n=88) e 38.5%

são Domésticas (n=72). As restantes idosas têm diversas profissões, tendo n=3 as seguintes profissões: Empregada Fabril e Comerciante. Nas profissões de Empregada de Limpeza, Trabalhadora Independente, Costureira, Formadora, Administrativa e Empresária encontramos duas idosas em cada. Encontramos apenas um sujeito nas seguintes profissões: Cozinheira, Técnica de Farmácia, Cabeleireira, Professora, Técnica de Educação, Mediadora de Seguros, Ceramista, Desenhadora e uma desempregada.

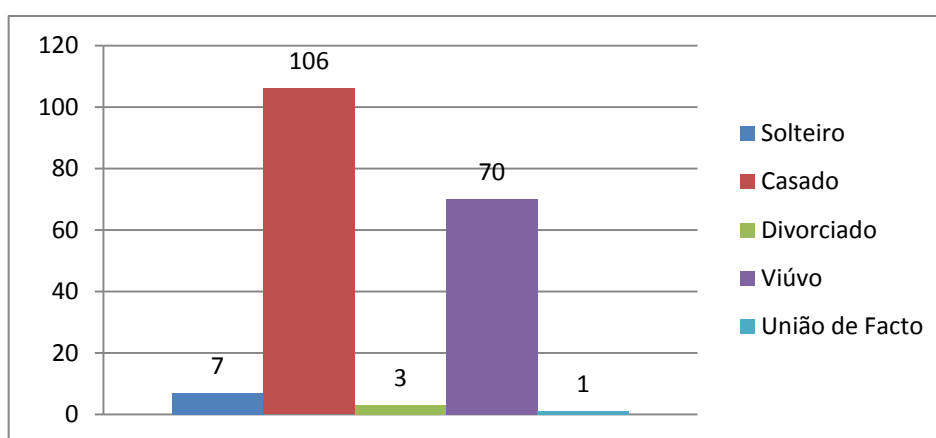


Gráfico 3 – Valores descritivos da variável independente Estado Civil

Ao analisarmos o gráfico 3, concluímos que no que respeita à variável independente Estado Civil, encontramos grande parte do grupo (n=106) casadas, seguindo-se 70 viúvas, 7 solteiras, 3 divorciadas e 1 a viver em união de facto.

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

	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
65-75	145	77.5	77.5
+75	42	22.5	100.0
Total	187	100.0	

Ao visualizarmos a tabela 4, e uma vez que todos os indivíduos do estudo têm mais de 65 anos de idade, encontramos 145 na faixa etária entre os 65 e os 75 anos e 42 na faixa etária dos mais de 75 anos.

Tabela 5 - Média de idades dos Praticantes e Não Praticantes

	Praticantes					Não Praticantes				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade em Anos	102	65	85	70.03	5.226	85	65	91	72.24	7.306

Analisando a média de idades das idosas activas e das idosas sedentárias, verificamos na tabela 5 que a média de idades das idosas activas é de 70.03 anos, com um desvio padrão de 5.23 e a média de idades das idosas sedentárias é de 72.24 anos, com um desvio padrão de 7.31. De referir ainda que a idosa com menos idade no presente estudo tem 65 anos e que a mais velha tem 91 anos.

A tabela 6 apresenta os valores e média e desvio padrão relativos às variáveis dependentes em estudo em função do nível de Actividade Física das participantes – Praticantes e Não Praticantes.

Tabela 6 – Valores descritivos das Variáveis Dependentes

	Praticante		Não Praticante	
	n=102		n=85	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Bem-Estar Subjectivo Total	22.25	5.81	20.00	5.79
Vida Presente	6.31	2.05	5.01	1.56
PSSTotal	47.23	5.64	47.60	5.77
Auto Estima Global	26.52	1.79	26.39	1.91
Funcionalidade	8.63	2.12	7.14	1.61
Competência Desportiva	7.56	2.12	6.48	1.65
Atracção Corporal	7.34	2.21	6.69	1.81
Saúde Física	8.24	2.10	6.97	1.87
Força Física	7.44	2.03	6.74	1.51
Auto Valorização Física	8.03	1.99	6.67	1.96

Verificamos que a variável Satisfação com a Vida no Geral – medida através da escala *Satisfaction with Life Scale* – apresenta valores médios mais elevados nas praticantes de exercício físico comparativamente às sedentárias. Esta escala foi criada por foi elaborado por Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) com o intuito de avaliar a componente cognitiva do Bem-Estar Subjectivo, assim o primeiro grupo estudado – Praticantes – tem uma perspectiva mais positiva do Bem-Estar comparativamente ao grupo das Sedentárias.

Relativamente à satisfação com a vida presente, Vida Presente medida através do *Self Anchoring Rating* (Cantril, 1965) verificamos que, como na variável anterior, as praticantes de exercício físico apresentam valores mais elevados relativamente à satisfação com a vida presente quando comparadas com as sedentárias.

A *Perceived Stress Scale*, serve para avaliar a percepção do controlo com a vida no momento em que os indivíduos respondem ao questionário. Analisando a tabela, verificamos que os sujeitos Sedentários apresentam valores médios ligeiramente acima dos Activos, o que significa que o último grupo apresenta uma percepção mais elevada de controlo com a vida.

No que concerne à Auto-Estima Global medida pela Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), as inquiridas activas apresentam uma ligeira, mas mais elevada Auto-Estima Global, comparativamente às inquiridas Sedentárias.

Relativamente às variáveis do *Physical Self Perception Profile* (Fox e Corbin, 1989), nomeadamente Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Saúde Física, Força Física e Auto Valorização Física todas elas apresentam valores mais elevados nas inquiridas activas no que respeita aos valores médios.

Assim, ao analisarmos a tabela 6, verificamos que – exceptuado a Percepção de Stress (PSSTotal) – as inquiridas praticantes de exercício físico apresentam valores médios mais elevados que as restantes.

1.1. Análise Factorial Exploratória

Para verificar a extensão do PSPP – VCR, vamos analisar os principais componentes deste instrumento de medida. O método utilizado para tal foi o método das componentes principais com da rotação oblíqua, balizando os cruzamentos com valores inferiores a 0.4 para tornar a estrutura factorial mais clara, uma vez que explicam valores inferiores a 15% da variância total, como explicam Tinsley e Tinsley (1987, citados por Ferreira & Fox, 2007).

Tabela 7: Análise das Componentes – Método da Rotação

	Item n.º	F1 loadings	F2 loadings	F3 loadings	F4 loadings	F5 loadings	F6 loadings
Auto- Valorização Física	1	[0.682]					
	4	[0.554]					
	6	0.547					
	12	0.678					
	14	[0.400]					
	20	[-0.470]					
Competência Desportiva	9		0.750				
	13		[0.773]				
	15		0.581				
	18		[0.532]				
	20		[-0.547]				
Força Física	8			[0.625]			
	11			0.514			
	17			0.739			
	19			[0.764]			
Funcionalidade	2				[0.646]		
	3				[0.701]		
	15				[0.424]		
	16				[0.813]		
Atracção Corporal	10				[0.709]		
Saúde Física	5						[0.746]
	7						[0.579]
Eigenvalues		5.249	1.777	1.728	1.380	1.141	0.959
% Variância		26.245	8.885	8.640	6.902	5.703	4.794
% Cumulativa		26.245	35.130	43.770	50.672	56.375	61.169

Analisando a tabela, verificamos que a solução de seis componentes explica, para a população em estudo, um total de 61.169 % da variância.

Tinsley e Tinsley (1987, citados por Ferreira & Fox, 2007) afirmam que para serem considerados válidos, os factores devem apresentar pelo menos três itens

associados. Neste estudo – e visto que o máximo de itens por factor são três – se apenas um item faltar, o factor deixaria de ser considerado tal. De acordo com a tabela 7, e de acordo com o critério anterior, nenhum dos seis componentes – Funcionalidade, Competência Desportiva, Atracção Corporal, Saúde Física, Força Física e Auto-Valorização Física – seria considerado como factor.

