

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Isabel Reis Belo da Silva

**APTIDÃO FÍSICA, MOTIVAÇÃO  
E QUALIDADE DE VIDA**  
ESTUDO ENTRE PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE  
BOCCIA SÉNIOR

**Dissertação no âmbito do mestrado em Exercício e Saúde em Populações  
Especiais orientada pelo Professor Doutor José Pedro Ferreira e  
Professor Doutor Hugo Sarmento, apresentada à Faculdade de Ciências  
do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra**

Janeiro de 2021

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física  
da Universidade de Coimbra

**APTIDÃO FÍSICA, MOTIVAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA:  
ESTUDO ENTRE PRATICANTES E NÃO PRATICANTES  
DE BOCCIA SÉNIOR**

Isabel Reis Belo da Silva

Dissertação de mestrado na área do Exercício e Saúde em Populações Especiais orientada pelo Professor Doutor José Pedro Leitão Ferreira e Professor Doutor Hugo Miguel Borges Sarmento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra

Janeiro de 2021



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Silva, I. (2021). *Aptidão Física, Motivação e Qualidade de Vida: Estudo entre praticantes e não praticantes de Boccia Sénior*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o amor, apoio incondicional, paciência e incentivo, me deram durante toda a minha vida, e que, mesmo estando longe, acreditam em mim e não me deixam desistir dos meus sonhos.

Aos meus orientadores, Professor Doutor José Pedro Leitão Ferreira e Professor Doutor Hugo Miguel Borges Sarmiento pela disponibilidade e apoio demonstrado ao longo deste estudo.

À minha Madrinha e co-padrinho, por toda a disponibilidade e apoio desde que estou neste mundo e por serem os “irmãos de coração” dos meus pais.

Às minhas companheiras e amigas desta viagem universitária, Magda, Diana e Sofia, por toda a ajuda, companheirismo e amizade que tornaram este trajeto mais fácil e incrível através de muitas histórias com alegria e tristeza à mistura.

À Tia Ana, por cuidar de mim como uma filha, por todo o apoio incondicional e por me ter acolhido na sua casa e na sua família.

À Marta Mascarenhas, por ser uma amiga e colega incrível, por todo o apoio incondicional, companhia, paciência, aprendizagens e pelo que está para vir.

Aos participantes deste estudo, por o terem tornado possível, obrigado por toda a disponibilidade.

À “irmã do coração” por não me deixar desistir, por me fazer sempre sorrir, e estar do meu lado nos bons e maus momentos.

A todos, o meu sincero obrigada.

## Resumo

O estudo teve como objetivo estudar a influência da prática da modalidade de Boccia na população sénior em relação à aptidão física, motivação e qualidade de vida e se esta prática tem um impacto positivo nas suas vidas. Para a obtenção dos dados, foram aplicados dois questionários aos 18 participantes, sendo 8 praticantes e 10 não praticantes da modalidade: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida [IAQdV (2009)] e o *Goal Content for Exercise Questionnaire* portuguesa [GCEQp (2013)]. A amostra é composta por indivíduos de ambos os géneros residentes em lares ou que frequentem centro de dia, com idades compreendidas entre os 63 e os 96 anos de idade. Foi utilizado o SPSS 26.0 para a análise e tratamento de dados. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na globalidade dos fatores estudados de acordo com a prática da modalidade. Contudo, existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do género feminino que praticam em relação ao fator “saúde e doença” ( $\text{sig}=0,009$ ), do IAQdV (2009), em relação aos indivíduos do género feminino que não praticam, podendo estes ter uma melhor sensação em relação ao fator apresentado. Observou-se também um valor marginal no que diz respeito ao fator “relações sociais” ( $\text{sig}=0,064$ ), do IAQdV (2009). Foram observadas 15 correlações estatisticamente significativas, fortes e positivas, nos fatores do GCEQp [(2013) (manutenção da saúde, desenvolvimento das capacidades, afiliação social, objetivos e imagem e reconhecimento social)] e nos fatores do IAQdV [(2009) (saúde e doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico)]. Os indivíduos do estudo deram uma maior importância ao fator “vida independente” e, devido às suas idades, quando melhor a sua independência, melhor a sua qualidade de vida, havendo assim uma ligação entre a prática de atividade física com a qualidade de vida. No presente estudo, existem diferenças nos sujeitos do género feminino que praticam e não praticam Boccia em relação à qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Atividade física; Boccia Sénior; Envelhecimento; Qualidade de Vida, Motivação.

