



Ana Hermínia Machado de Oliveira

**Efeitos da Idade e do Défice Cognitivo na
Autoestima, na Autoeficácia, no Bem-Estar e
no Stress de Idosos Institucionalizados**

Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais,
orientada pelo Professor Doutor José Pedro Leitão Ferreira e apresentada
à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de
Coimbra

Abril 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ANA HERMINIA MACHADO DE OLIVEIRA

**EFEITOS DA IDADE E DO DÉFICE COGNITIVO NA AUTOESTIMA, NA
AUTOEFICÁCIA, NO BEM-ESTAR E NO STRESS DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

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 em
Populações Especiais

Orientador: Prof. Doutor José Pedro Ferreira.

Coimbra

2015

Oliveira, A. H. M. (2015). Efeitos da idade e do défice cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

AGRADECIMENTOS

Embora uma tese seja, pela sua finalidade acadêmica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus **Pais** com Amor. Em especial a minha mãe **Ivonete Machado** e minha irmã **Mônica Felix**, pela confiança depositada, por sempre acreditarem que era possível e por superarem a distância. Por todo o apoio e amor incondicional, sem vocês nada disto teria sido possível.

Ao **Antônio Oliveira**, pelo amor, disponibilidade e paciência mas sobretudo por me dar a força que inúmeras vezes me faltou.

A **Doutora Sônia Fiuza**, pela grande amizade e carinho dado ao longo de todos esses anos longe de casa, ajudando assim a ultrapassar os momentos de grandes dificuldades e saudades.

Aos **professores** que me proporcionaram diversas aprendizagens e que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal. Em especial, ao **Professor Doutor José Pedro Leitão Ferreira** por todos os desafios, e partilha constante ao longo de tantos meses, e por nunca desistir.

Aos **colegas** de faculdade e de curso, companheiros nesta jornada, pelas amizades que foram criadas.

A todos aqueles que ajudaram direta ou indiretamente, e às amizades que foram criadas ao longo desta grande aventura, o meu obrigada.

Em tudo devemos ser gratos, por isso agradeço a **Deus**, pelo seu amor e cuidado, por ter preparado tudo e ter colocado pessoas especiais em minha vida que facilitaram a adaptação e os dias longe da terra natal.

“Se o tempo envelhecer o seu corpo mas não envelhecer a sua emoção, você será sempre feliz”.

Augusto Cury

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo analisar o efeito da idade e do déficit cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, a partir de um único momento, onde foram avaliados 62 indivíduos, do género feminino, com idades entre os 65 e 98 anos, pertencentes a duas instituições. Para avaliar o efeito da idade, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (n=15) e o grupo dos indivíduos com mais de 75 anos (n=47). Para analisar o efeito do déficit cognitivo, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo com déficit cognitivo (n=42) e o grupo sem déficit cognitivo (n=20). Para avaliar as diversas variáveis foram aplicados os seguintes instrumentos *Mini-Mental State Examination*, *Self-Esteem Scale*, *General Self-Efficacy Scale*, *Well-Being Index (WHO-5)*, *Perceived Stress*.

Resultados: Os resultados mostraram que no grupo de sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos não houve correlação entre as variáveis em análise. No grupo mais de 75 anos, verifica-se que há correlação direta entre os resultados do Mini Exame do Estado Mental e da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada, assim como também há correlação inversa entre os resultados do Mini Exame do Estado Mental e da Escala do Stress Percecionado. Observou-se que apenas há diferenças entre os grupos 65-75 anos e mais de 75 anos na Escala de Autoestima. Relativamente aos grupos com e sem déficit cognitivo, apenas se verificou haver diferenças, entre os dois grupos, no Mini Exame do Estado Mental.

Conclusão: No presente estudo, no grupo mais de 75 anos foram encontradas evidências de que existe uma correlação direta entre os níveis de cognição e de autoeficácia. Neste mesmo grupo também se verificou uma correlação inversa entre os níveis de cognição e de stress. Nos grupos 65 – 75 anos e mais de 75 anos apenas se observaram diferenças nos níveis de autoestima. Relativamente aos grupos com e sem déficit cognitivo não se verificaram diferenças entre os grupos na autoestima, autoeficácia, bem-estar e stress. De forma a colmatar as lacunas existentes na literatura, futuras pesquisas serão necessárias.

Palavras-chave: Cognição, idosos, bem-estar, autoestima, autoeficácia, stress.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed at analyzing the effect of age and cognitive deficit on self-esteem, self-efficacy, well-being and stress on institutionalized elderly.

Methods: A transversal study taken at a single moment was performed on 62 female individuals with ages ranging from 65 to 98 years old belonging to two different institutions. The study sample was divided in two groups in order to evaluate the age effect, one group encompassed individuals with ages ranging from 65 to 75 years old (n=15) and the other group involved individuals over 75 years old (n=47). In order to analyze the cognitive deficit effect, the study sample was also divided in 2 groups, one group containing the individuals with cognitive deficit (n=42) and the other group with individuals not presenting cognitive deficit (n=20). The different variables were evaluated by the following tools: *Mini-Mental State Examination*, *Self-Esteem Scale*, *General Self-Efficacy Scale*, *Well-Being Index (WHO-5)*, *Perceived Stress*.

Results: The obtained results show that for the group regarding individuals with age ranging from 65 to 75 years old there was no correlation between the analyzed variables. Regarding the group of individuals over 75 years old, a direct correlation can be established between the results gathered for the Mini-Mental State Examination and the General Self-Efficacy Scale ones. There is also an inverse correlation between the results obtained for the Mini-Mental State Examination and the Perceived Stress data. When comparing the two groups, the 65 to 75 years old group and the over 75 years old group, differences were only detected at the self-esteem scale. Regarding the cognitive deficit study, differences between the groups were only detected when using the Mini-Mental State Examination tool.

Conclusion: The present study was able to establish a direct correlation between cognition level and self-efficacy in the 75 years old sample group. For the same group an inverse correlation between stress and cognition level was found. Comparing both the 65 to 75 years old group and the 75 years old group, differences were only detected between groups regarding the self-esteem levels. Concerning the groups presenting or not a cognitive deficit, no difference between them was verified at either self-esteem, self-efficacy, well-being or stress levels. Future research is necessary in order to fulfill the gaps currently present in the literature.

Keywords: Cognition, elderly, well-being, self-esteem, self-efficacy, stress.

Índice

1	Introdução	1
1.1	Preâmbulo	1
1.2	Apresentação geral do problema.....	1
1.3	Pertinência do Estudo	2
1.4	Enunciado do problema	2
1.5	Definição dos objetivos e das hipóteses	2
1.5.1	Definição dos Objetivos.....	2
1.5.2	Definição das Hipóteses.....	3
1.6	Estrutura do estudo	5
2	Revisão da Literatura.....	7
2.1	Bem-estar subjetivo	7
2.2	Autopercepções, autoestima e autoconceito	8
2.2.1	Autopercepção versus Autoestima.....	9
2.2.2	Autopercepção e autoconceito	10
2.3	Influência do exercício físico no bem-estar subjetivo, autopercepção, autoconceito e autoestima dos idosos.....	10
3.	Metodologia.....	12
3.1	Caracterização da amostra	12
3.2	Caracterização das variáveis em estudo.....	12
3.2.1	Variável Independente	12

3.2.2	Variáveis dependentes	12
3.3	Identificação e caracterização dos instrumentos de medida	13
3.3.1	Mini Exame do Estado Mental – “Mini-Mental State Examination”	13
3.3.2	Escala de Autoestima – “Self Esteem Scale”	13
3.3.3	Escala de Autoeficácia Geral Percecionada – “General Self-Efficacy Scale”	14
3.3.4	Índice de Bem-Estar da Organização Mundial de Saúde, versão 1998 – “Well-Being Index” (WHO-5).....	14
3.3.5	Escala de Stress percebido – “Perceived Stress Scale”	15
3.4	Procedimentos adotados na realização do estudo	15
3.5	Análise e tratamento dos dados do estudo	16
4	Apresentação de resultados	17
5	Conclusão	33
6	Referências Bibliográficas.....	34
Anexos	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva dos resultados da aplicação dos diversos instrumentos no grupo 65-75anos e no grupo mais de 75 anos.	25
Tabela 2 - Correlação bivariada simples entre o resultado do Mini Exame do Estado Mental e os resultados dos restantes questionários	26
Tabela 3 - Resultados do Teste T-Student para examinar diferenças entre o grupo de 65-75 anos e o grupo mais de 75 anos no resultado da aplicação dos diferentes instrumentos	27
Tabela 4 - Resultado do Teste T-Student para examinar diferenças entre o grupo com défice cognitivo e o grupo sem défice cognitivo, nas diversas variáveis	27

1 Introdução

1.1 Preâmbulo

A presente investigação está inserida no Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais e tem como tema os efeitos da idade e do défice cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados.

A seleção do presente tema deve-se ao facto de o envelhecimento ser uma temática pela qual tenho particularmente interesse, uma vez que ao longo da minha vida profissional tenho trabalhado com esta população. Perante a minha experiência acredito que é possível envelhecer com respeito, qualidade e afeto, procurando com o presente estudo contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

1.2 Apresentação geral do problema

A estrutura da faixa etária da população tem vindo a ser modificada ao longo dos últimos anos, registando-se que a nível global a população esta a envelhecer. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012) prevê-se que o envelhecimento da população mundial vai aumentar significativamente, estimando-se que o número de pessoas com 65 anos ou mais irá crescer mais de 300% num período de 50 anos, passando de 606 milhões em 2000 para quase dois bilhões em 2050. Este crescimento será maior nos países menos desenvolvidos, onde se prevê que esta população passe de 374 milhões no ano 2000 para 1,6 bilhões em 2050, aumentando assim cerca de 4 vezes o número de pessoas com 65 ou mais anos nestes países.