Verificámos ainda, no que diz respeito às dimensões Funcionalidade, Atracção Corporal e Saúde Física, a existência de um número demasiado elevado de *cross loadings* entre itens supostamente pertencentes a diferentes dimensões. Este facto demonstra a existência de uma confusão ao nível das percepções e dos sentimentos individuais associados com a atracção do corpo e funcionalidade relacionada com esse mesmo corpo. Demonstra ainda uma confusão dos sentimentos pessoais face ao nível da saúde física percebido para cada um dos idosos na amostra estudada.

As dimensões Competência Desportiva, a Força Física e a Auto-Valorização Física apresentam dois itens cada um, e vamos por isso considerá-los como factores no âmbito do restante trabalho.

Relativamente aos *cross loadings*, o elevado número de *cross loadings* não se tem replicado de forma idêntica em outros estudos (Ferreira et al., 2008), o que serve de alguma forma para suportar a estrutura do instrumento. São, no entanto, necessários novos estudos.

1.2. Consistência Interna e Relação entre Variáveis

Para a verificação da consistência interna de cada domínio, foi utilizado o coeficiente *Alpha* de Cronbach (1951), que foi desenvolvido para calcular a o grau de confiança de um teste. Para que as variáveis em estudo sejam consideradas como tendo uma boa consistência interna, é importante que apresentem como valores ideais, valores iguais ou superiores a 0.70.

Tabela 8: Consistência Interna – *Alpha* de Cronbach

	Funcionalidade	Competência Desportiva	Atracção Corporal	Saúde Física	Força Física	Auto Valorização Física
<i>Alpha</i> de Cronbach	0.75	0.78	0.77	0.78	0.75	0.75

Analisando a tabela 8, verificamos que todas as variáveis apresentam valores acima dos 0.70, o que traduz uma boa consistência interna em todos os constructos psicológicos deste instrumento de pesquisa. É de acentuar que, de acordo com Ferreira (2004), todas as variáveis apresentam valores correspondentes aos valores ideais.

Tabela 9: 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	0.349**	0.404**	0.347**	0.415**	0.584**	0.060
Competência Desportiva		1	0.308**	0.429**	0.408**	0.282**	0.042
Atracção Corporal			1	0.209**	0.448**	0.459**	-0.054
Saúde Física				1	0.430**	0.314**	0.063
Força Física					1	0.512**	0.073
Auto-Valorização Física						1	0.008
Auto-Estima Global							1
** Correlação significativa para 0.01							
* Correlação significativa para 0.05							

Analisando os todos os factores e respectivas correlações, verificamos que a Auto-Valorização Física apresenta uma correlação baixa a moderada mas estatisticamente significativa com as variáveis Funcionalidade, Força Física e Atracção Corporal nomeadamente com valores de 0.584, 0.512 e 0.459 e com uma significância de $p < 0.01$. A Força Física estabelece correlações moderadas com todos as restantes variáveis com uma significância de $p < 0.01$ com todas elas, sendo a mais alta com a Auto-valorização Física. Para além da correlação que a Funcionalidade estabelece com a Auto-valorização Física, estabelece também moderadas correlações com a Força Física e com a Atracção Corporal, mantendo com todas as variáveis um grau de significância $p < 0.01$ com excepção da Auto-estima Global.

Em 1990, Fox determinou quatro condições de suporte e de validade da estrutura do modelo das auto-percepções físicas. São elas:

- 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.

Assim, e tendo em conta a tabela acima verificamos que o presente estudo apenas obedece a três das quatro condições, nomeadamente:

- De todos os sub-domínios, a Auto-Valorização Física estabelece 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;
- A relação entre os sub-domínios é mais fraca quando os efeitos da Auto-Valorização Física são removidos estatisticamente.

Tabela 10: Coeficientes de Correlação de Pearson e de Correlação Parcial –
Removidos os efeitos da Auto-Valorização Física

		Funcionalidade	Competência Desportiva	Atracção Corporal	Saúde Física	Força Física	Auto-Estima Global
Auto-valorização Física	Funcionalidade	1	0.236	0.189	0.212	0.166	0.080
	Competência Desportiva		1	0.210	0.374	0.319	0.046
	Atracção Corporal			1	0.077	0.280	0.057
	Saúde Física				1	0.330	0.069
	Força Física					1	0.090
	Autoestima Global						1

Ao observarmos a tabela 10, verificamos que contrariamente aos estudos de Fox (1990), 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. Tal facto foi verificado também por estudos de Ferreira & Fox (2007), quando a população alvo foram indivíduos portugueses, verificando nessas situações um aumento da relação da Auto-Estima com os restantes sub-domínios quando retirados os efeitos da Auto-Valorização Física.

Com o objectivo de aprofundarmos o conhecimento da relação entre as variáveis da base do modelo e a Auto-Estima Global, utilizamos a regressão múltipla, com o intuito de verificar em que percentagem explicam a Auto-Valorização.

Tabela 11: Regressão Múltipla

Dimensões	R Quadrado
Funcionalidade	0.341
Funcionalidade Força Física	0.429
Funcionalidade, Força Física, Atracção Corporal	0.452

Verificamos que a Funcionalidade é a variável moderadora que maior variância explica. Explica sozinha, 34.1% da variância total da Auto-Valorização Física, sendo que associada à Força Física explica 42.9%, e estas duas em conjunto com a variável Atracção Corporal explicam 45.2% da variância total relativamente à variável dependente Auto-Valorização Física.

1.3. Estatística Inferencial

O objectivo inicial deste trabalho de investigação era saber se existem efeitos em mulheres com mais de 65 anos, no que concerne à prática regular de exercício físico e ao grupo etário.

1.3.1. Estatística Inferencial em função da Prática/Não Prática de Actividade Física

As primeiras hipóteses a serem estudadas remetem à prática ou não prática de actividade física por parte dos participantes no estudo. Apresentamos de seguida os resultados relativos à comparação de algumas variáveis dependentes.

Tabela 12: Bem-Estar Subjectivo, Vida Presente, Percepção de Stress, Auto-Estima, Auto-Valorização Física e Funcionalidade em função da Prática de Exercício Físico

	Praticantes		Sedentários		t-test	
	Média	D. P.	Média	D. P.	t	p
Bem-Estar Subjectivo	22.25	5.81	20.00	5.79	2.64	0.009*
Vida Presente	6.31	2.05	5.01	1.56	4.82	0.000*
Percepção de Stress	47.23	5.64	47.60	5.77	-0.45	0.655
Auto-Estima Global	26.52	1.79	26.39	1.92	0.48	0.629
Auto-Valorização Física	8.03	1.99	6.67	1.96	4.68	0.000*
Funcionalidade	8.63	2.12	7.14	1.61	5.31	0.000*
* Significativo para $p < 0.01$						

Os resultados apresentados na tabela 12, vêm de encontro às expectativas iniciais, uma vez que em todos as variáveis dependentes dignas de estudo, o grupo das idosas praticantes apresenta valores médios superiores aos valores das idosas sedentárias – excepto na variável Percepção de Stress, na qual valores mais baixos correspondem a uma percepção mais elevada de controlo da vida. Apesar disso, é de notar que em alguns casos a diferença não é estatisticamente significativa, nomeadamente na Percepção de Stress e na Auto-Estima, uma vez que $p \geq 0.05$.

O facto desta diferença de valores da Percepção de Stress e da Auto-Estima não ser estatisticamente significativa, surpreendeu-nos. A maioria dos estudos na área ao longo dos anos encontra diferenças significativas, nomeadamente Weiss (1987), Gruber (1986), Shepard (1997), Fox (1997), Duarte (2000), Ferreira, Teixeira & Hagger (2011), etc., uma vez que verificaram que as alterações são estatisticamente significativas e positivas nos praticantes de algum tipo de Actividade Física.