## **Abstract**

The study aimed to study the influence of the practice of the Boccia modality in the senior population in relation to physical fitness, motivation and quality of life and whether this practice has a positive impact on their lives. To obtain the data, two questionnaires were applied to the 18 participants, 8 practitioners and 10 non-practitioners of the modality: Quality of Life Assessment Instrument [IAQdV (2009)] and the Goal Content for Exercise Questionnaire portuguese [GCEQp (2013)]. The sample consists of individuals of both genders living in homes or attending day care centers, aged between 63 and 96 years old. SPSS 26.0 was used for data analysis and treatment. There were no statistically significant differences in the totality of the factors studied according to the practice of the modality. However, there are statistically significant differences between female individuals who practice in relation to the factor "health and illness" (sig = 0.009), from the IAQdV (2009), in relation to female individuals who do not practice, and these may have a better feeling in relation to the presented factor. A marginal value was also observed with regard to the factor "social relations" (sig = 0.064), from IAQdV (2009). There were 15 statistically significant, strong and positive correlations in the factors of the GCEQp [(2013) (health maintenance, capacity development, social affiliation, objectives and image and social recognition)] and in the factors of the IAQdV [(2009) (health and disease, independent life, social relationships, senses and psychological well-being)]. The individuals in the study gave greater importance to the "independent life" factor and, due to their ages, the better their independence, the better their quality of life, thus having a connection between the practice of physical activity and the quality of life. In the present study, there are differences in the female subjects who practice and do not practice Boccia in relation to quality of life.

**Keywords:** Physical activity; Senior Boccia; Aging; Quality of Life, Motivation.

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| Lista de Abreviaturas .....  | 9         |
| Índice de Figuras .....  | 10        |
| Índice de Tabelas .....  | 11        |
| <b>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>12</b> |
| 1.1. Preâmbulo.....  | 13        |
| 1.2. Apresentação Geral do Problema.....                                       | 13        |
| 1.3. Pertinência do Estudo.....  | 14        |
| 1.4. Enunciado do Problema .....   | 15        |
| 1.5. Definição dos Objetivos e das Hipóteses .....                             | 15        |
| 1.6. Estrutura do Estudo.....  | 16        |
| <b>CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                                 | <b>18</b> |
| 2.1. Saúde .....   | 19        |
| 2.2. Envelhecimento.....   | 21        |
| 2.3. O Conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável.....                        | 23        |
| 2.3.1. Atividade Física e a População Idosa .....                              | 26        |
| 2.3.2. Benefício da Atividade Física para a População Idosa.....               | 27        |
| 2.3.3. A motivação para a prática de Atividade Física na População Idosa ..... | 28        |
| 2.4. Qualidade de Vida .....   | 29        |
| 2.5. Atividade Física.....   | 31        |
| 2.6. Sedentarismo .....  | 33        |
| 2.7. Boccia como Modalidade Desportiva .....                                   | 34        |
| 2.7.1. Boccia em Portugal .....  | 34        |
| 2.7.2. Boccia Sénior.....  | 35        |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA .....</b>   | <b>37</b> |
| 3.1. Seleção da Amostra.....   | 38        |

|   |    |
|---|----|
| 3.2. Caraterização da Amostra.....                              | 38 |
| 3.3. Caraterização das Variáveis em Estudo.....                 | 39 |
| 3.3.1. Variáveis Dependentes .....                              | 39 |
| 3.3.2. Variáveis Independentes.....                             | 39 |
| 3.4. Instrumentos de Medida .....                               | 40 |
| 3.4.1 Bateria de testes de Rikli e Jones (1999).....            | 40 |
| 3.4.2 Questionário sobre Motivação – GCEQp (2013).....          | 40 |
| 3.4.3 Questionário sobre Qualidade de Vida – IAQdV (2009) ..... | 41 |
| 3.5. Procedimentos .....  | 42 |
| 3.5.1 Considerações Éticas .....                                | 43 |
| 3.6. Tratamento e Análise de Dados.....                         | 44 |
| CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....                  | 45 |
| CAPÍTULO V: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....                      | 55 |
| 5.1. Limitações do estudo .....                                 | 60 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO .....                                    | 62 |
| CAPÍTULO VII: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                  | 66 |
| CAPÍTULO VIII: ANEXOS.....                                      | 72 |
| ANEXO I – Contacto com as Instituições .....                    | 73 |
| ANEXO II – Consentimento Informado .....                        | 73 |
| ANEXO III – Bateria de Questionários .....                      | 76 |



## **Lista de Abreviaturas**

ACSM – American College of Sports Medicine

AF – Atividade Física

AVDs – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

GCEQp – Goal Content for Exercise Questionnaire

INE – Instituto Nacional de Estatística

IAQdV – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

PCAND – Paralisia Cerebral – Associação Nacional de Desporto

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

## Índice de Figuras

**Figura 1** – Determinantes para o Envelhecimento Ativo. Retirado de *Active Ageing: A Policy Framework* (WHO, 2002).....24

**Figura 2** – Atividade física e a relação com os componentes da qualidade de vida segundo Santos, A. e Simões, A. (2012).....32