As alterações registadas na estrutura etária da população a nível mundial devem-se por um lado, à queda das taxas de natalidade e à contínua redução da taxa de mortalidade, por outro, o aparecimento de novas tecnologias e as melhorias nos cuidados de saúde tem proporcionado um aumento extraordinário da esperança média de vida (Couto *et. al.*, 2009). Segundo o mesmo autor este fato despertou nas sociedades ocidentais a ideia de que o envelhecimento não pode ser evitado, contudo pode e/ou deve ser retardado o mais possível.

O processo de envelhecimento leva a que ocorram alterações no organismo humano, verificando-se perdas significativas nas diferentes componentes da capacidade funcional (Mazzeo *et al.*, 1998, Gonçalves *et al.*, 2007). Associado ao envelhecimento

parece existir uma tendência para que a autoestima, as autopercepções e o bem-estar físico diminua, podendo esta redução estar relacionada às perdas fisiológicas, de *status* social ou de ente queridos (Krawczynski *et al.*, 2000).

1.3 Pertinência do Estudo

Ao avaliar a qualidade de vida de um indivíduo e conseqüentemente o seu bem-estar psicológico é fundamental considerar o modo como esse indivíduo se autoperceciona, ou seja, como ele se vê. Para tal, deve-se ter em consideração o seu *status* social, a sua cultura, os seus objetivos, expectativas, preocupações e os sistemas de valores nos quais está inserido, pois são estas particularidades que levam à sua felicidade e bem-estar mental.

Pelo exposto, constata-se que é bastante pertinente, realizar um estudo que verifique a influência da idade e do déficit cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizado, podendo assim fornecer ferramentas essenciais que irão auxiliar a desenvolver programas que visem a melhoria da qualidade de vida desta população.

1.4 Enunciado do problema

O presente estudo pretende analisar os efeitos da idade e do déficit cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados.

1.5 Definição dos objetivos e das hipóteses

1.5.1 Definição dos Objetivos

Pretende-se com este estudo analisar de que forma a idade e o déficit cognitivo poderão influenciar a autoestima, a autoeficácia, o bem-estar e o stress num grupo de indivíduos idosos institucionalizados.

Nesta investigação pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Compreender a relação existente entre a idade e a autoestima, a autoeficácia, o bem-estar e o stress;

- Perceber a relação existente entre o déficit cognitivo e a autoestima, a autoeficácia, o bem-estar e o stress;
- Compreender a existência de diferenças entre a idade e a autoestima, a autoeficácia, o bem-estar e o stress;
- Perceber a existência de diferenças entre o déficit cognitivo e a autoestima, a autoeficácia, o bem-estar e o stress;

1.5.2 Definição das Hipóteses

Com vista a alcançar os objetivos enunciados anteriormente, irão ser testadas um total de 22 hipóteses, sendo doze nulas e doze alternativas:

1 - H0 = Não existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoestima, quando comparados os indivíduos em função da idade;

1 - H1 = Existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoestima, quando comparados os indivíduos em função da idade;

2 - H0 = Não existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoeficácia, quando comparados os indivíduos em função da idade;

2 - H1 = Existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoeficácia, quando comparados os indivíduos em função da idade;

3 - H0 = Não existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o bem-estar, quando comparados os indivíduos em função da idade;

3 - H1 = Existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o bem-estar, quando comparados os indivíduos em função da idade;

4 - H0 = Não existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o stress, quando comparados os indivíduos em função da idade;

4 - H1 = Existem correlações estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o stress, quando comparados os indivíduos em função da idade;

5 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoestima, quando comparados os indivíduos em função da idade;

5 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoestima, quando comparados os indivíduos em função da idade;

6 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoeficácia, quando comparados os indivíduos em função da idade;

6 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoeficácia, quando comparados os indivíduos em função da idade;

7 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o bem-estar, quando comparados os indivíduos em função da idade;

7 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o bem-estar, quando comparados os indivíduos em função da idade;

8 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o stress, quando comparados os indivíduos em função da idade;

8 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o stress, quando comparados os indivíduos em função da idade;

9 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoestima, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

9 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoestima, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

10 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoeficácia, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

10 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem a autoeficácia, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

11 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o bem-estar, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

11 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o bem-estar, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

12 - H0 = Não existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o stress, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

12 - H1 = Existem diferenças estatisticamente significativas nos domínios que compreendem o stress, quando comparados os indivíduos com e sem défice cognitivo;

1.6 Estrutura do estudo

O presente estudo encontra-se organizado da seguinte forma:

O capítulo 1 refere-se à Introdução, que contempla o preâmbulo, a apresentação geral do problema, a pertinência do estudo, o enunciado do problema, a definição dos objetivos e das hipóteses e a estrutura do estudo.

O capítulo 2 destina-se à Revisão de Literatura, a qual contempla o enquadramento teórico e conceptual do estudo, analisando a literatura existente relacionada com o tema do presente estudo.

O capítulo 3 diz respeito à Metodologia, nomeadamente caracterização da amostra, definição das variáveis a estudar, identificação e caracterização dos instrumentos de medida, definição dos procedimentos do estudo e uma breve síntese do tratamento estatístico dos dados.

O capítulo 4 contém a Apresentação de Resultados, estruturado em formato de artigo, faz a apresentação e tratamento estatístico dos dados obtidos, assim como também apresenta e discute os resultados alcançados.

O capítulo 5 refere-se à Conclusão, onde se resume não só as principais conclusões da investigação, mas também as limitações do estudo e algumas sugestões para futuras investigações.

O capítulo 6 apresenta por ordem alfabética, as referências bibliográficas consultadas ao longo da elaboração do presente estudo.

O capítulo 7 destina-se aos anexos, ou seja, aos instrumentos utilizados no estudo.

2 Revisão da Literatura

2.1 Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo é definido como a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas (Seligman, 2004, Diener, 2008). De acordo com a definição anterior verifica-se que bem-estar subjetivo é uma das componentes que constituiu um conceito mais abrangente - qualidade de vida. Lawton (1983), no seu estudo sobre qualidade de vida, surge um modelo que apresenta o conceito de bem-estar subjetivo como um dos domínios da qualidade de vida em idosos. De acordo com este modelo, os quatro domínios que se inter-relacionam são: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo, sendo que este último refere-se há avaliação pessoal sobre o conjunto e sobre a dinâmica das relações entre os outros três domínios. Considerando que o bem-estar subjetivo emerge a partir de vários domínios, este deve ser avaliado, através da apreciação global, dos relatos de humores momentâneos, da fisiologia, da memória e das expressões emocionais (Giacomoni, 2004).

A avaliação do bem-estar subjetivo pode passar pela habilidade de os indivíduos recordarem situações positivas ou negativas das suas vidas, pela análise da frequência de sorrisos e/ou pelo relato de familiares ou amigos sobre os níveis de satisfação e felicidade do sujeito (Diener, 2008).

No seu estudo Ryff e Keyes (1995) propuseram um modelo multidimensional de bem-estar que concebe seis dimensões do funcionamento psicológico positivo: a autoaceitação, a relação positiva com as pessoas, a autonomia, o domínio sobre o ambiente, o propósito de vida e o crescimento pessoal.

Na literatura verifica-se que os estudos respeitantes ao bem-estar subjetivo dividem-se em dois grandes modelos explicativos, isto é, os modelos que compreendem os fatores referentes ao indivíduo - teorias *Top Down* e, os modelos que compreendem a influência de variáveis culturais e sociais - Teorias *Bottom-up* (Giacomoni, 2004). Nas teorias *Top Down*, o bem-estar subjetivo é atribuído às características de personalidade, isto é, os indivíduos que apresentam certas características de personalidade tendem a encarar as situações nas suas vidas de uma forma mais positiva do que aqueles que não as apresentam (Nunes, 1999). As teorias *Bottom-up*, pretendem investigar em que medida as variáveis sociodemográficas afetam a satisfação com a vida, partindo do

pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas e que a sua satisfação viabiliza o estado de felicidade (Diener, et al., 1999).

Diversas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em idosos. Diogo (2003) ao avaliar a satisfação com vida, comparou indivíduos idosos que sofreram amputação e indivíduos idosos não amputados. Este autor verificou que o envelhecimento e a condição de serem amputados, não era o principal motivo de insatisfação dos idosos e sim os outros aspetos relacionados com a satisfação com a vida interpretada de maneira negativa como solidão, falta de dinheiro e os cuidados mínimos que o idoso necessita. No estudo realizado por Diener & Suh (1997) avaliaram o bem-estar subjetivo entre idosos no âmbito da sua satisfação com a vida, concluindo que tais domínios tendem a não diminuir com a idade.

2.2 Autopercepções, autoestima e autoconceito

Durante o último século o interesse pelas autopercepções do “eu” emergiu como um dos princípios centrais nas diversas áreas da psicologia (Brown & Marshall, 2001; Greenwald *et al.*, 2002; Tafarodi & Milne, 2002), nomeadamente em pesquisas associadas à autoestima.

O conceito do “Eu” é bastante difuso e engloba sub-conceitos como: autoconceito, autoimagem, autoestima, autoeficácia, autoavaliação, autopercepção, autorrepresentação, entre outros. No entanto é unânime na literatura que o “Eu” é mais corretamente descrito como um complexo sistema de constructos (Fox, 1999, 2000). O “Eu” passou a ser compreendido como um sistema complexo, que pode ser entendido como uma construção cognitiva com significado partilhado entre membros de uma dada cultura (Wood & Wood, 1999).

Existem diversas definições para autopercepção, por exemplo Gecas (1982) define autopercepção como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social e moral. Já para Burns (1986), a autopercepção é composta pelas imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Mais recentemente Carless e Fox (2003) referem-se à autopercepção como a autodescrição das capacidades, das qualidades, das características das filosofias pessoais, da moral e dos valores e dos papéis adotados pelo “Eu”.

2.2.1 Autopercepção versus Autoestima

Devido à confusão que normalmente se estabelece entre os termos autopercepção e a autoestima torna-se necessário distingui-los (Souza, 1996).