1.3.2. Estatística Inferencial em função do Grupo Etário

Outro dos objectivos do trabalho era saber se existem diferenças significativas entre os níveis de Bem-Estar Subjectivo das idosas em função do Grupo Etário, nomeadamente entre os 65 e os 75 anos e o grupo com 76 ou mais anos. Apresentamos de seguida os resultados relativos a essa comparação:

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

	65 – 75 anos		76 ou mais anos		t-test	
	Média	D.P.	Média	D.P.	t	p
Bem-Estar Subjectivo	21.46	5.89	20.43	5.92	t9.94	3.22

Verificamos, através da análise da tabela 13, uma diferença positiva relativamente ao Bem-Estar Subjectivo no grupo etário dos 65 aos 75 anos em detrimento dos maiores de 75. Estes resultados são suportados pelos estudos apresentados na revisão da literatura, onde referimos estudos como os de Jaquish et al. (1981), Tiggermann et al. (2001), Ranzijn et al. (1998), todos citados por Robins et al. (2002). Estes estudos verificaram resultados superiores nos idosos mais jovens (entre os 65 e os 75 anos) comparativamente aos idosos mais velhos (maiores de 75). Ainda assim, no nosso estudo, não se identificam diferenças estatisticamente significativas ($p= 3.22$).

O objectivo que se estabeleceu no início deste estudo era saber o papel da Actividade Física na melhoria da Qualidade de Vida dos idosos, considerando as características próprias da idade e as necessidades específicas. Pretendia-se ainda saber se existem efeitos na prática de actividade física em mulheres idosas activas e em mulheres idosas sedentárias no que concerne ao Bem-Estar e à Qualidade de Vida. Pretendia-se saber também se esses efeitos são positivos ou negativos e se as idosas activas apresentam um nível mais elevado no que respeita à Qualidade de Vida e ao Bem-Estar comparativamente a idosas sedentárias.

Os resultados obtidos e anteriormente apresentados não podem ser generalizados, uma vez que não representam a generalidade da população portuguesa feminina idosa, representam antes a população e a contextualização estudadas neste trabalho de investigação.

De forma genérica, e no contexto social estudado, verificou-se que a grande maioria da população se considera Praticante de Actividade Física, ainda que essa actividade não seja muitas vezes enquadrada num programa de exercícios, ou num grupo de aula ou com alguma prescrição específica. Os questionários foram entregues a grandes grupos, nomeadamente a turmas de “Viver Activo” ou “Melhor Idade” de determinadas instituições públicas, a grupos de universidades seniores, a centros de dia, enfim. Estes grupos são organizados e orientados para a prática de actividade física, têm professores para esse objectivo e técnicos formados que cada vez mais alertam a população em geral e a população idosa em particular para essa mesma prática. Na altura da distribuição dos questionários e posteriormente da recolha dos mesmos, deparámo-nos com esse facto: a maioria dos grupos ou associações onde tinham sido entregues os questionários tinham aulas organizadas. Mesmo alguns dos idosos com menos capacidades físicas, tinham planos alternativos baseados em exercícios fisioterapêuticos. Como referem Sousa, Galante & Figueiredo (2002), a Auto-Estima tem sido desenvolvida positivamente com a intervenção de programas de exercícios físicos e desportos, tendo resultados bastante significativos no que diz respeito à Qualidade de Vida e ao Bem-Estar mental. A possibilidade de ter uma vida fisicamente activa, de realizar actividades da

vida diária e exercitar-se, são factores que podem ter efeitos positivos sobre o que o idoso sente, sobre a sua Auto-Avaliação e sobre a forma como os outros o vêem. E estes benefícios têm sido tidos em conta e todas as instituições e organizações estão cada vez mais alerta para essa ocorrência. De acordo com o ACSM (2007), a prática regular de exercício físico orientado e realizado regularmente, especialmente para idosos, pode contribuir para melhorar a longevidade, reduzir os índices de mortalidade, reduzir o número de medicamentos prescritos, prevenir o declínio cognitivo, reduzir a frequência de quedas e fracturas, manter a independência e autonomia e beneficiar a nível psicológico como, por exemplo, melhorar a Auto-Estima e a integração social e de satisfação pessoal.

No entanto, num estudo realizado por Schoenborn & Barnes (2002), as taxas de participação em actividades físicas são mais baixas nos idosos do que nos jovens, sendo as idosas do sexo feminino o segmento mais inactivo da população. Apesar da progressiva entrada das mulheres no mundo da actividade física e desportiva, ainda é baixa a sua participação. Mariovet (1991) num dos seus estudos constatou, uma fraca participação feminina no desporto, estando as razões evocadas para justificar este facto relacionadas com diferentes aspectos ligados a tradições culturais, associados a preconceitos que ainda subsistem ao nível da prática desportiva feminina, especialmente nas idades mais avançadas. As histórias pessoais, as atitudes, as convicções e a socialização que se desenvolvem dentro de um contexto sociocultural influenciam a prática de desporto, de exercício e de actividade física nas idosas. Em Portugal, no que diz respeito ao exercício físico, apenas 8.7% das mulheres idosas praticam actividades físicas como passear a pé, andar de bicicleta ou praticar outras actividades leves, pelo menos 4 horas por semana (Nunes, 2008). Por outro lado, tendo em conta apenas o nível de esforço físico que as actividades diárias exigem desta população, verifica-se que a grande parte das mulheres (48.1%) se situa no nível de esforço mais reduzido, que corresponde a estar habitualmente sentada ou a andar pouco (INE, 2002). Porém, no contexto sociocultural em que foi aplicado o estudo, os idosos estão alerta para os benefícios e vantagens da prática de actividade física, para além de terem a vantagem de usufruírem de uma gama variada de actividades – muitas delas gratuitamente – sendo habitantes das cidades onde foram efectuados os

questionários, nomeadamente Alcobaça, Caldas da Rainha, Nazaré e Óbidos, e tendo mais de 65 anos de idade.

Também foi observado durante a entrega dos questionários que a maioria dos presentes em aulas organizadas – em ginásios, piscinas, etc. – eram mulheres. Todas as turmas tinham homens presentes, mas a grande maioria era de facto mulheres, ao contrário do que nos dizem Ferreira, Teixeira & Hagger (2011). Estes autores apresentam num estudo da população idosa portuguesa, valores mais reduzidos de actividade física nas mulheres, comparativamente aos homens, particularmente depois dos 60 anos. Os autores afirmam ainda que para além dos homens serem fisicamente mais activos do que as mulheres, a actividade física tende a diminuir significativamente com o avanço da idade. Embora a esperança média de vida das mulheres seja superior à dos homens, as queixas de saúde, a referência a determinados sintomas e a procura de ajuda médica são superiores. Esta situação é longamente referida na literatura (Leventhal, 1994) e é geralmente atribuída ao processo de socialização, no qual, entre outros, os papéis desempenhados por mulheres e homens na sociedade são considerados para justificar as diferenças de longevidade. A temática da saúde é um tema significativo e merecedor de reflexão, pois essa ora influencia a nossa expectativa de vida, ora condiciona o modo de viver a própria vida. Lovisolo (1995), ao reflectir sobre a saúde, constata a existência de um movimento pela mesma e pela longevidade. Mesmo existindo uma diferença em intensidade e características no tocante ao meio que se observa, a preocupação com a saúde e a resistência à doença, ou com a recusa em envelhecer são dois exemplos das atitudes actuais.

Actualmente, uma das grandes preocupações dos investigadores nestas temáticas, está relacionada com o estudo das alterações das capacidades de desempenho físico e cognitivo com a idade, tidas como componentes importantes na manutenção da autonomia. Assim, a prática de actividade física de forma regular, tem merecido a atenção dos investigadores, ao ser encarada como um meio de promoção da saúde e de um envelhecimento activo. Nesta perspectiva, a literatura sustenta a ideia de que a adopção de estilos de vida activos, em geral, e da prática de actividade e exercício, em particular, pode melhorar as funções mentais, sociais e físicas da pessoa que envelhece (ACSM, 2007).