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – Visão, missão, valores e princípios de acordo com a Estratégia Nacional para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (2007)..... | 25 |
| <b>Tabela 2</b> – Medidas de tendência central e dispersão da variável “idade”.....  | 38 |
| <b>Tabela 3</b> – Estatística descritiva da variável “gênero”.....   | 39 |
| <b>Tabela 4</b> – Estatística descritiva da variável “Instituição a que pertence”.....   | 39 |
| <b>Tabela 5</b> – Estatística descritiva da variável “prática de Boccia”.....  | 46 |
| <b>Tabela 6</b> – Estatística descritiva da variável “GCEQp” (2013).....   | 47 |
| <b>Tabela 7</b> – Estatística descritiva da variável “IAQdV” (2009).....   | 47 |
| <b>Tabela 8</b> – Correlação Rho de Spearman relativa ao GCEQp (2013).....   | 50 |
| <b>Tabela 9</b> – Correlação Rho de Spearman relativa ao IAQdV (2009).....   | 51 |
| <b>Tabela 10</b> – Análise das variáveis do GCEQp (2013) em função da “prática de Boccia”.....   | 52 |
| <b>Tabela 11</b> – Análise das variáveis do IAQdV (2009) em função do “prática de Boccia”.....   | 52 |
| <b>Tabela 12</b> – Análise das variáveis do GCEQp (2013) em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia”.....                                       | 53 |
| <b>Tabela 13</b> – Análise das variáveis do GCEQp (2013) em função do “gênero masculino” e “prática de Boccia”.....                                      | 53 |
| <b>Tabela 14</b> – Análise das variáveis do IAQdV (2009) em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia”.....                                       | 54 |
| <b>Tabela 15</b> – Análise das variáveis do IAQdV (2009) em função do “gênero masculino” e “prática de Boccia”.....                                      | 54 |

## **CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO**

## **1.1. Preâmbulo**

Este documento enquadrou-se no âmbito da Dissertação do Mestrado de Exercício e Saúde em Populações Especiais, com a finalidade de me especializar na área de trabalho que gostaria de exercer. Desde cedo que dedicámos muito tempo à prática desportiva, e perceber como o envelhecimento ativo e saudável pode beneficiar da realização de atividades físicas em grupo, entre elas o Boccia, pelo que se torna importante conhecer os benefícios em diversas áreas da vida da pessoa idosa.

Com a nossa ligação com a população sénior adquiriu-se o gosto por trabalhar com esta população e o ganho de experiência. Assim, quisemos avaliar os efeitos da prática de Boccia na aptidão física, motivação e qualidade de vida em idosos que praticam esta modalidade desportiva e em idosos que não praticam.

## **1.2. Apresentação Geral do Problema**

Sendo que é estimado que o número de população idosa suba de 2,2 milhões para 2,8 milhões desde 2018 até ao ano de 2080 (INE, 2019, p. 1), torna-se necessário manter esta geração em condições de saúde para ser possível haver um envelhecimento ativo e saudável, tendo em conta que, desde o ano de 2000 o número de idosos é superior ao de jovens. No ano de 2008, por cada 100 jovens residentes em Portugal havia 116,4 idosos, o que aumentou em 2018 para 159,4 (INE, 2019), sendo de esperar que o índice de envelhecimento duplique entre 2018 e 2080, passando de 159,4 para 291,0 idosos por cada 100 jovens.

Assim, é notório que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida e, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019), entre 2,5 milhões a 3,3 milhões da população esperada em 2080, por volta dos 7,5 milhões, será idosa. De um modo geral, no ano de 2050, 1 em cada 5 pessoas terá uma idade igual ou superior a 60 anos (World Health Organization, 2016).

Sabe-se que existe uma maior prevalência do nível de sedentarismo com o aumento da idade, assim praticando atividade física regular sabe-se que esta ajuda a preservar a capacidade funcional dos indivíduos, a retardar o aparecimento das mudanças fisiológicas do envelhecimento e a diminuir o risco de aparecimento e desenvolvimento

de diversas doenças crónicas (Chodzko-Zajko et al., 2009), sendo que cada vez mais se pode verificar um maior número de pessoas a viver com estas doenças em idades avançadas (Molton & Jensen, 2010).

Sabe-se que um idoso que tenha um estilo de vida ativo e uma boa condição cognitiva, acaba por ter uma saúde mental estável, devendo-se à prática de atividade física, ajudando também a prevenir a depressão e o isolamento (Stathi, Fox, & McKenna, 2002). É necessário que a população sénior pratique atividade física de modo a melhorar o seu dia-a-dia e as atividades de vida diária (AVDs), tendo em conta que ter um melhor dia significa ter uma melhor qualidade de vida (Martins, 2016), sendo que o índice de dependência de idosos pode vir a duplicar de 33,9 para 67,8 idosos por cada 100 pessoas ativas entre 2018 e 2080 (INE, 2019).

### **1.3. Pertinência do Estudo**

O conceito de qualidade de vida é importante na vida quotidiana nas pessoas de todas as faixas etárias, mas com especial atenção em indivíduos com idade superior a 60 anos. O aumento da população idosa, a redução da população jovem e as constantes alterações do estilo de vida dos indivíduos fazem com que seja cada vez mais importante fazer o estudo que centre nas temáticas relacionadas com a qualidade de vida dos mesmos. Neste sentido, é importante e necessário perceber se a prática de Boccia pode melhorar ou ajudar a manter a qualidade de vida e a aptidão física dos idosos, mas também compreender a motivação dos mesmos para a prática. Sendo que, como já mencionado, o envelhecimento da população é um dos principais fenómenos demográficos da sociedade portuguesa, é importante que esta geração se mantenha saudável.

As principais preocupações em indivíduos com idades iguais ou superiores a 60 anos centram-se, essencialmente, a nível da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar individual (Martins, 2016). Pode entender-se que a saúde está diretamente ligada a diversos fatores, tais como, a autonomia, a independência, a qualidade de vida e, por sua vez, a esperança de vida saudável (World Health Organization, 2016).