Autopercepção e autoestima são dois termos usados em psicologia que remetem para distintas dimensões do “Eu” (Peixoto, 1996). De acordo com diversos autores a autopercepção é um conceito mais abrangente relativo à autodescrição de um indivíduo, pelo que está relacionado com a percepção que o mesmo tem de si próprio (Vaz Serra, 1988; Peixoto, 1996), enquanto a autoestima corresponde a uma dimensão avaliativa do autoconhecimento, ou seja, refere-se à forma como uma pessoa se autoavalia (Baumeister, 1994). A autoestima é definida como a dimensão avaliativa quantitativa do autoconhecimento referente à forma como um indivíduo formula apreciações acerca de si próprio, quer seja acerca da sua autoimagem, quer seja da sua prestação num dado domínio de vida (Rosenberg, 1965).

Durante muitos anos, psicólogos e outros investigadores lidaram com a autoestima e com a autopercepção como entidades unidimensionais (Fox, 1997). Esta abordagem unidimensional não contempla o facto de cada indivíduo, em distintas situações da sua vida, poder ter sentimentos diferentes sobre si próprio, e que essa contribuição pode fazer variar a sua autoestima global (Ferreira, 1997)

No estudo de Marsh e Shavelson (1985), os autores defendem que as autopercepções não podem ser corretamente entendidas, se a sua multidimensionalidade for ignorada. As conclusões de vários estudos (Fox & Corbin, 1989; Harter, 1996; Marsh *et al.*, 1994) levaram a que as linhas de pesquisa sobre as autopercepções passassem a dar ênfase à sua multidimensionalidade.

A operacionalização deste modelo deu origem a diversos instrumentos, criando ferramentas com subescalas separadas, as quais são utilizadas na avaliação da percepção nas diferentes dimensões da autopercepção, permitindo afirmar a existência de uma estrutura do “Eu”, que se torna progressivamente diferenciada com a maturidade cognitiva. Esta multiplicidade de instrumentos reflete as diferentes concepções dos diferentes autores que têm vindo a abordar esta temática, assim como a variedade de teorias sobre a natureza das autopercepções e da autoestima (Correia, 1989).

2.2.2 Autopercepção e autoconceito

Frequentemente verifica-se que associado à autopercepção surge a designação de autoconceito. Marsh e Shavelson (1985) referem-se à noção de autoconceito como a percepção que a pessoa tem de si própria e de tudo o que a rodeia, com base nas suas experiências e interpretações pessoais. Já Shavelson et al. (1976) consideram que, o autoconceito é um constructo hipotético de grande utilidade na explicação e prognóstico da forma de agir de um indivíduo, e não uma identidade no interior do mesmo. O autoconceito enquanto parte integrante da personalidade influencia o comportamento de muitas formas, pois a percepção que os indivíduos têm das suas capacidades é entendida como indicador fundamental para reavaliação das suas atitudes e do comportamento face aos eventos de sua vida (Carpeta et al.,2001).

2.3 Influência do exercício físico no bem-estar subjetivo, autopercepção, autoconceito e autoestima dos idosos

O processo de envelhecimento está associado a uma diminuição da capacidade funcional, o que pode contribuir para a perda de independência e levar a uma redução da qualidade de vida (CDC, 2009).

Estudos realizados sobre a prática de exercício físico por pessoas idosas têm demonstrado que a sua autoestima tende a melhorar (Opdenacker *et al.*, 2009; Spence *et al.*, 2005). Para Fox (1999) a prática de exercício regular moderado deve ser considerado como um meio viável para a melhoria da qualidade de vida através do reforço da autoestima e estado de humor, com significativa redução para a ansiedade e estresse, do público em geral.

A relação existente entre o exercício físico e a autoestima tem sido estudada nos últimos anos quer por estudos transversais quer por estudos de intervenção. Por exemplo Mcauley *et al.* (2000) realizaram um estudo com 174 idosos onde avaliaram os índices de autoestima ao longo de um ano (6 meses com intervenção de exercício físico e 6 meses sem exercício físico apenas com avaliações de controlo). Neste estudo os idosos foram submetidos a um programa de exercício físico que tinha por base caminhadas ou resistência muscular. Os resultados mostram que a prática de exercício físico colabora para melhorias da autoestima, atribuído às melhorias da aptidão física, diminuição da gordura corporal e aumento da autoeficácia.

Li *et al.* (2002) examinaram os efeitos de seis meses de exercício de Tai Chi na autoestima de idosos e observaram que a autoestima dos participantes melhorou com a prática de exercício.

Elavsky *et al.* (2005) estudaram os efeitos das variáveis psicológicas na relação com a atividade física e a satisfação com a vida num período de quatro anos. A amostra foi constituída por 174 idosos. Os resultados indicaram que a atividade física tem um efeito positivo na autoestima, autoconceito, autopercepção e restantes variáveis psicológicas, estando por sua vez relacionada com o bem-estar a longo prazo.

Opdenacker *et al.* (2009) desenvolveram durante onze meses um ensaio com 186 idosas, onde procuraram avaliar os efeitos a longo prazo da atividade física e do exercício físico estruturado na autoestima e autopercepção física. As idosas foram divididas em três grupos: o grupo do exercício físico estruturado, o da atividade física e o grupo controle. Os resultados evidenciaram que o grupo da atividade física mostrou melhorias significativas na autopercepção física, na competência para o desporto, na atratividade corporal e na autoestima. O grupo do exercício físico estruturado revelou melhoras significativas na condição física e na competência para o desporto.

Com o intuito de apresentar uma explicação para o impacto do exercício na autoestima, Sonstroem e Morgan (1989) propuseram um modelo hierárquico representado de acordo com uma hierarquia (*bottom-up*), sendo que no topo se encontra a autoestima e na sua base a autoeficácia. Estes autores referem que as alterações nos níveis inferiores produzirão mudanças nos níveis superiores, ou seja, se a autoestima se encontra no topo, as alterações nos níveis inferiores irão influenciá-la. Desta forma, os sentimentos de autoeficácia física vão se acumulando e generalizando, desenvolvendo sentimentos de competência. Estes dois últimos sentimentos, por sua vez, poderão influenciar os níveis de autoestima diretamente ou mediados pela aceitação física. Este modelo apresenta uma explicação plausível e coerente para a compreensão do impacto da atividade física na autoestima dos idosos, dada a evidente redução da sua capacidade e competência motora e funcional.

Segundo Rosenberg (1965) a autoestima é uma componente chave que influencia o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

3. Metodologia

3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 62 indivíduos, do género feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos, institucionalizados no concelho de Coimbra. A recolha de dados foi efetuada a partir de um único momento, tendo-se realizado um estudo transversal. Para participar nesta investigação, os indivíduos tinham de obter no Mini Exame do Estado Mental uma pontuação superior a 9.

Para avaliar o efeito da idade nas diferentes variáveis, amostra foi dividida em dois grupos, o grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos e o grupo dos indivíduos com mais de 75 anos. Para analisar o efeito do défice cognitivo nas variáveis em estudo, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo com défice cognitivo (sujeitos com pontuação no Mini Exame do Estado Mental compreendida no intervalo]9-24.5[) e o grupo sem défice cognitivo (sujeitos com pontuação obtida no Mini Exame do Estado Mental igual ou superior a 24.5).

3.2 Caracterização das variáveis em estudo

No que se refere à caracterização das variáveis em estudo, estas estão divididas em independentes e dependentes.

3.2.1 Variável Independente

- Idade: variável utilizada para a recolha dos dados dos sujeitos da amostra, com idade superior a 65 anos;
- Déficit cognitivo: esta variável permite avaliar o nível de déficit cognitivo que o indivíduo apresenta.

3.2.2 Variáveis dependentes

- Nível de Autoestima global: variável que permite verificar a perceção do indivíduo no que respeita à quantificação do autoconceito;
- Autoeficácia: esta variável permite-nos avaliar perceção de autoeficácia do indivíduo;
- Bem-estar: esta variável permite avaliar o nível de bem-estar emocional;

- Nível de percepção face ao stress: permite-nos calcular a percepção que o indivíduo tem do controlo com a vida no momento;

3.3 Identificação e caracterização dos instrumentos de medida

Visando avaliar os indicadores referentes ao défice cognitivo, autoestima, autoeficácia, bem-estar, e stress na população idosa foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: *Mini-Mental State Examination*, *Self-Esteem Scale*, *General Self-Efficacy Scale*, *Well-Being Index (WHO-5)*, *Perceived Stress*.

3.3.1 Mini Exame do Estado Mental – “Mini-Mental State Examination”

O questionário *Mini-Mental State Examination* foi desenvolvido por Folstein M., Folstein S. & McHugh em 1975 e pretende avaliar o défice cognitivo. Este instrumento é composto por 30 questões que visam avaliar objetivamente a orientação, atenção, concentração, memória, cálculo e linguagem.

A pontuação pode variar entre 0 e 30 pontos. A interpretação da pontuação obtida é: pontuação superior ou igual a 25 – cognição normal, pontuação de 19 a 24 pontos – défice cognitivo leve, pontuação de 18 a 10 – défice cognitivo moderado, pontuação igual ou inferior a 9 pontos – défice cognitivo severo (Lamoure, 2014)

Este questionário é um dos mais utilizados para avaliar défices cognitivos

3.3.2 Escala de Autoestima – “Self Esteem Scale”

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi desenvolvida por Morris Rosenberg em 1965. Esta escala tem como objetivo analisar a autoestima global, ou seja, a ponderação mais positiva ou negativa que os indivíduos fazem sobre suas próprias características pessoais. Esta escala foi traduzida para a versão portuguesa por Ferreira (2001).

A escala de autoestima de Rosenberg é um questionário que contempla 10 itens, sendo cinco com uma orientação positiva e cinco com uma orientação negativa. A escala utilizada é tipo Likert em que as opções de resposta são: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. Cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos.

Para obter a pontuação deste questionário somam-se todas as respostas obtidas (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 autoestima do indivíduo.

Devido ao facto de os itens estarem codificados na afirmativa ou negativa, muitos dos estudos utilizam esta escala como um instrumento bi-dimensional, no entanto na presente investigação não se utilizou a bi-dimensionalidade, uma vez que os autores consideram que o suporte é muito relativo.