Apesar de a maioria dos questionários terem sido distribuídos a uma população activa, e que vive perto do centro das cidades ou vilas já referidas, outros questionários foram distribuídos a uma população mais rural, que vive mais longe desses mesmos centros. Nesses locais, ainda não existe o hábito da prática de exercício físico regular. A ideia de que a actividade corporal continuada exerce efeitos positivos sobre a manutenção da capacidade funcional geral dos idosos é, contudo, relativamente recente. De acordo com Holloszy (1992), até 1960 a comunidade científica era um tanto quanto céptica quando se tratava de considerar o exercício como uma prática benéfica para todos. A Actividade Física era vista como algo reservado aos mais jovens, tida mesmo como algo perigoso para os idosos (McPherson, 1994). O esforço físico representaria, então, um stress que provocaria efeitos prejudiciais a longo prazo. É evidente que este tipo de mentalidade não influenciava positivamente a opinião pública quanto às relações entre a actividade corporal, saúde e envelhecimento. Uma vez aceites e divulgadas pela comunidade científica, crenças deste tipo prevaleceram até ao momento em que os resultados de outras pesquisas começaram a demonstrar o potencial físico das pessoas idosas e os benefícios de uma vida fisicamente activa para todas as faixas etárias.

As tabelas 6 e 12, apresentada anteriormente, mostram as diferenças em termos de média das variáveis dependentes, nas idosas praticantes e das não praticantes. Como referido, na análise das tabelas em questão, a variável Bem-Estar Subjectivo apresenta valores médios mais elevados nas praticantes de exercício físico em detrimento das sedentárias: Praticantes: $M=22.25 \pm 5.81$, Sedentárias: $M=20.00 \pm 5.79$, tendo uma diferença estatisticamente significativa, $t= 2.64$ com uma significância de $p= 0.009$.

Quanto ao nível de Actividade Física e à sua relação com o domínio psicológico, constatou-se em estudos elaborados anteriormente que as idosas mais activas estão satisfeitas com a sua Auto-Imagem e a Auto-Estima e consideram que a sua vida tem bastante sentido. Analisando a relação entre a Actividade Física e a depressão em indivíduos idosos Fox, et al. (2007) e Netz, et al. (2005) encontraram uma relação inversa entre Actividade Física e os sintomas depressivos, onde baixos níveis de Actividade Física foram associados a sintomas depressivos mais severos.

Esta associação direcciona o entendimento da Actividade Física como um método efectivo para a manutenção da habilidade funcional e a promoção de uma melhor sensação de bem-estar nos idosos. Também a ACSM (2007) reviu estudos sobre esta temática, e estes sugerem que o exercício físico é satisfatório na melhoria de sintomas deprimentes.

Outros estudos demonstraram o benefício da Actividade Física no que diz respeito à melhoria da Auto-Imagem e da Auto-Estima. A prática de Actividade Física está associada ao aumento da alegria, da auto-eficácia, do auto-conceito, da auto-estima, da imagem corporal e da qualidade de vida (Paschoal, 2000). A Auto-Estima tem sido desenvolvida positivamente com a intervenção de programas de exercícios físicos e desportos, tendo resultados bastante significativos no que diz respeito à Qualidade de Vida e ao Bem-Estar mental. A possibilidade de ter uma vida fisicamente activa, de realizar actividades da vida diária e exercitar-se, são factores que podem ter efeitos positivos sobre o que o idoso sente, sobre a sua auto-avaliação e sobre a forma como os outros o vêem (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002). Deste modo, o aumento da aptidão física melhora a Saúde, a Funcionalidade e a Auto-Estima.

Alfermann & Stoll (2000) comprovaram num estudo que as mulheres na pré-menopausa, quando submetidas a um programa de exercício físico, quando comparadas a um grupo de sedentárias, mostram uma melhoria significativa não apenas a sua aptidão cardio-respiratória mas também no seu Bem-Estar. Para além de outros benefícios, o exercício físico tem sido associada ao Bem-Estar, à saúde e à Qualidade de Vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia-idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inactividade se concretizam, levando à perda precoce de muitos anos de vida útil (Nahas, 2001 e Aragão & Dantas, 2003).

Cruz (2003) verificou a importância de características pessoais, sociais e familiares no Bem-Estar Subjectivo. A participação em programas de actividade foi apontada como um factor poderoso para se dar um novo significado à vida, assim como para ampliar o contacto social e aprender coisas novas. Miranda & Farias (2008) referem que “cada vez mais pesquisas têm vindo a comprovar que a prática de Actividade Física regular tem efeitos benéficos sobre o Bem-Estar dos idosos”.

Ku, McKenna & Fox (2007) referem que “muitos idosos aliam felicidade a Bem-Estar num estudo realizado a um grupo de idosos para aprofundar os efeitos do Bem-Estar Subjectivo e da Actividade Física”. Segundo os autores, os indivíduos em estudo mencionaram frequentemente experiências positivas – sensações de felicidade e de prazer; e experiências negativas – tristeza, frustração, dor. Questões relacionadas com o “self” também apareceram relacionadas com o Bem-Estar Subjectivo, incluindo o auto-controlo, a auto-vontade, etc.

Conclui-se desta forma que os resultados obtidos no que respeita ao Bem-Estar Subjectivo vão de encontro ao esperado e apresentado na revisão da literatura.

No que concerne às diferenças da variável PSSTotal – *Perceived Stress Scale* – utilizado no questionário para avaliar a perspectiva de bem estar subjectivo durante o mês antecedente às respostas, verificamos nas tabelas 6 e 12, que os indivíduos sedentários apresentam valores médios mais elevados que os indivíduos praticantes. As idosas praticantes apresentam uma média de 47.23, com um desvio padrão de ± 5.64 e as sedentárias apresentam uma média de 47.60 com um desvio padrão de ± 5.77 . Estes valores, embora vão de encontro ao esperado, não têm diferenças estatisticamente significativas, apresentando valores de t-test de -0.045 com uma significância de 0.655.

Os artigos existentes nesta temática referem que o bem-estar subjectivo está associado a um envelhecimento mais saudável. É um indicador de saúde mental e também sinónimo de felicidade, ajuste e integração social (Anguas, 1997). O Bem-Estar Subjectivo também se associa negativamente com sintomas depressivos e doenças físicas e é, portanto, um indicador importante do nível de adaptação na terceira idade. Cada vez mais pesquisas têm vindo a comprovar que a prática de algum exercício físico regular tem efeitos benéficos sobre a actividade cerebral do idoso. Estudos realizados em pessoas idosas acerca dos benefícios da Actividade Física na saúde mental e no Bem-Estar, chegaram à conclusão que existem reduções de risco decorrentes da prática regular para todas as causas de mortalidade, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Nos idosos, a Actividade Física regular também é importante para o aumento ou preservação da força e

potência muscular, a mobilidade, manutenção de uma vida independente, prevenção de quedas e fracturas e o tratamento da depressão (Fox et al., 2007).

Nos idosos, manter a Imagem Corporal em padrões elevados, parece ser um desafio, visto que o envelhecimento na sociedade actual está carregado de estereótipos associados apenas aos declínios físicos. A Imagem Corporal durante a velhice pode sofrer então distorções devido à visão negativa em relação a esta fase da vida, baseada na falsa ideia de que envelhecer gera sempre incompetência. Matsudo et al., (2007) reviram alguns estudos que relacionam a satisfação corporal com a idade. Esses estudos demonstram que mulheres de meia-idade e idosas se sentem insatisfeitas com a imagem corporal. Estas conclusões podem auxiliar na compreensão da insatisfação com o corpo nas mulheres durante velhice, visto que estas encaram o envelhecimento negativamente devido ao seu impacto na aparência. Vale ressaltar que a Imagem Corporal dos idosos não sofre distorção simplesmente porque estas pessoas envelheceram, pois a Imagem Corporal não sofre alteração devido a idade, mas sim devido a problemas vivenciados como patologias, limitações de movimento e principalmente a influência de estereótipos.

A Actividade Física permite o desenvolvimento de competências e a escolha de estratégias mais adequadas para a resolução de determinadas tarefas com sucesso (Weiss, 1987). Um dos benefícios da Actividade Física é o aumento positivo que exerce sobre a Auto-Estima Global. Esta influência positiva é aparentemente forte em pessoas que inicialmente apresentam um nível de Auto-Estima baixo (Gruber, 1986).