Com isto, torna-se pertinente esta linha de estudos, de modo a perceber se a prática de Boccia influencia a aptidão física, a qualidade de vida e a motivação da população

sénior, em praticantes e em não praticantes, verificando se esta é uma modalidade favorável em relação aos fatores analisados. Adicionalmente, que seja do nosso conhecimento, verifica-se a existência de um número reduzido de estudos em Portugal que interliguem a modalidade de Boccia com a população sénior e, por sua vez, com o tema da Aptidão Física, da Motivação e da Qualidade de Vida.

#### **1.4. Enunciado do Problema**

Os benefícios da prática regular de exercício físico em pessoas idosas têm sido objeto de estudo na última década e estão amplamente documentadas na revisão da literatura (Rieping et al., 2019; Furtado et al., 2019; Furtado et al., 2020; Furtado et al., in press, 2021). O presente estudo, de natureza quantitativa, pretende verificar os hipotéticos efeitos da prática da modalidade de Boccia Sénior enquanto prática física amplamente utilizada entre os mais idosos em Portugal, na melhoria da aptidão física, da motivação e da qualidade de vida, em idosos portugueses.

#### **1.5. Definição dos Objetivos e das Hipóteses**

Foram traçados objetivos gerais e específicos a alcançar no decorrer do estudo assim como, as hipóteses de pesquisa que, por sua vez, estão diretamente relacionados com o objetivo do estudo.

O estudo teve como objetivo estudar a influência da prática da modalidade de Boccia na população sénior em três aspetos, sendo eles, a aptidão física, nível de motivação e a qualidade de vida, em idosos que praticam (Grupo 1) e em idosos que não praticam (Grupo 2) a modalidade.

Pretende-se avaliar através de questões sobre a vida independente, o bem-estar psicológico, os sentidos, a saúde e doença e as relações sociais, a manutenção da saúde, o desenvolvimento de capacidades e afiliação social, a imagem e o reconhecimento social, sendo estes aspetos importantes na população em estudo.

As hipóteses de pesquisa do presente estudo foram: (1) existem diferenças estatisticamente significativas entre idosos praticantes de Boccia e idosos não praticantes de Boccia ao nível da aptidão física (índice de massa corporal; força e resistência dos membros inferiores e superiores; flexibilidade dos membros inferiores e superiores; mobilidade física; resistência aeróbia); (2) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “Objetivos e Imagem” em função da “prática de Boccia”; (3) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “Manutenção da Saúde” em função da “prática de Boccia”; (4) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “Vida Independente” em função da “prática de Boccia”; (5) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “Saúde e Doença” em função do “género feminino” e a prática de Boccia; (6) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “Saúde e Doença” em função do “género masculino” e a prática de Boccia; (7) existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino do Grupo 1 e o sexo feminino do Grupo 2 no nível de aptidão física; e (8) existem diferenças estatisticamente significativas nos idosos do Grupo 2, no que se refere ao nível de qualidade de vida, antes e após a intervenção.

## **1.6. Estrutura do Estudo**

O presente documento encontra-se dividido em vários capítulos, começando com a exposição do preâmbulo, apresentação geral do problema, a pertinência do estudo, o enunciado do problema, a definição dos objetivos e hipóteses de pesquisa e a estrutura deste trabalho.

No segundo capítulo, é apresentada a revisão da literatura que se centra, sobretudo, nos seguintes temas: (1) a saúde; (2) o envelhecimento; (3) o envelhecimento ativo e saudável; (4) a qualidade de vida e a motivação; (5) atividade física na população idosa e seus benefícios; (6) o sedentarismo, e; (7) o Boccia sénior em Portugal.

No terceiro capítulo, é apresentada toda a metodologia através da caracterização da amostra, a seleção da amostra, a definição das variáveis, a identificação e caracterização dos instrumentos de medida, os procedimentos, as considerações éticas e o tratamento e análise dos dados.



Posteriormente, no quatro e quintos capítulos são apresentados e discutidos os resultados.

E, por fim, o último capítulo diz respeito às conclusões do presente estudo.

## **CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA**

## 2.1. Saúde

A saúde não passa apenas pela ausência de doença, é composta também pela sensação de bem-estar não só a nível físico como também a nível mental e social, sendo que pode ser diferente para todos os indivíduos (Scliar, 2007; WHO, 2016). Segundo o autor supramencionado, tendo por base a definição original da Organização Mundial de Saúde de 1948, a saúde de um indivíduo dependerá da época que este vive, o local onde ele mora e da sua classe social.

Segundo dados do INE (2019), tem-se notado cada vez mais a baixa natalidade e o aumento da longevidade, sendo que, no ano de 2019 ocorreram 86 579 nascimentos contra 111 793 óbitos, sendo 100 600 em pessoas com mais de 60 anos de idade (PORDATA, 2020). Nos primeiros 9 meses do ano de 2020 ocorreram 90 300 óbitos a nível nacional, em que, em comparação com a média de mortes entre 2015-2019 houve um valor superior em 7 096, apesar de nos primeiros dois meses do ano os valores se apresentarem inferiores à média registada nos últimos anos (INE, 2020). De acordo com os dados do INE (2020), cerca de 70% dos óbitos foram de pessoas com idades iguais ou superiores a 75 anos, em que, comparando com a média dos anos 2015-2010, houve um aumento de 6 488 mortes nesta faixa etária e mais 5 095 na faixa etária com mais de 85 anos.