Esta escala, apesar de ter já alguns anos, ainda se mantém atual. Em vários países do mundo esta escala teve sua fidedignidade, sua estrutura fatorial e a sua aplicabilidade intercultural testada e confirmada de forma positiva, sendo traduzida aproximadamente em 30 idiomas (Rusticus et al., 2004, Schmitt & Allik, 2005).

3.3.3 Escala de Autoeficácia Geral Percecionada – “General Self-Efficacy Scale”

A Escala de Autoeficácia Geral Percecionada é um instrumento que tem como objetivo avaliar a percepção de autoeficácia do indivíduo. Esta escala foi criada por Jerusalem & Schwarzer em 1979 e era composta por 20 itens. Posteriormente a escala foi reduzida para 10 itens e adaptada para 28 idiomas (Nunes, Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Para cada item são apresentadas 4 opções de resposta (de 1 até 4) numa escala tipo Likert onde 1 significa – de modo nenhum é verdade, 2 – dificilmente é verdade, 3 – moderadamente verdade e 4 – exatamente verdade. A pontuação pode variar entre 10 e 40 pontos.

3.3.4 Índice de Bem-Estar da Organização Mundial de Saúde, versão 1998 – “Well-Being Index” (WHO-5)

O Índice de Bem-Estar é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, que tem como objetivo avaliar o nível de bem-estar emocional. A primeira versão deste questionário surgiu em 1995 (WHO & Regional Office for Europe 1998). Neste estudo foi utilizada a versão 1998.

O questionário é composto por 5 itens, que avaliam o grau de bem-estar positivo durante as duas últimas semanas. Para cada item são apresentadas 6 opções de resposta

(de 0 até 5) numa escala tipo Likert onde 0 significa – nunca, 1 – de vez em quando, 2 – menos que a metade do tempo, 3 – mais que a metade do tempo, 4 – a maior parte do tempo e 5 – todo o tempo.

A pontuação é calculada através da soma dos valores das respostas às cinco questões. A pontuação pode variar de 0 a 25 sendo que quanto mais elevado for o valor da pontuação maior será a sensação de bem-estar.

3.3.5 Escala de Stress percecionado – “Perceived Stress Scale”

A *Perceived Stress Scale* foi elaborada em 1983 por Cohen *et al.*, e tem como intuito avaliar a perceção do controlo com a vida no momento em que os indivíduos respondem ao questionário. O questionário é composto por 14 itens, onde são apresentadas 5 opções de resposta (de 1 até 5) numa escala tipo Likert onde 1 significa – nunca, 2 – quase nunca, 3- às vezes, 4 - com alguma frequência e 5 - muito frequentemente.

O resultado final varia de 14 a 70 valores, sendo os 14 valores para os indivíduos com uma perceção 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 direção 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.

3.4 Procedimentos adotados na realização do estudo

Numa primeira fase foram contactadas as instituições a fim de enquadrar a presente investigação e de obter autorização da parte destas para a realização do estudo. Seguidamente, e, uma vez que foram avaliados seres humanos, foi efetuado um pedido de aprovação do estudo à comissão de ética. Após obter aprovação foi celebrado um protocolo entre a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra e duas instituições do concelho de Coimbra que facultaram os participantes para o estudo. Posteriormente, explicámos aos participantes os objetivos e procedimentos do estudo, para que estes declararem, por escrito, o seu consentimento a

participarem no mesmo. Os indivíduos cooperaram de forma voluntária e tiveram a possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento.

A recolha de dados iniciou-se com a aplicação dos questionários a cada participante. Devido às dificuldades de leitura ou da visão, os indivíduos que não conseguiam responder aos questionários foram ajudados por um dos assistentes da investigação, que lhes leu as questões e registou as respostas pretendidas. Os assistentes de investigação estavam treinados para se limitar à leitura das perguntas e registo das respostas, interagindo o mínimo com o participantes e não emitindo qualquer juízo de valor sobre as respostas.

Após terminar a recolha de dados de toda amostra, passou-se ao tratamento e análise de dados.

3.5 Análise e tratamento dos dados do estudo

Com o intuito de caracterizar a amostra, recorreu-se à estatística descritiva, utilizando a média como medida de tendência central, o desvio padrão como medida de dispersão e o valor máximo e o valor mínimo para os diferentes domínios das variáveis. A normalidade da amostra foi testada e confirmada através do cálculo dos valores de Skewness e Kurtosis, dos respectivos histogramas.

Como a amostra foi constituída por 62 indivíduos, recorreu-se à estatística paramétrica onde se utilizou o teste T-Student para verificar as diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Para analisar a existência de correlação entre as variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson.

A totalidade dos dados recolhidos foi analisado através do programa informático SPSS “*Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0 for Windows*”. Foi adotado um nível de significância $p \leq 0,05$, valor usualmente assumido para pesquisas em Ciências Sociais e Humanas.

4 Apresentação de resultados

A recolha de dados durante o presente estudo objetivaram obter informação diversificada sobre os eventuais efeitos da idade e do défice cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de 62 idosas institucionalizadas no concelho de Coimbra.

Toda a investigação realizada neste estudo pressupôs, não apenas a realização exclusiva desta dissertação, conducente à obtenção do grau de Mestre em Exercício e Saúde em Populações Especiais, mas também a possibilidade de publicar um artigo numa revista científica.

Deste modo e com o intuito de efetuar uma futura submissão a publicação, passasse de seguida a apresentar os resultados alcançados em formato de artigo.

**EFEITOS DA IDADE E DO DÉFICE COGNITIVO NA AUTOESTIMA, NA
AUTOEFICÁCIA, NO BEM-ESTAR E NO STRESS DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

**THE EFFECTS OF AGE AND COGNITIVE DEFICIT ON SELF-ESTEEM,
SELF-EFFICACY, WELL-BEING AND STRESS ON INSTITUTIONALIZED
ELDERLY**

Oliveira, A.H.M., Furtado, G.E., Teixeira, A.M. & Ferreira, J.P.*

Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física (CIDAF) – Laboratório
de Psicologia do Desporto e do Exercício, Faculdade de Ciências do Desporto e
Educação Física, Universidade de Coimbra, Portugal

***Autor Correspondente**

Fax (++)351) 239802779

E-mail: jpferreira@fcdef.uc.pt

Centro de Investigação do Desporto e da Atividade Física, Laboratório de
Psicologia do Desporto e do Exercício, Faculdade de Ciências do Desporto e
Educação Física, Universidade de Coimbra, Estádio Universitário – Pavilhão III,
Santa Clara, 3040-156 Coimbra, Portugal.

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo analisar o efeito da idade e do défice cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, a partir de um único momento, onde foram avaliados 62 indivíduos, do género feminino, com idades entre os 65 e 98 anos, pertencentes a duas instituições. Para avaliar o efeito da idade, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (n=15) e o grupo dos indivíduos com mais de 75 anos (n=47). Para analisar o efeito do défice cognitivo, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo com défice cognitivo (n=42) e o grupo sem défice cognitivo (n=20). Para avaliar as diversas variáveis foram aplicados os seguintes instrumentos *Mini-Mental State Examination*, *Self-Esteem Scale*, *General Self-Efficacy Scale*, *Well-Being Index (WHO-5)*, *Perceived Stress*.

Resultados: Os resultados mostraram que no grupo de sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos não houve correlação entre as variáveis em análise. No grupo mais de 75 anos, verifica-se que há correlação direta entre os resultados do Mini Exame do Estado Mental e da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada, assim como também há correlação inversa entre os resultados do Mini Exame do Estado Mental e da Escala do Stress Percecionado. Observou-se que apenas há diferenças entre os grupos 65-75 anos e mais de 75 anos na Escala de Autoestima. Relativamente aos grupos com e sem défice cognitivo, apenas se verificou haver diferenças, entre os dois grupos, no Mini Exame do Estado Mental.

Conclusão: No presente estudo, no grupo mais de 75 anos foram encontradas evidências de que existe uma correlação direta entre os níveis de cognição e de autoeficácia. Neste mesmo grupo também se verificou uma correlação inversa entre os níveis de cognição e de stress. Nos grupos 65 – 75 anos e mais de 75 anos apenas se observaram diferenças nos níveis de autoestima. Relativamente aos grupos com e sem défice cognitivo não se verificaram diferenças entre os grupos na autoestima, autoeficácia, bem-estar e stress. De forma a colmatar as lacunas existentes na literatura, futuras pesquisas serão necessárias.

Palavras-chave: Cognição, idosos, bem-estar, autoestima, autoeficácia, stress.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed at analyzing the effect of age and cognitive deficit on self-esteem, self-efficacy, well-being and stress on institutionalized elderly.

Methods: A transversal study taken at a single moment was performed on 62 female individuals with ages ranging from 65 to 98 years old belonging to two different institutions. The study sample was divided in two groups in order to evaluate the age effect, one group encompassed individuals with ages ranging from 65 to 75 years old (n=15) and the other group involved individuals over 75 years old (n=47). In order to analyze the cognitive deficit effect, the study sample was also divided in 2 groups, one group containing the individuals with cognitive deficit (n=42) and the other group with individuals not presenting cognitive deficit (n=20). The different variables were evaluated by the following tools: *Mini-Mental State Examination*, *Self-Esteem Scale*, *General Self-Efficacy Scale*, *Well-Being Index (WHO-5)*, *Perceived Stress*.

Results: The obtained results show that for the group regarding individuals with age ranging from 65 to 75 years old there was no correlation between the analyzed variables. Regarding the group of individuals over 75 years old, a direct correlation can be established between the results gathered for the Mini-Mental State Examination and the General Self-Efficacy Scale ones. There is also an inverse correlation between the results obtained for the Mini-Mental State Examination and the Perceived Stress data. When comparing the two groups, the 65 to 75 years old group and the over 75 years old group, differences were only detected at the self-esteem scale. Regarding the cognitive deficit study, differences between the groups were only detected when using the Mini-Mental State Examination tool.