Eram de esperar os resultados obtidos neste estudo, nas médias da variável PSSTotal, embora fossem de esperar diferenças significativas, o que não acontece, como podemos verificar na tabela 12. Suh, Diener & Fujita (1996) referem que a alegria de viver pode ser influenciada em grande parte pela personalidade de cada indivíduo e em menor escala por eventos recentes ou acontecimentos marcantes ao longo da vida. Estes autores referem ainda que esta concepção é firme e estável, não podendo ser alterada com facilidade com alguns acontecimentos, como é o caso da prática de exercício físico. Este facto pode ser justificado ainda devido aos indivíduos praticantes serem mais activos – muitas vezes exercem alguma profissão

– e devido a serem em média mais novos que os não praticantes (Praticantes: $M=70.03 \pm 5.23$ anos, Não Praticantes: $M= 72.24 \pm 7.30$ anos).

Relativamente à Auto-Estima Global, que podemos visualizar nas tabelas 6 e 12, ainda que os valores médios sejam mais elevados nas idosas praticantes comparativamente às não praticantes, os valores são muito semelhantes – Praticantes: $M= 26.52 \pm 1.79$, Não Praticantes: $M= 26.39 \pm 1.01$) – o que nos leva a afirmar que os valores não têm uma diferença significativamente significativa ($p = 0.629$).

O exercício físico surge associada ao aumento da alegria, da Auto-Eficácia, do Auto-Conceito, da Auto-Estima, Imagem Corporal, função cognitiva, Auto-Eficácia e à Qualidade de Vida (Berger, 1989; ACSM, 2007). Os benefícios do exercício físico para o Bem-Estar individual manifestam-se dando relevância aos impactos na mobilidade e capacidade funcional e na doença. Guedes (2000) refere alguns benefícios psicológicos do exercício físico constatados em alguns estudos: redução da ansiedade, diminuição da agressividade, aumento da autoconfiança, aumento da auto-estima, e alívio da frustração e redução do stress.

Mazo, Cardoso & Aguiar (2006) procuraram a relação entre a Auto-Estima e a permanência dos idosos em programas de exercício físico. Relativamente à permanência no mesmo programa de exercícios, os idosos afirmaram que o gosto que desenvolveram, a sensação de Bem-Estar, o aumento da Auto-Estima e da Auto-Imagem e os benefícios psicossociais foram as razões mais significativas.

Como comprovado na revisão da literatura, são inúmeros os autores que comprovam que a Auto-Estima é melhorada com a prática de Actividade Física. Nomeadamente:

- Weiss (1987) refere que a Actividade Física permite o desenvolvimento de competências e a escolha de estratégias mais adequadas para a resolução de determinadas tarefas com sucesso.
- Gruber (1986) afirma que um dos benefícios da Actividade Física é o aumento positivo que exerce sobre a Auto-Estima Global. Esta influência positiva é aparentemente forte em pessoas que inicialmente apresentam um nível de Auto-Estima baixo .

- Ledwege (1980) menciona que a Actividade Física provoca a melhoria da Auto-Estima, a qual, por sua vez, contribui para a melhoria da auto-confiança. A exercitação física provoca modificações positivas no corpo do praticante e na auto-imagem, bem como no sentido da realização, que ocorre quando o indivíduo se confronta com uma dificuldade física ou um desafio psicológico e os ultrapassa.
- Cooper (1982) relata que embora seja difícil quantificar as vantagens psicológicas do exercício, elas são bastante reais. À medida que os indivíduos executam os exercícios com maior facilidade, ganham maior confiança em si e maior segurança pessoal, tornando-se mais comunicativos, mais envolvidos com o grupo e mais estáveis em termos emocionais. Verificam-se ainda melhorias no sono e na sensação de bem-estar, diminuição dos níveis de depressão e de tensão.
- Shepard (1990) assegura que a Actividade Física contribui para a melhoria da satisfação com a Imagem Corporal, da Auto-Estima, da auto-eficácia e para a redução da ansiedade e da depressão, principalmente em indivíduos que antes de iniciarem a prática possuíam distúrbios dessa natureza.
- Duarte (2000) refere que a prática de Actividade Física melhora o estado emocional, o Auto-Conceito, a Auto-Estima e tem um papel activo na diminuição do stress, dos níveis de ansiedade e depressão e possibilita a vivência de momentos de prazer.

Todos estes autores referem que existem alterações positivas nos praticantes de alguma Actividade Física em detrimento dos indivíduos sedentários. Porém, apesar de encontrarmos as idosas praticantes com valores médios superiores, eram de esperar diferenças mais significativas nesta variável.

Outra variável que merece destaque é a Atracção Corporal. Variável esta que apresenta valores semelhantes nos dois grupos estudados: Praticantes: $M=7.34 \pm 2.21$, Não Praticantes: $M=6.69 \pm 1.81$, como podemos verificar na tabela 6.

De acordo com Faria (1997), “a mulher é valorizada de acordo com a sua atracção sexual e, portanto, o seu valor é sexualizado, positivamente na primeira metade da vida, e negativamente na segunda”. A literatura revela que, entre mulheres idosas, o Auto-Conceito e as maneiras de lidar com o estereótipo da

velhice variam tanto com a classe social a que pertencem quanto com as atitudes dos homens da família ao reflectirem premissas sexistas acerca dos papéis e da capacidade das mulheres (Faria, 1997). De acordo com este autor, o aspecto social do estereótipo define a mulher idosa como obsoleta, solitária e sem desenvolvimento com o mercado de trabalho, porque desempenhou por muito tempo os tradicionais papéis de esposa e mãe no seio da família. Além disso, há também os aspectos físicos do estereótipo: a menopausa, por exemplo, é vista como uma experiência negativa e com o fim da plenitude feminina; o declínio físico – rugas no rosto, cabelos e pêlos embranquecidos, músculos diminuídos, movimentos mais lentos – costuma gerar um sentimento de desvalorização, e um balanço nem sempre favorável da vida. No entender de Crespo (1997), no final do século XX assistiu-se a uma imposição da beleza do corpo em todos os grupos sociais. De acordo com os valores regentes, observamos que é promovido um ideal de corpo jovem, belo e saudável, numa trilogia que é marcadamente a antítese do corpo envelhecido (Alves, 1999). Em contraposição com as sociedades tradicionais, na sociedade contemporânea não se pensa senão na apresentação de um corpo elegante, magro, de formas proporcionadas, desportivo, que seja motivo de admiração (Constantino, 1993). Não são poucas as estratégias e os discursos elaborados e divulgados em nome do culto do corpo dirigindo-se, por exemplo, à valorização da eterna juventude, à associação da saúde com a beleza e desta com a felicidade. Ter um corpo perfeito, trabalhado, esculpido à imagem do desejo de cada um é uma tendência que se vem firmando, onde já não basta apenas ser saudável: há que ser belo, jovem, estar na moda e ser activo (Figueira, 2003). Nesta perspectiva, socialmente é imperioso parecer-se jovem, e o idoso, cujo corpo não se inclui mais neste padrão, acaba por adquirir um sentimento de incapacidade e aversão ao próprio corpo – os modelos de beleza corporal não se vinculam a um corpo sem rendimentos ou esteticamente imperfeito e nem se enquadram na faixa economicamente inactiva para o consumo (Simões, 1998).

Com efeito, a imagem social dos indivíduos mais velhos é hoje, generalizadamente, deficitária – estes são colocados na esfera de um grupo com características homogéneas onde associada à sua aparência física está a doença, a caducidade, a solidão e a baixa Auto-Estima. A representação social da velhice vigora mediante um conjunto de estereótipos preponderantemente pouco

dignificadores desta fase da vida. Os mais velhos são amarrados involuntariamente ao espectro da ausência de independência, a um declínio funcional e psicológico, a situações de solidão e de isolamento, à falta de vontade de mudança, de inovação e de satisfação com a vida (Alves, 1999).