Os indicadores demográficos apontam para uma diminuição da população jovem e adultos em idade ativa e, por sua vez, um aumento da população idosa, fazendo com que com o passar do tempo haja uma redução em relação ao número de habitantes no país (Nunes, 2017).

As principais preocupações em indivíduos com idades iguais ou superiores a 60 anos centram-se, essencialmente, a nível da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar individual (Martins, 2016). Uma vez que esta população apresenta um maior número de problemas a nível da saúde e da dependência, precisa de mais cuidados sociais e de saúde (SNS, 2017), seja por parte da família ou por parte das instituições da economia social e dos serviços de saúde (Bloom, et al., 2015).

As doenças crónicas que afetam normalmente as pessoas com maior idade, segundo a *World Health Organization* (2018), são: (1) doenças cardiovasculares; (2) hipertensão; (3) acidente vascular cerebral; (4) diabetes; (5) cancro; (6) obstrução

crónica pulmonar; (7) condições musculoesqueléticas (ex: artrite e osteoporose); (8) saúde mental (ex: demência e depressão), e; (9) cegueira e deficiência visual.

Contudo, o que faz com que haja um maior risco de desenvolver doenças não transmissíveis nas idades mais avançadas é a falta de atividade física, o tabagismo e a dieta inadequada (World Health Organization, 2016). Neste conspecto, escolher não fumar e praticar algum tipo de atividade física pode ajudar a reduzir e/ou prevenir o risco de doenças cardiovasculares e outras doenças associadas (World Health Organization, 2002).

A área da saúde abrange e é influenciada por diversos temas, tais como, a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a assistência à saúde (Scliar, 2007). O primeiro diz respeito aos processos biológicos e à herança genética, o segundo engloba o solo, a água, o ar, a área de residência e o local de trabalho, o terceiro acarreta as decisões realizadas pelos indivíduos do que devem ou não fazer afetando a sua saúde e, por fim, tal como o nome indica, tudo o que envolve a assistência médica.

O Sistema Nacional de Saúde depende, muitas vezes, da situação económica e social da região e do país em questão e, por sua vez, o envelhecimento da população é um factor de risco para a parte financiadora dos cuidados de saúde num futuro próximo (Martins, 2016).

Assim, a mudança de algumas das atitudes a nível dos cuidadores e da saúde, irá permitir que os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos sejam mais autónomos e independentes, o máximo de tempo possível (World Health Organization, 2002), sendo que os cuidadores pessoais devem estar disponíveis para todas as pessoas e não só para os que podem pagar mais, por exemplo.

Para a população atingir benefícios a nível da saúde com a atividade física, não é necessário fazer atividades vigorosas, mas sim atividades com uma intensidade mais moderada, que ajuda também na prevenção das doenças (World Health Organization, 2017).

Pode entender-se que a saúde está diretamente ligada a diversos fatores, tais como, a autonomia, a independência, a qualidade de vida e, por sua vez, a esperança de vida saudável (World Health Organization, 2016). Sendo que, a WHO (2016) define estes

diferentes termos, autonomia é a capacidade do indivíduo enfrentar e tomar decisões de acordo com as suas regras e de como vive o seu dia-a-dia; o termo independência remete à capacidade de viver de forma independente na comunidade com pouca ou nenhuma ajuda de terceiros; a qualidade de vida é “a percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2016, p.13), e conforme as pessoas envelhecem a qualidade de vida é diretamente relacionada com a capacidade, ou não, de manter a autonomia e a independência; a expectativa de vida saudável é usada como a expectativa de viver sem doenças e/ou outros problemas acrescidos, sendo importante durante o processo de envelhecimento.

Com o avanço da idade, vão-se notando as mudanças de carácter fisiológico, ou seja, acaba por se notar a perda a nível da capacidade funcional e a alteração da composição corporal (ACSM, 2009). São necessários estudos relacionados com a atividade física, a saúde, a qualidade de vida e o envelhecimento, sendo que estes conceitos se relacionam entre si (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001).

## **2.2. Envelhecimento**

O Envelhecimento, é por si só, um processo progressivo e natural da vida, representando as alterações biológicas que acontecem com a idade estando associado a um processo de perdas. Segundo Paúl e Fonseca (2006, p.12), o processo de envelhecimento espelha “por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas”. Em Portugal, o índice de envelhecimento passou de 27,5% em 1961 para 143,9% no ano de 2015, sendo um aumento de mais de 100% (Pordata, 2015) e é de esperar que o índice de envelhecimento duplique entre 2018 e 2080, passando de 159,4 para 291 idosos por cada 100 jovens (INE, 2019).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2018), em Portugal, existem cerca de menos 16 mil indivíduos com menos de 15 anos de idade em comparação com os dados de 2017 e por sua vez, cerca de mais 30 mil indivíduos com mais de 65 anos de idade e mais 12 mil indivíduos com mais de 85 anos de idade. Assim, a população com idade igual ou superior a 65 anos de idade ocupa mais de 34% de toda a população do país e a população com menos de 15 anos ocupa apenas cerca de 13%,

tendo em conta que a população portuguesa apresenta menos 14 mil pessoas do que no ano de 2017.