Conclusion: The present study was able to establish a direct correlation between cognition level and self-efficacy in the 75 years old sample group. For the same group an inverse correlation between stress and cognition level was found. Comparing both the 65 to 75 years old group and the 75 years old group, differences were only detected between groups regarding the self-esteem levels. Concerning the groups presenting or not a cognitive deficit, no difference between them was verified at either self-esteem, self-efficacy, well-being or stress levels. Future research is necessary in order to fulfill the gaps currently present in the literature.

Keywords: Cognition, elderly, well-being, self-esteem, self-efficacy, stress.

Introdução

A estrutura da faixa etária da população tem vindo a ser modificada ao longo dos últimos anos, verificando-se que a nível global a população está a envelhecer (Organização Mundial de Saúde, 2012). Esta evidência levou a que ao longo dos últimos anos se tenha verificado um aumento gradual do interesse dos profissionais de saúde relativamente às diversas dimensões associadas ao envelhecimento.

O processo de envelhecimento leva a que ocorram alterações no organismo humano, verificando-se perdas significativas nas diferentes componentes da capacidade funcional (Mazzeo et al., 1998, Gonçalves et al., 2007). Associado ao envelhecimento parece existir uma tendência para que haja um declínio da performance cognitiva (Colcombe, 2003), assim como uma diminuição dos índices de autoestima, autoeficácia e bem-estar físico, podendo esta redução estar relacionada com perdas fisiológicas, de *status* social ou de ente queridos (Krawczynski *et al.*, 2000).

O conceito de função cognitiva envolve atividades mentais tais como a resolução de problemas, a memória, o raciocínio, e o fato de conseguir dar resposta aos estímulos externos conseguindo assim o indivíduo realizar as suas tarefas diárias (Rabelo, 2009; Lamoure, 2014). Associada à performance cognitiva surge a autoeficácia que consiste nas convicções que cada indivíduo possui sobre as suas competências de como agir perante determinadas situações, muitas vezes geradoras de stress (Bandura, 1977). Assim, níveis variados de autoeficácia podem promover ou limitar a motivação para agir. De acordo com Ribeiro (1995), quanto maior for a perceção de autoeficácia, mais forte e perseverante é o esforço realizado pelo indivíduo.

A autoestima corresponde a uma dimensão avaliativa do autoconhecimento, ou seja, refere-se à forma como uma pessoa se autoavalia (Baumeister, 1994). A autoestima é definida como a dimensão avaliativa quantitativa do autoconhecimento referente à forma como um indivíduo formula apreciações acerca de si próprio, quer seja acerca da sua autoimagem, quer seja da sua prestação num dado domínio de vida (Rosenberg, 1965). O mesmo autor refere ainda que a autoestima é uma componente chave que influencia o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

O bem-estar subjetivo é definido como a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas (Seligman, 2004, Diener, 2008). Na literatura verifica-se que os estudos respeitantes ao bem-estar subjetivo dividem-se em dois grandes modelos explicativos, isto é, os modelos que compreendem os fatores referentes ao indivíduo -

teorias *Top Down* e, os modelos que compreendem a influência de variáveis culturais e sociais - Teorias *Bottom-up* (Giacomoni, 2004). Nas teorias *Top Down*, o bem-estar subjetivo é atribuído às características da personalidade, isto é, os indivíduos que apresentam certas características de personalidade tendem a encarar as situações nas suas vidas de uma forma mais positiva do que aqueles que não as apresentam (Nunes, 1999). As teorias *Bottom-up*, pretendem investigar em que medida as variáveis sociodemográficas afetam a satisfação com a vida, partindo do pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas e que a sua satisfação viabiliza o estado de felicidade (Diener, et al., 1999).

A função cognitiva, a autoestima, a autoeficácia, o bem-estar e o stress assumem um papel importante no processo de envelhecimento, sendo a compreensão da forma como estas variáveis se relacionam fundamental para delinear estratégias que visem a promoção do bem-estar e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo teve como objetivo analisar o efeito da idade e do défice cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados.

Métodos

Amostra

A amostra foi constituída por 62 indivíduos, do género feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos, institucionalizados no concelho de Coimbra. A recolha de dados foi efetuada a partir de um único momento, tendo-se realizado um estudo transversal. Para participar neste estudo, os indivíduos tinham de obter no Mini Exame do Estado Mental uma pontuação superior a 9.

Para avaliar o efeito da idade nas diferentes variáveis, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos e o grupo dos indivíduos com mais de 75 anos. Para analisar o efeito do défice cognitivo nas variáveis em estudo, a amostra foi dividida em dois grupos, o grupo com défice cognitivo (sujeitos com pontuação no Mini Exame do Estado Mental compreendida no intervalo]9-24.5[) e o grupo sem défice cognitivo (sujeitos com pontuação obtida no Mini Exame do Estado Mental igual ou superior a 24.5).

Instrumentos

Para possibilitar o conhecimento das características de cada participante aplicou-se o Questionário Biossocial. Este questionário é composto por 10 itens, sendo quatro de resposta aberta e 6 de resposta fechada, e pretende obter informações relativas a: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, naturalidade, residência, onde vive atualmente, prática ou não de exercício físico e qual a sua frequência semanal.

Para avaliar o défice cognitivo, recorreu-se ao questionário *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009). Este instrumento é composto por 30 questões que visam avaliar objetivamente a orientação, atenção, concentração, memória, cálculo e linguagem. A pontuação pode variar entre 0 e 30 pontos. A interpretação da pontuação obtida é: pontuação superior ou igual a 25 – cognição normal, pontuação de 19 a 24 pontos – défice cognitivo leve, pontuação de 18 a 10 – défice cognitivo moderado, pontuação igual ou inferior a 9 pontos – défice cognitivo severo (Lamoure, 2014).

O nível de autoestima foi determinado através da Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), que é um questionário que contempla 10 itens, sendo cinco com uma orientação positiva e cinco com uma orientação negativa. A escala utilizada é do tipo Likert em que as opções de resposta são: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. Cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos. Para obter a pontuação deste questionário somam-se todas as respostas obtidas (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 autoestima do indivíduo.

A perceção de autoeficácia foi avaliada através da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (Nunes, Schwarzer e Jerusalem, 1999). Esta escala é composta por 10 itens, sendo apresentadas para cada item 4 opções de resposta (de 1 até 4) numa escala do tipo Likert onde 1 significa – de modo nenhum é verdade, 2 – dificilmente é verdade, 3 – moderadamente verdade e 4 – exatamente verdade. A pontuação pode variar entre 10 e 40 pontos.

Para calcular o bem-estar emocional utilizou-se o questionário Índice de Bem-Estar – versão 1998, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO & Regional Office for Europe, 1998). O questionário é composto por 5 itens, que avaliam o grau de bem-estar positivo durante as duas últimas semanas. Para cada item são apresentadas 6 opções de resposta (de 0 até 5) numa escala tipo Likert onde 0

significa – nunca, 1 – de vez em quando, 2 – menos que a metade do tempo, 3 – mais que a metade do tempo, 4 – a maior parte do tempo e 5 – todo o tempo. A pontuação é calculada através da soma dos valores das respostas às cinco questões. A pontuação pode variar de 0 a 25, sendo que quanto mais elevado for o valor da pontuação maior será a sensação de bem-estar.

Para determinar o nível de stress recorreu-se à Escala de Stress Percecionado (Cardoso, 2002). Este instrumento é um questionário composto por 14 itens, onde são apresentadas 5 opções de resposta (de 1 até 5) numa escala tipo Likert onde 1 significa – nunca, 2 – quase nunca, 3- às vezes, 4 - com alguma frequência e 5 - muito frequentemente. O resultado final varia de 14 a 70 valores, sendo os 14 valores para os indivíduos com uma perceção 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 direção de resposta para todos os itens da escala.

Procedimentos

Numa primeira fase foram contactadas as instituições a fim de enquadrar a presente investigação e de obter autorização da parte destas para a realização do estudo. Seguidamente, e, uma vez que foram avaliados seres humanos, foi efetuado um pedido de aprovação do estudo à comissão de ética. Após obter aprovação foi celebrado um protocolo entre a Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra e duas instituições do concelho de Coimbra que facultaram os participantes para o estudo. Posteriormente, explicámos aos participantes os objetivos e procedimentos do estudo, para que estes declarassem, por escrito, o seu consentimento para participar no mesmo. Os indivíduos cooperaram de forma voluntária e tiveram a possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento.

A recolha de dados iniciou-se com a aplicação dos questionários a cada participante. Devido às dificuldades de leitura ou de visão, os indivíduos que não conseguiam responder aos questionários foram ajudados por um dos assistentes da investigação, que lhes leu as questões e registou as respostas pretendidas. Os assistentes de investigação estavam treinados para se limitar à leitura das perguntas e registo das respostas, interagindo o mínimo com os participantes e não emitindo qualquer juízo de valor sobre as respostas.

Após terminar a recolha de dados de toda amostra, foi efetuado o tratamento e a análise dos dados.

Análise Estatística

Com o intuito de caracterizar a amostra, recorreu-se à estatística descritiva, utilizando a média como medida de tendência central, o desvio padrão como medida de dispersão e o valor máximo e o valor mínimo para os diferentes domínios das variáveis. A normalidade da amostra foi testada e confirmada através do cálculo dos valores de Skewness e Kurtosis, dos respectivos histogramas.

Como a amostra foi constituída por 62 indivíduos, recorreu-se à estatística paramétrica onde se utilizou o teste T-Student para verificar as diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Para analisar a existência de correlação estatisticamente significativa entre as variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson.

A totalidade dos dados recolhidos foram analisados através do programa informático SPSS “*Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0 for Windows*”. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$, valor usualmente assumido para pesquisas em Ciências Sociais e Humanas.