Tendo em conta estes factos, seriam de esperar valores semelhantes neste estudo, uma vez que a população estudada é composta por um grupo de mulheres com características semelhantes, nomeadamente 65 ou mais anos, o mesmo contexto sociocultural, as mesmas situações de solidão, o mesmo estado civil na maioria, etc.

No que concerne às variáveis Funcionalidade e Auto-Valorização Física, tão destacadas nesta pesquisa, há a ressaltar o facto de em ambas encontrarmos valores estatisticamente significativos, como podemos comprovar com o t-test na tabela 12.

A Funcionalidade e a Auto-Valorização Física apresentam ambas valores de média superiores nas idosas Praticantes comparativamente às Sedentárias. No que concerne à Funcionalidade os Praticantes apresentam uma média de 8.63 ± 2.12 e as Sedentárias valores de média de 7.14 ± 1.61 . Relativamente à variável Auto-Valorização Física, as Praticantes apresentam uma média de 8.03 ± 1.99 e as Sedentárias uma média de 6.67 ± 1.96 . De referir que ambas as diferenças são estatisticamente significativas, como podemos comprovar com a análise da tabela 12.

De acordo com a bibliografia analisada para esta investigação, e acima descrita, estes resultados eram espectáveis.

Quanto às restantes variáveis, nomeadamente Vida Presente, Competência Desportiva, Saúde Física e Força Física, de acordo com toda a bibliografia acima transcrita, seria de esperar que todas elas apresentassem valores mais elevados nas idosas praticantes e sedentárias. Esse facto foi confirmado pelo presente estudo, e vem de encontro com estudos anteriores da mesma temática.

Para melhor sintetizar este capítulo, apresentamos por fim, com base nos resultados do presente estudo, a aceitação ou refutação das hipóteses inicialmente apresentadas:

Aceitamos a hipótese 1H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo Total;

Aceitamos a hipótese 2H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Satisfação com a Vida Presente;

Aceitamos a hipótese 3H1 – Não Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Percepção do Stress;

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

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

Aceitamos a hipótese 6H0 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Prática de Actividade Física e a variável dependente Funcionalidade;

Aceitamos a hipótese 7H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável independente Grupo Etário e a variável dependente Bem-Estar Subjectivo.

No presente capítulo serão apresentadas as conclusões deste trabalho, de acordo com os objectivos traçados no início do mesmo. Durante a sua aplicação e realização, fomos sendo confrontados com determinadas limitações que também serão apresentadas posteriormente neste capítulo. Finalmente serão consideradas algumas sugestões para estudos futuros dentro da mesma temática do presente trabalho.

1. Conclusões

O objectivo que se estabeleceu no início do trabalho foi saber o papel da Actividade Física na melhoria do Bem-Estar Subjectivo e da Qualidade de Vida dos idosos, considerando as características próprias da idade e as necessidades específicas.

Como se disse anteriormente, o envelhecimento causa diversas alterações nos indivíduos, assim como alterações orgânicas, fisiológicas, neurológicas e psicológicas. O factor que desencadeia este conjunto de alterações em determinada idade ainda não é conhecido, apesar de haverem inúmeras pesquisas e inúmeros estudos que estudam as suas consequências sobre o organismo e sobre a vida das pessoas. A maioria desses estudos tem como objectivo a descoberta de uma fórmula para prevenir, minimizar ou até mesmo evitar essas alterações causadas pelo processo de envelhecimento (Miranda & Farias, 2008).

Os resultados apresentados ao longo deste trabalho, permitem-nos concluir os seguintes factos:

- No que respeita aos valores de Bem-Estar Subjectivo Total (BESTotal), as idosas praticantes apresentam valores médios superiores às não praticantes;

- A Vida Presente apresenta valores mais elevados nas idosas praticantes comparativamente às idosas sedentárias;
- No que concerne às diferenças da variável PSSTotal – Perceived Stress Scale – utilizado no questionário para avaliar a perspectiva de bem estar subjectivo quanto à vida presente, verificamos que os indivíduos sedentários apresentam valores médios mais elevados que os indivíduos praticantes;
- Relativamente à Auto Estima Global, ainda que os valores médios sejam mais elevados nas idosas praticantes comparativamente às não praticantes, não são estatisticamente significativos;
- A Funcionalidade apresenta também valores superiores nas idosas praticantes em detrimento às idosas sedentárias;
- A Competência Desportiva apresenta valores médios mais elevados nas praticantes do que nas sedentárias;
- A Atracção Corporal apresenta valores superiores nas idosas praticantes quando comparadas às sedentárias;
- No que respeita aos valores de Saúde Física, as idosas praticantes apresentam também valores médios superiores às não praticantes;
- A Força Física apresenta valores mais elevados nas idosas praticantes comparativamente às sedentárias;
- A Auto-Valorização Física apresenta nas praticantes – como a maioria das variáveis anteriores – valores médios acima dos valores das não praticantes.

Os resultados deste estudo evidenciam uma diferença positiva nas idosas praticantes de algum tipo de exercício físico em detrimento das sedentárias. Assim, à expectativa de que a prática de exercício físico pode ter contributos positivos para o bem-estar subjectivo, estão subjacentes motivações associadas à importância desses contributos na independência funcional na vida quotidiana. As dificuldades funcionais e as experiências relacionadas com a doença e a perda de independência funcional existem na relação com a percepção de bem-estar subjectivo.

2. Limitações

Durante a realização deste trabalho de pesquisa e durante a aplicação dos questionários em causa, foram surgindo determinados entraves:

- O facto de se tratar de uma população idosa, maioritariamente analfabeta ou com dificuldades de interpretação, fez que alguns dos questionários fossem preenchidos ou pelos autores do presente trabalho ou por uma terceira pessoa – filhos, netos, ou outros familiares. Esse facto pode ter levado muitos idosos a responderem da forma mais correcta e não a mais sincera.

- A bateria de testes respondida é muito extensa, o que levou em alguns casos à recusa do seu preenchimento e noutros casos, é notório o facto das questões finais serem respondidas sem intenção ou não são sequer respondidas, o que levou à anulação de muitos questionários.

- A bateria de testes contém um questionário – o PSPP-VCR – que tem um sistema de resposta complexo, o que dificultou a compreensão por parte dos idosos que responderam sozinhos ao questionário. Este facto levou também à anulação de alguns questionários.

3. Sugestões Futuras

Após a realização deste estudo, surgem algumas sugestões para a elaboração de futuros projectos de pesquisa no âmbito desta temática:

- Com a finalidade de comparar resultados, sugere-se a realização de estudos com o mesmo objectivo em zonas distintas do país, de forma a enriquecer esta temática;

- Analisar e avaliar os programas de actividades físicas, de forma a verificar se os programas aplicados vão de encontro às necessidades da população em causa;

- Com a aplicação de posterior estudo dos questionários, sugere-se que se incluam novas variáveis, nomeadamente variáveis que tenham em conta os objectivos que levam os indivíduos à prática de actividade física e questões acerca do nível socioeconómico, que parece influenciar o nível de bem-estar subjectivo nesta população.

Envelhecer é um processo que tem como característica uma transformação pessoal que requer a re-dimensão dos valores humanos. Esta mudança de valores é uma tarefa para a qual a sociedade ainda não se encontra totalmente preparada e, por isso mesmo, é necessário que se revejam possíveis conceitos, normas e perspectivas sobre a velhice, pois não são somente as pessoas que envelhecem, mas a sociedade em si.

ALFERMANN, D.; STOLL, O. (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and Well-Being. *Journal of sport psychology*. 1 (31): 47- 65.

ALVES, M. (1999). *Representações Sociais do Corpo Envelhecido. A qualidade de vida no idoso – O papel da Actividade Física*. Universidade do Porto – Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física.

ANGUAS, A. (1997). *El Significado del Bienestar Subjetivo, su Valoración en México*, Dissertação de Mestrado, Universidade Nacional Autónoma do México.