De acordo com dados disponíveis pelo Eurostat (INE, 2018), Portugal apresenta-se como sendo o terceiro país da União Europeia com a média mais elevada da população residente (44,8 anos), com dados de 2017, tendo em conta que em 2015 o país encontrava-se em quarto lugar (European Commission, 2015).

Diversos autores procuram clarificar a partir de que idade se considera uma pessoa como idosa, sendo que, existem autores que referem ser a partir dos 60 e outros a partir dos 65 anos, verificando-se assim uma falta de concordância entre estes, sendo que a DGS (2014) considera a partir dos 65 anos de idade.

Para Paúl (2005), o processo de envelhecimento é composto por três constituintes, sendo eles: senescência, processo de envelhecimento biológico que sucede da vulnerabilidade e de uma maior probabilidade de falecer; envelhecimento social, no que se refere aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade; envelhecimento psicológico, capacidade do próprio indivíduo de tomar decisões e opções, de acordo com o processo de senescência e do envelhecimento.

Podemos associar o processo de envelhecimento à parte biológica, onde este é um processo completamente natural e inevitável, trazendo consigo algumas perdas em todas as áreas, sejam elas, físicas ou cognitivas (Molton & Jensen, 2010), sendo diferente de indivíduo para indivíduo. Tornando-se cada vez mais importante promover o envelhecimento ativo e o envelhecimento saudável tendo em conta o envelhecimento da população e a longevidade (SNS, 2017), analisando as carências de adaptação das diferentes sociedades (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

Desde o nascimento de um indivíduo, se nesse início de vida detiver uma combinação entre educação e oportunidades de aprendizagem em todos os aspetos, pode fazer com que estes desenvolvam confiança e diversas habilidades que mais tarde pode ajudar a que sejam mais independentes à medida que vão envelhecendo (World Health Organization, 2002) e, por sua vez, não depender de terceiros.

Se as pessoas mais idosas morarem num ambiente que tenha barreiras físicas e que não seja seguro, têm mais tendência a poder ficar depressivas, ao isolamento e ao aumento de problemas da mobilidade (World Health Organization, 2002).

Segundo a WHO (2002), um apoio social não adequado pode estar associado a um aumento não só da mortalidade e da mobilidade, como também um aumento do sofrimento a nível psicológico e uma diminuição a nível do bem-estar e saúde em geral.

Segundo a WHO (2002), os sistemas de saúde necessitam de ter uma perspetiva que se foque na promoção da saúde, na prevenção de doenças e que exista um acesso equitativo aos cuidados primários em relação à qualidade nos cuidados de saúde e nos cuidados prolongados de modo a promover o envelhecimento ativo.

A esperança média de vida difere entre homens e mulheres, sendo que existe uma disparidade entre os mesmos, ou seja, os homens apesar de se apresentarem fisicamente mais fortes, têm um maior número de mortalidade nas diferentes faixas etárias em relação às mulheres (SNS, 2017), em que a esperança média de vida nas mulheres é de 83,51 anos e nos homens de 77,95 anos (INE, 2019). As mulheres com mais idade que estão sozinhas, por serem viúvas ou viverem sozinhas, são mais vulneráveis ao isolamento social (World Health Organization, 2002).

Contudo, os desafios que o envelhecimento acarreta são a nível internacional, nacional, regional (ACSM, 2009) e local (World Health Organization, 2002), sendo que muitos indivíduos da faixa etária mencionada diversas vezes anteriormente é ativo e continua a fazer parte das atividades da sociedade e a fazer todas as atividades que fazia com menos idade.

### **2.3. O Conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável**

A WHO (2002, p.12), define o Envelhecimento Ativo como sendo “o processo de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. Sendo que uma das coisas mais importantes na vida de uma pessoa com mais de 65 anos de idade é manter a sua autonomia e independência, e isto permite a esta população perceber o seu potencial em relação ao seu bem-estar físico, social e mental e participar nas

atividades que a sociedade lhes oferece para satisfazer as suas necessidades. Por sua vez, o envelhecimento ativo objetiva que todos tenham direito a uma vida saudável e uma boa qualidade de vida à medida que estes envelhecem, independentemente de necessitar de cuidados, ter alguma deficiência ou ser frágil (World Health Organization, 2002), sendo que depende diretamente de uma série de fatores relacionados com os próprios indivíduos, as suas famílias e a zona em questão.

É importante a adoção de estratégias para motivar as mudanças a nível comportamental e planear intervenções de atividade física para estimular o desenvolvimento de programas de envelhecimento ativo, de modo a assegurar um estilo de vida mais saudável à população mais idosa (Marques, et al., 2014), promovendo deste modo a qualidade de vida da população com esta faixa etária. Segundo a WHO (2002), o envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos Direitos das Pessoas Idosas e nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, ou seja, na independência, na participação, na dignidade, nos cuidados e na autorrealização.

Existem assim alguns determinantes que influenciam um envelhecimento ativo como podemos ver na figura a seguir, sendo eles, os físicos, os sociais, os pessoais, os comportamentais, o ambiente físico, a saúde e serviços sociais.