Resultados

A estatística descritiva referente aos resultados da aplicação dos diversos instrumentos no grupo com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos e no grupo com mais de 75 anos encontra-se descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Estatística descritiva dos resultados da aplicação dos diversos instrumentos no grupo 65-75anos e no grupo mais de 75 anos

Grupo	Variável	N	MI	MA	M	DP
65 - 75 anos	MMSE	15	12	28	21.53	5.30
	RGSE	15	17	33	23.07	3.92
	GSES	15	15	40	26.47	8.20
	PSS	15	24	57	43.80	7.61
	WHO5	15	7	26	17.13	4.90
Mais 75 anos	MMSE	47	10	29	21.49	4.92
	RGSE	47	10	32	20.32	4.94
	GSES	47	11	37	29.53	5.93
	PSS	47	26	57	39.32	7.74
	WHO5	47	5	25	15.17	4.94

N - número total de sujeitos; MI - mínimo; MA - máximo; M - média e DP - desvio padrão; MMSE - Mini Exame do Estado Mental; RGSE - Escala de Autoestima; GSES - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada; PSS - Escala do Stress Percecionado; WHO5 - Índice de Bem-Estar.

Os coeficientes de correlação bivariada simples entre os resultados do Mini Exame do Estado Mental e os resultados dos restantes questionários estão referenciados na Tabela 2.

Tabela 2. Correlação bivariada simples entre o resultado do Mini Exame do Estado Mental e os resultados dos restantes questionários

Grupo		r	p
65 - 75 anos	RGSE	-0.11	0.71
	GSES	0.20	0.48
	PSS	-0.30	0.29
	WHO5	-0.24	0.38
Mais 75 anos	RGSE	0.01	0.94
	GSES	0.32	0.03*
	PSS	-0.36	0.01*
	WHO5	-0.02	0.92

* $p < 0.05$; RGSE - Escala de Autoestima; GSES - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada; PSS - Escala do Stress Percecionado; WHO5 - Índice de Bem-Estar.

No grupo de sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis em análise. No grupo mais de 75 anos verifica-se que há correlação estatisticamente significativa ($p=0,03$) entre os resultados do Mini Exame do Estado Mental e da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada, sendo esta correlação diretamente proporcional. Ainda neste grupo pode-se observar que há correlação estatisticamente significativa ($p=0.01$) entre o Mini Exame do Estado Mental e a Escala do Stress Percecionado, sendo esta correlação inversamente proporcional.

Os resultados do Teste T-Student para verificar as diferenças entre o grupo de 65-75 anos e o grupo mais de 75 anos nos diferentes questionários são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados do Teste T-Student para examinar diferenças entre o grupo de 65-75 anos e o grupo mais de 75 anos no resultado da aplicação dos diferentes instrumentos

	65-75 anos			mais 75 anos			p
	N	M	DP	N	M	DP	
MMSE	15	21.75	5.20	47	21.71	4.82	0.96
RGSE	15	23.44	4.07	47	20.63	4.90	0.04*
GSES	15	26.06	8.09	47	30.14	7.11	0.06
PSS	15	43.56	7.41	47	39.67	7.72	0.08
WHO5	15	17.44	4.88	47	15.33	5.07	0.15

* $p \leq 0.05$; M - média; DP- desvio padrão; MMSE - Mini Exame do Estado Mental; RGSE - Escala de Autoestima; GSES - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada; PSS - Escala do Stress Percecionado; WHO5 - Índice de Bem-Estar.

Nos grupos 65-75 anos e mais de 75 anos, observou-se que apenas há diferenças estatisticamente significativas ($p=0.04$) na Escala de Autoestima.

Os resultados do Teste T-Student para verificar as diferenças entre o grupo com déficit cognitivo e o grupo sem déficit cognitivo nas diferentes variáveis são descritos na Tabela 4.

Tabela 4. Resultado do Teste T-Student para examinar diferenças entre o grupo com déficit cognitivo e o grupo sem déficit cognitivo, nas diversas variáveis

	Com déficit cognitivo			Sem déficit cognitivo			p
	N	M	DP	N	M	DP	
RGSE	42	20.36	5.09	20	22.30	4.05	0.14
GSES	42	28.29	6.97	20	29.85	5.82	0.39
PSS	42	40.69	8.34	20	39.80	6.99	0.68
WHO5	42	15.43	5.15	20	16.10	4.67	0.62

* $p \leq 0.05$; N - número total de sujeitos; M - média; DP- desvio padrão; RGSE - Escala de Autoestima; GSES - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada; PSS - Escala do Stress Percecionado; WHO5 - Índice de Bem-Estar.

Relativamente aos grupos com e sem déficit cognitivo, verificou-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nos resultados dos diversos instrumentos.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar o efeito da idade e do défice cognitivo na autoestima, na autoeficácia, no bem-estar e no stress de idosos institucionalizados.

Quanto ao défice cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental, o grupo de 65-75 anos e o grupo mais de 75 anos apresentaram uma pontuação média de 21.53 ± 5.30 e 21.49 ± 4.92 , respetivamente. Estes resultados são ligeiramente superiores à média obtida por Pena (2011), num estudo realizado em Coimbra, que revelou uma pontuação média de 20.94 ± 6.3 , e dois estudos norte-americanos, o de Wilkins et al. (2007), que obteve uma média de 19.1 ± 7.74 , e o de Guerrero-Berroa et al. (2009), que registou uma média de 19.0 ± 4.27 . Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que para os sujeitos participarem no presente estudo, tinham de obter no Mini Exame do Estado Mental uma pontuação superior a 9.

De acordo com os dados apresentados no presente estudo verifica-se que no grupo de mais de 75 anos existe uma correlação direta entre o resultado do Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada. Esta correlação evidencia que nos sujeitos com idades superiores aos 75 anos, quanto menor for o défice cognitivo maior será o seu nível de autoeficácia. Estes resultados vão de encontro ao que está descrito por Bandura (1977) que postula que segundo a teoria social cognitiva, a força das convicções dos indivíduos está diretamente relacionada com a sua eficácia em desempenhar determinada tarefa. Deste modo, e de acordo com esta teoria, os sujeitos com menor défice cognitivo apresentarão um maior nível de autoeficácia, uma vez que devido ao facto de terem menores limitações (menor défice cognitivo) leva a que tenham convicções mais fortes e conseqüentemente sejam mais eficazes. Na pesquisa efetuada na literatura, não foram encontrados estudos que relacionassem o Mini Exame do Estado Mental com a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada, o que revela que este tema está pouco estudado e mais estudos nesta área serão necessários. Ainda no grupo mais de 75 anos, observou-se que há uma correlação inversamente proporcional entre o Mini Exame do Estado Mental e a Escala do Stress Percecionado. Este facto demonstra que neste grupo quanto maior o défice cognitivo maior o nível de stress percecionado pelos indivíduos. Estes resultados são semelhantes aos resultados obtidos por Aggarwal et al. (2014) que ao avaliarem o stress percecionado e a sua relação com alterações da função cognitiva de 6207 idosos, verificaram que o aumento

do nível de stress está associado com o declínio da função cognitiva. Apesar dos estudos existentes na literatura relativos à temática dos efeitos do défice cognitivo no stress serem escassos, as evidências apontam para uma tendência da existência de uma relação entre o défice cognitivo e a exposição ao stress (Lupien et. al., 2009; Comijs et. al., 2011), estando assim os resultados deste estudo em linha com o descrito na literatura.

Quanto aos grupos 65-75 anos e mais de 75 anos, observou-se que apenas há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na Escala de Autoestima. Esta evidência mostra que há diferenças no nível de autoestima em função da idade, estando assim estes resultados em consonância com os resultados obtidos por Shaw et al. (2010) que num estudo longitudinal que decorreu durante um período de 16 anos, com 3617 adultos, concluíram que apesar da grande variabilidade dos níveis de autoestima e as taxas de mudança ao longo da vida, parece existir um padrão que de uma forma geral mostra que os níveis de autoestima aumentam no início da idade adulta mas à medida que a idade avança os níveis de autoestima diminuem. Apesar de existir uma falta de consenso nesta matéria, os resultados do presente estudo vão ao encontro das evidências demonstradas nos estudos de MucMullin & Cairney (2004) e de Robins et. al. (2002) que ao analisarem os níveis de autoestima de 326641 indivíduos, com idades compreendidas entre os 9 e os 90 anos, concluíram que os níveis de autoestima variam em função da idade, verificando-se uma diminuição acentuada dos níveis à medida que se vai envelhecendo.

Relativamente aos grupos com défice cognitivo e sem défice cognitivo, não se verificaram diferenças entre os grupos na autoestima, autoeficácia, bem-estar e stress. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de os dois grupos estarem institucionalizados, o que faz com que todos os sujeitos apresentem uma tendência para terem uma diminuição dos seus índices de autoestima, autoeficácia e bem-estar fazendo assim com que não haja diferenças entre eles (Fernandes, 2000; Anacleto et. al., 2004; Pereira, 2012)

Conclusões

No presente estudo, no grupo mais de 75 anos foram encontradas evidências de que existe uma correlação direta entre os níveis de cognição e de autoeficácia, o que implica que quanto menor o défice cognitivo maior a eficácia do individuo. Neste mesmo grupo também se verificou uma correlação inversa entre os níveis de cognição e de stress, ou seja quanto maior o défice cognitivo maior será o nível de stress. Nos

grupos 65 – 75 anos e mais de 75 anos apenas se observaram diferenças nos níveis de autoestima, revelando assim que a idade provoca efeitos nos níveis de autoestima. Relativamente aos grupos com e sem défice cognitivo não se verificaram diferenças entre os mesmos na autoestima, autoeficácia, bem-estar e stress. Considerando os escassos estudos e a falta de consenso existente na literatura, relativamente às temáticas abordadas, futuras pesquisas serão necessárias de forma a colmatar as lacunas existentes.