ARAGÃO, J.; DANTAS, E. (2003). *Treino da RML na Autonomia e na qualidade de vida de idosos*. Exercício, Maturidade e Qualidade de Vida (pp.49-78). 2ªedição. Rio de Janeiro: Shape.

BERGER, B. G. (1989). The role of physical activity. In *The life quality on older adults, American Academy of Physical Education Papers*, V.22, P.42-54.

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

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

CARVALHO, N. e CARDENAS, C. (2007). Auto-Conceito do Idoso e Biodança, *Revista Digital*, n.º 112.

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

COOPER, K. (1982). *O Programa Aeróbico para o Bem Estar Total*. Rio de Janeiro.

COOPERSMITH, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*.

CONSTANTINO, J. (1993). *O Desporto e a Cultura do tempo livre - A Ciência do Desporto, a Cultura e o Homem*, Universidade do Porto – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.

COSTA-PAIVA, L.; HOROVITZ, A.; SANTOS, A.; CARVASA, G. e NETO, A. (2003). Prevalência da Osteoporose em Mulheres na Pós-Menopausa, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 25, n.º1.

CRESPO, J. (1997). *O Corpo na Sociedade Actual*. In Mendes, P., Seabra, P., Cunha, P., *Anatomias Contemporâneas: O corpo na arte portuguesa dos anos 90*.

CRUZ, S. (2003). *Bem-Estar Subjectivo em Adultos e Idosos*. Dissertação de Tese de Mestrado em Psicologia.

CUPERTINO, A.; MOREIRA, F. e RIBEIRO, P. (2007). Successful Aging Definition in a Sample of Older Adult, *Psicologia, Reflexão e Crítica*, n.º 20.

Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. (2002) O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Serviço de Estudos sobre a População, *Revista de Estudos Demográficos*.

DIAS, V. e DUARTE, R. (2005). Idoso: níveis de coordenação motora sob prática de actividade física generalizada, *Revista Digital*, n.º 89.

DIENER, E., e BISWAS-DIENER, R. (2000). *New Directions in Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge*. University of Illinois, Pacific University. Retrieved September.

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

DUARTE, L. (2000). *Terceira Idade – Senectude: uma questão de idade ou uma mera questão referencial? Uma breve revisão bibliográfica*. Psicologia Argumento.

EHRSAM, R. (2007). Physical Activity and Successful Aging, *European Review of Aging and Physical Activity*. vol. 4, 1.

FARIA, A. (1997). *A Mulher Idosa e as Actividades Físicas sob o Enfoque Multicultural*. In: Romero, Mulheres em Movimento. Vitória: Editora Universal Federal do Espírito Santo.

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

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. 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.

FERREIRA, J. P.; TEIXEIRA, A.; HAGGER, M. (2011). *Self-Esteem and Perceived Physical Competence in Elderly*. Artigo não publicado.

FIGUEIRA, M. (2003). *A produção de corpos adolescentes femininos*. In. Louro, G., Neckel, J. e Goelner, S. *Corpo, Género e Sexualidade: em debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

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. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, vol. 2, n.º5.

FORBES, G. B. (2001). *Body Dissatisfaction in Women and Men: The Role of Gender Typing and Self Esteem*. Sex Roles.

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

FOX, K. (1997). The Physical Self and Processes in Self-esteem Development. The physical self - from motivation to well-being, *Human Kinetics*; 111-139.

FOX, K. (1999). The Influence of Physical Activity on Mental Well-being, *Public Health Nutrition*, n.º 2: 411-418.

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

FOX, K. (2000). The Effects of Exercise on Self-Perceptions and Self-Esteem. *In Physical Activity and Psychological Well-Being*: 89-117.

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.

FOX, K. e DAVIS, M. (2006). *Physical activity patterns assessed by accelerometry in older people*, Volume 100, n.º 5.

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, *European Journal of Applied Physiology*, 591–602.

GALINHA, I. e RIBEIRO, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo, *Psicologia, Saúde e Doenças*, n.º6: 203-214.

GASPAR, B.; CASTELO, R.; MARTINS, R. e TEIXEIRA, A. (2004). Health related fitness and mood states in na elderly population, after a physical exercise program. *Physical Activity and Promotion of Mental Health*, 89-92.

GENG, X.; ZHOU, Z. e MILES, K. (2007) Automatic age estimation based on facial aging. *Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence*, vol.29, 2234 -2240.

GIACOMONI, C. (2004). Bem-Estar Subjectivo: Em Busca da Qualidade de Vida. *Temas em Psicologia*, vol. 12: 43– 50.

GOBITTA, M. e GUZZO, R. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.15, n.º1.

GOGGIN, N. E MORROW, J. (2001). Physical Activity Behaviors of Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, n.º9: 58-66.

GRUBER, J. (1986). Physical Activity and Self-Esteem Development in Children: a Meta Analysis. *American Academy of Physical Education Papers*. Human Kinetics.

GUEDES, O. (2000). *Idoso, stress e actividade física*. In Júnior, A.; Decaro, P.; Sanches, J. (Org.), III Seminário internacional sobre actividades físicas para terceira idade (pp. 77-86). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

HASKELL, W.; I-MIN, L.; RUSSELL, P.; POWELL, K.; STEVEN, B.; FRANKLIN, B.; MACERA, C.; HEATH, G.; THOMPSON, P. e BRAUMAN, A. (2007). *Physical Activity and Public Health – Uploaded Recommendation for Adults From the American College of Sport Medicine and the American Heart Association*, American College of Sports Medicine.

HOLLOSZY, J. O.; SPINA, R. J.; KORHRT, W.M. (1992). Health benefits of exercise in elderly. *Medicine Sports Science*.; vol. 37, p. 91-108.

Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de estudos demográficos*, 185-209.

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

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

Instituto Nacional de Estatística (2010). COELHO, E. e MAGALHÃES, G. *Projecções de População residente em Portugal 2008-2060. Síntese Metodológica e Principais Resultados*.

JÚNIOR, J. (1995). *O Envelhecimento*. Temas Geriátricos, Roche.

KALACHE, A. ; VERAS, R. e RAMOS, L. (1987). O envelhecimento da população mundial. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 21:200-10.

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.

LACHENMAYER, S. e MACKENZIE, G. (2004). Building a Foundation for Systems Change: Increasing Access to Physical Activity. *Programs for Older Adults*, vol. 5: 451-458.

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.

LEDWIDGE, B. (1980). Run for Your Mind: Aerobic Exercise as a Means of Alleviating Anxiety and Depression. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 12, 127-140.

LEVENTHAL, E. (1994). *Aging Women, Getting Older, Getting Better?* pp. 27- 42, USA: Lawrence Erlbaum Associates.

LOPES, D. (1996). *Aptidão Física e Auto-Estima: Um Estudo em Adultos Idosos dos Dois Sexos do Concelho de Matosinhos*. Dissertação de Mestrado.

LOVISOLO, H. (1995). *A arte da meditação*. Rio de Janeiro: Sprint.

MARIOVET, S. (1991). Hábitos Desportivos da População Portuguesa. *Revista Horizonte*, 42.

MARTINS, R.; GOMES, C e SOBRAL, F. (2002). Exercício físico no idoso – estudo comparativo da condição física num grupo de idosas sedentárias, antes e após um programa de exercícios físicos. *Geriatrics*, XV, vol. 147: 9-18.

MARTINS, R.; ROSADO, F.; CUNHA, F.; MARTINS, M. e TEIXEIRA, A. (2008). Exercício Físico, IgA Salivar e Estados Emocionais da Pessoa Idosa. *Revista Motricidade*, 4:1, 5-11.

MATARUNA, L. (2004). Imagem Corporal: noções e conceitos. *Revista Digital*, n.º 71.

MATSUDO, R., VELARDI, M., BRANDÃO, M. e MIRANDA, M. (2007). Imagem Corporal de Idosas e Actividade Física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Desporto*, n.º 6: 37-43.

MAZO, G. (2003). *Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto.

MAZO, G.; CARDOSO, F. e AGUIAR, D. (2006). Programa de Hidroginástica para Idosos: Motivação, Auto-Estima e Auto-Imagem. *Revista de Cineantropometria & Desempenho Humano*, n.º8: 67-72.