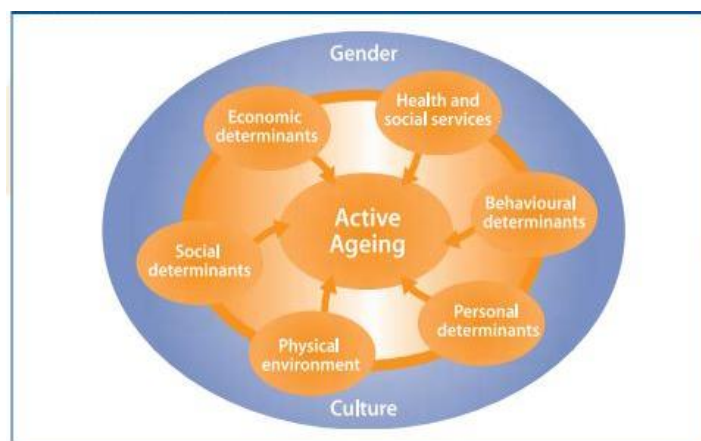


Figura 1: Determinantes para o Envelhecimento Ativo. Retirado de *Active Ageing: A Policy Framework* (WHO, 2002).

O Envelhecimento Saudável é definido pela WHO (2016, p.4) como sendo “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice”, sendo de enorme importância para todos. Em que, sabemos que um indivíduo está a ter um envelhecimento saudável quando este continua a realizar as



suas tarefas de vida diária com a mesma importância que sempre tiveram (Paterson, Jones, & Rice, 2007; Molton & Jensen, 2010) de acordo com as suas expectativas e objetivos.

Cada vez mais os indivíduos vivem sob diversos níveis de stress, que, por sua vez, vão condicionar a forma como a população se desenvolve no âmbito da saúde, mais propriamente acerca de doenças cardiovasculares, a falta de mobilidade, a dor, a fadiga, e em certos casos, a depressão (Molton & Jensen, 2010) Assim, tendo em conta o envelhecimento visível da população portuguesa, é necessário ter cuidado com a forma que se envelhece para que no futuro exista uma população idosa saudável e não uma população idosa a necessitar de cuidados de saúde.

A WHO (2016) refere que um envelhecimento mais ativo e mais saudável, vai contribuir para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Adicionalmente, ajuda na manutenção da capacidade funcional, manter o bem-estar geral e as capacidades físicas e mentais.

Em Portugal, têm ocorrido várias iniciativas para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável. No entanto, segundo o SNS (2017), ainda há um caminho a percorrer de modo a que estas abordagens se reflitam na saúde e na qualidade de vida dos mais idosos. Neste sentido, a forma como se encara o envelhecimento é o ponto de partida para a melhor maneira de promover o envelhecimento ativo e saudável. No quadro seguinte pode observar-se a visão, a missão e os valores que estão na base da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017).

Tabela 1 – Visão, missão, valores e princípios de acordo com a Estratégia Nacional para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (2017).

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Visão</b>                | Ter uma sociedade, em que o processo de envelhecimento ao longo do ciclo da vida venha a conferir níveis elevados na saúde, no bem-estar, na qualidade de vida e na realização pessoal à população idosa, de modo a terem um envelhecimento ativo e saudável. |
| <b>Missão</b>               | Promover a saúde, o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação, de modo a aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.                               |
| <b>Valores e Princípios</b> | A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável assume valores e princípios recomendados pelas Nação Unidas, tal como, a independência, a  |

---

participação, a assistência, a autorrealização e a dignidade.

Assume também os valores defendidos pela WHO, sendo eles, a promoção dos direitos humanos, a equipada, a igualdade, a não discriminação, a igualdade de género e a solidariedade dentro das gerações.

Segundo a recomendação do Plano Nacional de Saúde, dá-se realce à capacitação do cidadão, à decisão apoiada na evidência científica, ao envolvimento e à participação. Deve dar-se importância também a vários valores dos serviços da Segurança Social, ou seja, a universalidade no acesso, a solidariedade, a diferenciação positiva, a subsidiariedade, a inserção social, a responsabilidade pública, a complementaridade, a eficácia, a informação como garantia de Justiça Social e a sustentabilidade de ações a executar por esta Estratégia.

---

Tendo em conta as estratégias do Governo mencionadas, Nunes (2017) refere que estas estratégias são uma maneira direcionada para ter um envelhecimento com qualidade de vida, de modo a aumentar a expectativa de vida saudável aos 65 anos de idade, diminuindo assim a mortalidade e promovendo a saúde mental nesta faixa etária.

### **2.3.1. Atividade Física e a População Idosa**

Podemos afirmar que o facto de a população sénior participar em diversas atividades físicas está associado ao aumento da qualidade de vida individual e que a prática regular das mesmas atrasa as mudanças de carácter fisiológico do envelhecimento e ajuda a preservar a capacidade funcional dos idosos (Chodzko-Zajko, et al., 2009; Rikli, 2015), ajudando assim a diminuir e prevenir o desenvolvimento de doenças crónicas.