Referências

- Aggarwal, N. T., Wilson, R. S., Beck, T. L., Rajan, K. B., Mendes de Leon, C. F., Evans, D. A., & Everson-Rose, S. A. (2014). Perceived Stress and Change in Cognitive Function Among Adults Aged 65 and Older. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 80–85.
- Anacleto, M. I. C., Souza, A. S. Angelis, G., Pereira M. P. (2004). A mortificação do eu. Vivências psicológicas de idosos institucionalizados. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 5(5),50-55.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy the exercise of control*. New York. W. H. Freeman and company.
- Baumeister, R. F. (1994). Self-esteem. In V.S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior*. Vol. 4, New York: Wiley. 83 – 87.
- Cardoso, R. M. (2002), *O stress nos Professores Portugueses. Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Colcombe S. J., Erickson K. I., Raz N., Webb A. G., Cohen N. J., McAuley E. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal Gerontology – Series A Biological Sciences and Medical Sciences*.58:176-80.
- Comijs H. C., Van den Kommer T. N., Minnaar R. W., Penninx B. W., Deeg D. J. (2011) Accumulated and differential effects of life events on cognitive decline in older persons: depending on depression, baseline cognition, or ApoE epsilon4 status? *Journal of Gerontology: Série B Psychology Sciences Society Science*, 66(1).
- Diener, E. (2008). Positive Psychology: Past, Present and Future. *Positive Psychology*. Chapter 2, pp. 07-12.
- Diener, E; Suh, E.; Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*. (125) 2, 276-302.

- Fernandes, J. M. M. B. L. (2000). Qualidade de vida e auto eficácia em idosos institucionalizados. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189-198.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjectivo. Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*. (12) 1, 43-50.
- Gonçalves R., Gurjão A. L. D., Gobbi S. (2007). Efeitos de oito semanas do treinamento de força na flexibilidade de idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 9(2):145-53.
- Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M. A., Dahlman, K., Grossman, H. T., Haroutunian, V., & Beerli, M. S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (12), 1429-37.
- Krawczynski M., Olszewski H. (2000). Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. *Psychology of Sport and Exercise*. 1(1): 57-63.
- Lamoure, J. R. P. H. (2014). Optimizing cognitive functionality in severe mental illness. An evidenceinformed medicine clinician primer. *Medical Science* . 3(5).
- Lupien S. J., McEwen B .S., Gunnar M. R., Heim C. (2009). Efeito do estresse durante todo o tempo de vida sobre o cérebro, comportamento e cognição. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 434-45.
- Mazzeo R. S., Cavanag P., Evans W. J., Fiatarone M. A., Hagberg J., McAuley E. (1998). Exercício e atividade física para pessoas idosas. *Revista Brasileira Atividade Física e Saúde*. 3(1):48-78.
- McMullin J. A., Cairney J. (2004) Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18, 75–90.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C, Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Nunes, L. (1999). Colecção: Desporto e Tempos Livres. *A prescrição da Actividade Física*. Editorial Caminho, SA. Lisboa.
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalém, M. (1999). A Escala de Auto-Eficácia Geral *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2).

- Organização Mundial de Saúde (2012). *The 2000 Revision*. Consultado em Janeiro de 2012, disponível em: www.un.org/esa/population/unpop.htm.
- Pena, I.T. (2011). Defeito cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida em idosos sob resposta social do concelho de Coimbra. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática de Gerontologia- Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu.
- Rabelo, D.F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79.
- Ribeiro, J. L. P. (1995), Adaptação de uma escala de auto-eficácia geral. *Actas da III Conferencia Internacional: Formas e contextos*. Braga: APPORT. 3. 163-176.
- Robins R. W., Trzesniewski K. H., Tracy J. L., Gosling S. D., Potter J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Shaw, B. A., Liang, J., & Krause, N. (2010). Age and Race Differences in the Trajectories of Self-Esteem. *Psychology and Aging*, 25(1), 84–94.
- WHO, Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care / The DepCare Project*. Report on a WHO meeting. Stockholm: The World Health Organization Regional Office for Europe; Report EUR/ICP/QCPH 05 01 03.
- Wilkins, C. H., Wilkins, K. L., Meisel, M., Depke, M., Williams, J., & Edwards, D. F. (2007). Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11).

5 Conclusão

A sociedade está a ficar cada vez mais envelhecida, pelo que se torna imperativo desenvolver um conjunto de medidas que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos. O presente estudo surge neste sentido procurando compreender alguns aspectos psicológicos de idosos institucionalizados, com o objetivo de posteriormente se poderem criar estratégias que permitam melhorar o bem-estar desta população.

As conclusões alcançadas neste estudo revelam que no grupo mais de 75 anos há evidências de que existe uma correlação direta entre os níveis de cognição e de autoeficácia, o que implica que quanto menor o défice cognitivo, maior a eficácia do indivíduo. Neste mesmo grupo também se verificou uma correlação inversa entre os níveis de cognição e de stress, ou seja, quanto maior o défice cognitivo, maior será o nível de stress. Pelo exposto, nas hipóteses testadas referentes às correlações para as hipóteses 1 e 3 aceitou-se H0 e para as hipóteses 2 e 4 aceitou-se H1. Nos grupos 65 – 75 anos e mais de 75 anos apenas se observaram diferenças nos níveis de autoestima, revelando assim que a idade provoca efeitos a este nível. Deste modo, nas hipóteses testadas relativas às diferenças entre a idade e as restantes variáveis, nas hipóteses 6, 7 e 8 aceitou-se H0 e na hipótese 5 aceitou-se H1. Relativamente aos grupos com e sem défice cognitivo não se verificaram diferenças entre eles na autoestima, autoeficácia, bem-estar e stress, como tal nas hipóteses 9, 10, 11 e 12 aceitou-se H0.

Esta investigação também contou com alguns constrangimentos, uma vez que apenas foi possível reunir 5 sujeitos do género masculino para integrar a amostra, como tal, devido ao número reduzido, estes não foram considerados no estudo. De salientar ainda que inicialmente estava prevista a inclusão dos efeitos do exercício físico na temática em estudo, no entanto, e apesar do esforço realizado por toda a equipa, não foi possível recolher informação suficiente para integrar esta variável nesta pesquisa.

Considerando os escassos estudos e a falta de consenso existente na literatura relativamente às temáticas abordadas, pesquisas futuras serão necessárias de forma a colmatar as lacunas existentes. Em futuras investigações, sugere-se que além de se continuar a investigar os efeitos da idade e do défice cognitivo na autoestima, autoeficácia, bem-estar e stress, seja também acrescido o estudo dos efeitos do exercício físico, através de um estudo de intervenção.

6 Referências Bibliográficas

- Aggarwal, N. T., Wilson, R. S., Beck, T. L., Rajan, K. B., Mendes de Leon, C. F., Evans, D. A., & Everson-Rose, S. A. (2014). Perceived Stress and Change in Cognitive Function Among Adults Aged 65 and Older. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 80–85.
- Anacleto, M. I. C., Souza, A. S. Angelis, G., Pereira M. P. (2004). A mortificação do eu. Vivências psicológicas de idosos institucionalizados. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 5(5),50-55.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy the exercise of control*. New York. W. H. Freeman and company.
- Baumeister, R. F. (1994). Self-esteem. In V.S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior*. Vol. 4, New York: Wiley. 83 – 87.
- Brown, J. & Marshall, M. (2001). Self-esteem and emotion: Some thoughts about feelings. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 27(5). 575 – 584.
- Burns, R. B. (1986). *The Self-concept, Theory, Measurement and Behavior*. Essex: Longman.
- Cardoso, R. M. (2002), *O stress nos Professores Portugueses. Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Carless, D. & Fox, K. (2003). *The Physical Self*. In Everelt, T., Donaghy, M. Feaver, S. (Eds), London, Butterwoth-Heiseman. 69 – 81.
- Carpeta, C.; Ramires, A. C. & Viana, M. F. (2001). Autoconceito e participação desportiva. *Análise psicológica*, 1 (XIX), 51-58.
- CDC. (2009). Physical activity is essential to healthy aging. Consultado em Janeiro de 2013, disponível em: <http://cdc.gov>.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 24(4), 385-395.

- Colcombe S. J., Erickson K. I., Raz N., Webb A. G., Cohen N. J., McAuley E. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal Gerontology – Series A Biological Sciences and Medical Sciences*.58:176-80.
- Comijs H. C., Van den Kommer T. N., Minnaar R. W., Penninx B. W., Deeg D. J. (2011) Accumulated and differential effects of life events on cognitive decline in older persons: depending on depression, baseline cognition, or ApoE epsilon4 status? *Journal of Gerontology: Série B Psychology Sciences Society Science*, 66(1).
- Correia, M. L. (1989). *Crianças que repetem o ano na escola primária: Como se auto percebem e auto-avaliam*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Couto M.C.P.P., Novo R., Soares P.S., (2009). Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro – ageismo. *Psicologia: Teoria e Prática*. Brasília, 25 (4), 509-518.
- Diener, E. (2008). Positive Psychology: Past, Present and Future. *Positive Psychology*. Chapter 2, pp. 07-12.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*. 40, 189 – 216.
- Diener, E; Suh, E.; Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*. (125) 2, 276-302.
- Diogo, M. (2003). Satisfação global com a vida em determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 13(6).
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R. W., Konopack, J.F. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Annals of Behavior Medicine*. 30 (2).
- Fernandes, J. M. M. B. L. (2000). Qualidade de vida e auto eficácia em idosos institucionalizados. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Ferreira, J. P. L. (1997). *A influência de variáveis biossociais e de aptidão física na evolução do auto-conceito/imagem corporal em jovens entre os 14/16 e os 17/19 anos de idade com e sem sucesso escolar*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Ferreira, J. P.; Gaspar, P. M., Campos, M. J. & Senrra, C. M. (2001). Auto-eficácia, competência física e autoestima em praticantes de basquetebol com e sem deficiência. *Motricidade*. 7 (1), 55-58.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189-198.
- Fox, K. H. (1997). The physical self and processes in self-esteem development, In K. R. Fox (Ed.). *The physical self from motivation to wellbeing*. Champaign, Illinois: Human Kinetics. 11.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Health Nutrition*. 2 (3a), 422-418.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*. 31, 228–240.
- Fox, K. & Corbin, C. (1989). The physical self perception profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport and exercise psychology*, 11, 408-430.
- Gecas, V. (1982). The Self-concept, *Annual review of sociology*, 8, 1 – 33.
- Giacomini, C. (2004). Bem-estar subjetivo. Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*. (12) 1, 43-50.
- Gonçalves R., Gurjão A. L. D., Gobbi S. (2007). Efeitos de oito semanas do treinamento de força na flexibilidade de idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 9(2):145-53.
- Greenwald, A., et al. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109 (1) 3 – 25.

- Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M. A., Dahlman, K., Grossman, H. T., Haroutunian, V., & Beeri, M. S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (12), 1429-37.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept, In B.A. Bracken (Ed.). *Handbook of self-concept*. New York: Wiley. 1 – 37.
- Krawczynski M., Olszewski H. (2000). Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. *Psychology of Sport and Exercise*. 1(1): 57-63.
- Lamoure, J. R. P. H. (2014). Optimizing cognitive functionality in severe mental illness. An evidenceinformed medicine clinician primer. *Medical Science* . 3(5).
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349 – 357.
- Li, F., Harmer, P., Chaumeton, N. R., Duncan, T. E., & Duncan, S. C. (2002). Tai chi as a means to enhance self-esteem: A randomized controlled trial. *Journal of Applied Gerontology*. 21, 70–89.
- Lupien S. J., McEwen B .S., Gunnar M. R., Heim C. (2009). Efeito do estresse durante todo o tempo de vida sobre o cérebro, comportamento e cognição. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 434-45.
- Marsh, H. W. & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107 – 125.
- Marsh, H. W., Perry, C., Horsely, C., & Roche, L. (1994). Multidimensional physical self-concepts of elite athletes: How do they differ from the general population. *Journal Sport and Exercise Psychology*, (17) 70 – 83.
- Mazzeo R. S., Cavanag P., Evans W. J., Fiatarone M. A., Hagberg J., McAuley E. (1998). Exercício e atividade física para pessoas idosas. *Revista Brasileira Atividade Física e Saúde*. 3(1):48-78.

- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T. E., & Mihalko, S. L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 131–139.
- McMullin J. A., Cairney J. (2004) Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18, 75–90.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C, Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Nunes, L. (1999). Coleção: Desporto e Tempos Livres. *A prescrição da Actividade Física*. Editorial Caminho, SA. Lisboa.
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalém, M. (1999). A Escala de Auto-Eficácia Geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2).
- Organização Mundial de Saúde (2012). *The 2000 Revision*. Consultado em Janeiro de 2012, disponível em: www.un.org/esa/population/unpop.htm.
- Opdenacker, J., Delecluse, C., & Boen, F. (2009). The longitudinal effects of a lifestyle physical activity intervention and a structured exercise intervention on physical self-perceptions and self-esteem in older adults. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 31, 743–760.
- Peixoto, F. (1996). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceito(s) e na auto-estima de adolescentes. In M. A. Martins (Ed.). *Dinâmicas Relacionais e Eficiência Educativa*, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 51 – 69.
- Pena, I.T. (2011). Defeito cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida em idosos sob resposta social do concelho de Coimbra. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática de Gerontologia- Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu.
- Rabelo, D.F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79.

- Ribeiro, J. L. P. (1995), Adaptação de uma escala de auto-eficácia geral. *Actas da III Conferencia Internacional: Formas e contextos. Braga: APPORT. 3.* 163-176.
- Robins R. W., Trzesniewski K. H., Tracy J. L., Gosling S. D., Potter J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging, 17*, 423–434.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rusticus, S. A., Hubley, A. M., Zumbo, B. D. (2004). *Cross-National Comparability of the Rosenberg Self-Esteem Scale*. Paper presented at the 112th Convention of the American Psychological Association, Honolulu, Hawaii.
- Ryff C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of Psychological Well-Being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
- Schmitt D.P. & Allik J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: exploring the universal and culture-specific features of global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology. 89*, 623–642.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation if consctruct interpretations. *Review of Educational Research, 46*, 407 – 411.
- Shaw, B. A., Liang, J., & Krause, N. (2010). Age and Race Differences in the Trajectories of Self-Esteem. *Psychology and Aging, 25*(1), 84–94.
- Sonstroem, R. J., & Morgan, W. P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise. 21*, 329–337.
- Souza, I. M. (1996). Problemas de Aprendizagem. *Cadernos de Divulgação Cultural*. Bauru, EDUSC
- Spence, J. C., McGannon, K. R., & Poon, P. (2005). The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review. *Journal of Sport & Exercise Psychology. 27*, 311–334.

- Tafarodi, R. & Milne, A. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70(4), 443 – 483.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 6, (2), 101 – 110.
- WHO, Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care / The DepCare Project*. Report on a WHO meeting. Stockholm: The World Health Organization Regional Office for Europe; Report EUR/ICP/QCPH 05 01 03.
- Wilkins, C. H., Wilkins, K. L., Meisel, M., Depke, M., Williams, J., & Edwards, D. F. (2007). Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11).
- Wood, S. E. & Wood, E. G. (1999). *The world of psychology*. 3th ed., Boston: Allyn and Bacon.

Anexos



QUESTIONARIO BISSOCIAL

QBIOS

1	Nome completo: _____
2	Qual a sua idade? _____
3	Sexo 1. Masculino 2. Feminino
4	Estado civil: 1.Solteiro 2. Casado/união de fato 3.Viúvo 4.Separado/divorciado
5	Escolaridade: 1.Nunca frequentou a escola 2.Não completou Primário 3.Primário 4.Preparatório 5.Secundário 6.Ensino profissional 7.Universitário
6	Naturalidade (Concelho): _____
7	Residência (Concelho): _____
8	Onde vive atualmente? 1.Casa própria 2.Lar 3.Casa dos filhos 4.Casa dos parentes
9	Pratica exercício físico/ginástica de manutenção/ginásio? 1. Sim 2.Não
10	Qual a frequência semanal? 1.Uma vez 2.Duas vezes 3.Três vezes 4.Quatro vezes ou mais

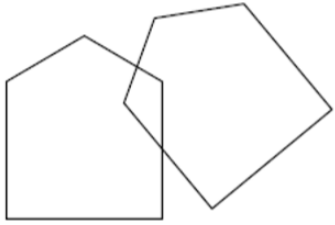
Mini Exame do Estado Mental
(Guerreiro et al., 1994; Morgado et al. 2009)

MMSE-p

I	Orientação (Um ponto por cada resposta certa)
1	Em que ano estamos? _____
2	Em que mês estamos? _____
3	Em que dia do mês estamos? _____
4	Em que dia da semana estamos? _____
5	Em que estação do ano estamos? _____
6	Em que país estamos? _____
7	Em que distrito vive? _____
8	Em que terra vive? _____
9	Em que casa estamos? _____
10	Em que andar estamos? _____
Pontos: _____	
II	Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)
11	“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as dizer todas, procure sabê-las de cor”:
(PÊRA – GATO – BOLA)	
Pontos: _____	
III	Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair, consideram-se as seguintes como corretas. Pára ao fim de 5 respostas)
12	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar” 30__27__24__21__18__15__
Pontos: _____	
IV	Evocação (um ponto por cada resposta correta)
13	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar” (Pêra – Gato – Bola)
Pontos: _____	

Mediação hormonal do exercício na cognição, no estresse e na imunidade.

CIDAF - Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física
- Utilização sujeita a autorização prévia -

V	Linguagem (um ponto por cada resposta correta)	
14	“Como se chama isto?” Mostrar os objetos: Relógio e lápis	Pontos: _____
15	"Repita a frase que eu vou dizer: “O RATO ROEU A ROLHA"	Pontos: _____
16	“Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos. a) Pega com a mão direita; b) Dobra ao meio; c) Coloca onde deve	Pontos _____
17	“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “ FECHE OS OLHOS ”; sendo analfabeto lê-se a frase. <i>Fechou os olhos</i>	Pontos _____
18	“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. Frase: _____	Pontos _____
VI	Habilidade construtiva (um ponto pela cópia correta do desenho)	
19	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.	
	Desenho	Cópia
		
		Pontos _____

Mediação hormonal do exercício na cognição, no estresse e na imunidade.

CIDAF - Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física
- Utilização sujeita a autorização prévia -

Avaliação Autoestima Global

(Ferreira, 2010, Rosenberg 1965)

RGSE-p

Para cada item faça uma cruz sobre o retângulo que corresponde à conceção de valor que tem por si próprio(a):					
		Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1	No geral, estou satisfeito comigo mesmo.	<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"/>

Mediação hormonal do exercício na cognição, no estresse e na imunidade.

CIDAF - Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física

- Utilização sujeita a autorização prévia -

Avaliação Autoeficácia Geral percebida

(Nunes; Schwarzer & Jerusalém, 1999)

GSEE-p

Para cada item faça uma cruz sobre o retângulo que corresponde à conceção de valor que tem por si próprio(a):					
		De modo nenhum é verdade	Difícilmente é verdade	Moderadamente verdade	Exatamente Verdade
1	Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mediação hormonal do exercício na cognição, no estresse e na imunidade.

CIDAF - Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física

- Utilização sujeita a autorização prévia -



• U

• C •

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

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
INSTITUTO DE PESQUISA, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Nº de ordem _____

Índice de Bem-Estar da Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1998)

WHO-5

Por favor, para cada uma das cinco afirmações seguintes indique o número que define melhor o modo como se tem sentido nas duas últimas semanas.

	<i>Nas duas últimas semanas...</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais que a metade do tempo	Menos que a metade do tempo	De vez em quando	Nunca
1	Tenho-me sentido animado e de bom humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tenho-me sentido calmo e relaxado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tenho-me sentido ativo e com energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tenho acordado sentindo-me bem e descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	A minha vida diária tem sido preenchida por coisas que me interessam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mediação hormonal do exercício na cognição, no estresse e na imunidade.

CIDAF - Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física

- Utilização sujeita a autorização prévia -

Perceção face ao estresse

(Mota-Cardoso, 2002)

PSS-14

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão, escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

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

Mediação hormonal do exercício na cognição, no estresse e na imunidade.

CIDAF - Centro de Investigação em Desporto e Atividade Física

- Utilização sujeita a autorização prévia -