MAZO, G; MOTA, J. e GONÇALVES, L. (2005). Actividade Física e Qualidade de Vida em Mulheres Idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 115-118.

MAZZEO, R.; CAVANAGH, P.; EVANS, W., FIATARONE, M.; HAGBERG, J.; McAULEY, E.; STARTZELL, J. (1998). *Exercise and Physical Activity for Older Adults*, vol. 30, n.º 6. American College of Sports Medicine.

McPHERSON, R. (1994). Psychological distress among workers caring for the elderly. *International Journal os Geriatric Psychiatry*, vol.9, 5, pp. 381-386.

MILLER, J.; SILVA, R. e VENDITTI, R. (2004). Imagem Corporal na Perspectiva de Paul Schilder. *Revista Digital*, n.º 68.

MIRANDA, L. e FARIAS, S. (2008). A Influência do Exercício Físico na Actividade Cerebral do Idoso. *Revista Digital*, n.º 125.

MRUCK, C. (1998). *Auto-Estima: Investigación, Teoría y Práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

NAHAS, M. (2001). *Actividade física e qualidade de vida; conceitos, sugestões para um estilo de vida activo*. Editora Midiograf Londrina.

NELSON, M.; REJESKI, W.; BLAIR, S.; DUNCAN, P.; JUDGE, J.; KING, A.; MACERA, C. e CASTANEDASCEPPA, C. (2007) *Physical Activity and Public Health In Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. American College of Sports Medicine.

NERI, A. (2001). *Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher*. II Congresso de Geriatria e Gerontologia.

NETZ, Y.; WU, M.; BECKER, B. e TENENBAUM, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, n.º2, 272–284.

NOGUEIRA, M. (2004). *Inventário de Auto-Conceito Físico*. Dissertação de tese de Mestrado.

NUNES, B. (2008). *Envelhecer com saúde*. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica. LIDEL- edições técnicas, lda.

PASCHOAL, S. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso*. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PASSARELI, P. e SILVA, J. (2007). *Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo*. Estudos de Psicologia, n.º 24: 513-517.

PATE, R.; PRATT, M.; BLAIR, S.; HASKELL, W.; MACERA, C.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G.; KING, A.; KRISKA, A.; LEON, A.; MARCUS, B.; MORRIS, J.; PAFFENBARGER, R.; PATRICK, K.; POLLOCK, M.; RIPPE, J.; SALLIS, J. e WILMORE, J. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*.

PATRICK, D.; DANIS, M; SOUTHERLAND, L. e HONG, G. (1988). Quality of Life Following Intensive Care. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 3.

RAMIRES, A.; VIANA, M. e CARAPETA, C. (2001). *Auto-Conceito e Participação Desportiva*. Análise Psicológica, n.º1: 51-58.

REITZES, D.; MUTRAN, E. e FERNANDEZ, M. (1996). Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *The Gerontologist*, vol. 36: 649-656.

ROBINS, R.; TRZESNIEWSKI, K.; TRACY, J.; GOSLING, S.; POTTER, J. (2002). Global Self-Esteem Across the Life Span. *Psychology and Aging*, vol. 17, n.º 3, 423–434.

RODRIGUES, L. (1997). *Efeitos do Estatuto Maturacional e da Prática do Desporto Escolar na Auto-Estima*. Dissertação de Mestrado Universidade do Porto – Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física.

ROMANO, A.; NEGREIROS, J. e MARTINS, T. (2007). Contributos para a Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg numa Amostra de Adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, n.º8: 109-116.

ROSENBERG, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.

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

ROWE, J. W., KAHN, R. L. (1987). Human Ageing: Usual and Successful. *Science* 237, 4811: 143–9.

ROWE, J. W., KAHN, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

RUSSO, R. (2005). Imagem Corporal: Construção Através da Cultura do Belo. *Movimento & Percepção*, vol. 5, n.º 6.

SALOKUN, S. O. (1990). Effects of Training in Basketball and Field-Hockey Skills on Self-Concepts os Adolescents. *International Journal of Sports Psychology*, 21 (2), 121-137.

SCHILDER, P. (1994). *A Imagem do Corpo: As Energias Construtivas da Psique*. São Paulo.

SCHOENBORN, C. e BARNES P. (2002). *Leisure-time physical activity among adults: United States*. Hyattsvill: National Center for Health Statistics.

SEMERJIAN, T. e STEPHENS, D. (2007). Comparison Style, Physical Self-Perceptions, and Fitness Among Older Women. *Journal of Aging and Physical Activity*, n.º15: 219-235.

SERRA, A. (1988). O Auto-Conceito. Análise Psicológica.

SHEPHARD, R. J. (1990). Costs and Benefits of an Exercising Versus a Nonexercising Society. *Human Kinetics Books*.

SHEPARD, R. (1997). *Aging, Physical Activity and Health*. Champaign, Human Kinetics.

SILVA, S.; MAGALHÃES, M.; GARGANTA, R.; SEABRA, A.; BUSTAMANTE, A. e MAIA, J. (2006). Padrão de Actividade Física. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, n.º 8:19-26.

SILVA, J. e SALDANHA, C. (1993). *Envelhecimento e Modificações Bioquímicas das Membranas Celulares*. Geriatria Clínica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

SILVA, M. e VARELA Z. (1999). O Conceito de Adaptação na Terceira Idade: Uma Aproximação Teórica. *Revista Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, 25-29,

SIMÕES, R. (1998). *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Piracicaba: Editora UNIMEP.

SIMÕES, R. e FERREIRA, L. (1995). Traços da Imagem Corporal do Idoso. *Revista Psicologia do Envelhecimento*.

SONSTROEM, J.; SPELIOTIS, E.; FAVA, J. (1992). Perceived Physical Competence in Adults: An Examination of the Physical Self-Perception Profile. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 207-221.

SOUSA, L.; GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D. (2002). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

SPIRDUSO (1995). O idoso e a actividade física. *Revista Horizonte*, Vol. 21, n.º 124.

SPIRDUSO (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Barueri: Manole.

STRONSTROEM, R.; SPELIOTIS, E. e FAVA, J. (1992). Perceived Physical Competence in Adults: an Examination of the Physical Self Perception Profile. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, n.º 14: 207-221.

SUH, E.; DIENER, E., e FUJITA, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, n.º 70, 1091-1102.

TAMAYO, A.; CAMPOS, A.; MATOS, D.; MENDES, G.; SANTOS, J. e CARVALHO, N.(2001). A Influência da Actividade Física Regular sobre o Auto-Conceito. *Estudos de Psicologia*, vol.6, n.º2.

TAMEGUSHI, A.; SALMASO, C.; DELLAROZA, M.; CABRERA, M. e RIBEIRO, T. (2008). Capacidade Funcional de Idosos com Osteoartrite. *Revista Espaço para a Saúde*, vol. 9, n.º 2: 8-16.

TAYLOR, A.; CABLE, N.; FAULKNER, G.; HILLSDON, M.; NARICI, M. e VAN DER BIJ, A. (2004). Physical Activity and Older Adults: a Review of Health Benefits and the Effectiveness of Interventions. *Journal of Sports Sciences*, n.º 22, 703–725.

TORRES, W. (1999). *Morte e Desenvolvimento Humano: Uma Proposta para a Reflexão e Prática em Gerontologia*, Nau.

WEISS, M. (1987). *Self-Esteem and Achievement in Children's Sport and Physical Activity*. In. P. Gould and M.R. Weiss (Eds.), *Advances in Pediatric Sport Sciences*, (2) 87-119. Champaign, Human Kinetics.

WILSON, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

World Health Organization (2001). *Men Ageing And Health: Achieving health across the life span*.

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



PERFIL DE AUTO-PERCEÇÃO 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.	Mas	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.	Mas	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	Mas	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.	Mas	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.	Mas	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	Mas	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.	Mas	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.	Mas	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.	Mas	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.	Mas	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.	Mas	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.	Mas	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!