Promover a prática de atividade física na população mais idosa é importante, dado que estes indivíduos são propensos a se tornarem menos ativos fisicamente ao longo do tempo (World Health Organization, 2017). Neste sentido, é proposto aos idosos a realização de uma atividade diária de, pelo menos 30 minutos diários, podendo ser uma caminhada a um ritmo moderado ou subir e descer as escadas de modo a ajudar na prática regular (Sardinha, 2009; ACSM's, 2018).

É recomendada a esta população uma atividade de baixo impacto, como por exemplo, a caminhada, andar de bicicleta, a natação, o remo, subir e descer escadas, dança, tai

chi e dança aeróbica (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001), ao contrário de praticar atividades de grande impacto, sendo a caminhada a atividade ideal para esta idade.

Por sua vez, o facto dos indivíduos com mais idade praticarem atividade física regular e de forma adequada é uma grande prevenção da perda de funcionalidade e na conservação da independência (Chodzko-Zajko, et al., 2009; Tak, Kuiper, Chorus, & Hopman-Rock, 2013). Em que, isto leva a que existam menos gastos a nível da saúde e é visto como uma grande estratégia para reduzir a limitação funcional e manter a independência de cada indivíduo (Tak, Kuiper, Chorus, & Hopman-Rock, 2013).

São muitos os estudos que comprovam que a prática de atividade física é benéfica para esta população mais idosa (Paterson, Jones, & Rice, 2007), contribuindo para a saúde mental dos mesmos e fazendo com que tenham uma vida ativa e ocupada, de modo a prevenir doenças do foro mental e o isolamento (Stathi, Fox, & McKenna, 2002).

### **2.3.2. Benefício da Atividade Física para a População Idosa**

De acordo com o Ministério da Saúde, a população sénior tem vindo a aderir à prática de atividade física regular e as pessoas com deficiência têm sido mais aceites na sociedade recebendo o mesmo tipo de oportunidades, sendo que esta prática é importante para estas populações, pois torna-se a maior responsável por melhorar a sua qualidade de vida e a sua independência (DGS, 2020). Por sua vez, a atividade física melhora a força, o equilíbrio, a coordenação, a flexibilidade, a capacidade respiratória, bem-estar psicológico, o controlo motor e as habilidades cognitivas, aspetos que são importantes no dia-a-dia, seja da população sénior como de pessoas com deficiência. De acordo com as pessoas com deficiência têm tido mais oportunidades, de modo a praticarem atividade física, pois os espaços encontram-se adaptados e os desportos são adaptados às dificuldades em geral.

Segundo a ACSM (2018, p. 34) a prática de atividade física promove benefícios a nível da saúde e do bem-estar. Alguns deles são: (1) maior captação do oxigénio; (2) decréscimo da pressão arterial e frequência cardíaca; (3) redução de colesterol total e controla a hipertensão; (4) maior densidade capilar no músculo-esquelético; (5) diminuição da pressão sistólica e diastólica; (6) diminuição da gordura corporal; (7) aumento de massa muscular; (8) redução nos níveis de ansiedade e depressão; (9)

maior capacidade cognitiva; (10) menor risco de quedas e lesões em idades mais avançadas; (11) melhor flexibilidade e equilíbrio, e; (12) melhor função autónoma.

O indivíduo sendo ativo, como já mencionado anteriormente, ajuda na manutenção da independência no máximo tempo possível, reduzindo assim no risco de quedas e na manutenção das AVDs. Estas quedas, nesta faixa etária, ocorrem maioritariamente num ambiente doméstico e podem ser facilmente evitadas através de um melhor nível de aptidão física e com a ajuda da atividade física (World Health Organization, 2002), sendo este um grande fator para a causa de lesões e até da morte.

A atividade física regular apresenta efeitos positivos não só a nível psicológico e mental, como também a nível físico, fisiológico e da saúde, ajudando a melhorar a qualidade de vida e o nível de independência (Sardinha, 2009; Vagetti, et al., 2014), preservando a capacidade funcional dos indivíduos e ajudando à melhoria da sua saúde e do seu bem-estar (ACSM, 2009).

### **2.3.3. A motivação para a prática de Atividade Física na População Idosa**

Os autores Edward Deci e Richard Ryan (1985) desenvolveram a Teoria da Autodeterminação, sob a qual realizaram diversos estudos, em que, estes indicam que estar motivado indica ser impelido para fazer algo, ou seja, haver um motivo. Ryan e Deci (2000), referem que a maior parte das pessoas que trabalha com outros está inteiramente apreensiva com a motivação, tanto deles como dos que os rodeiam, para com uma tarefa. E por sua vez, está relacionado com o comportamento humano e é influenciado por fatores externos e internos que, influenciam o esforço e a intensidade pela qual o indivíduo vai em direção a um fim ou um objetivo (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000).

Segundo Ryan e Deci (2000), a motivação extrínseca é algo que leva um indivíduo a fazer uma atividade de modo a obter um resultado e de ganhar uma recompensa, atingir um objetivo. Distingue-se da motivação intrínseca pois esta exprime que a atividade é feita por ser atraente e interessante e não por querer uma recompensa final ou por existir pressão externa (Ryan & Deci, 2000).

A definição mais simples para distinguir a motivação intrínseca da motivação extrínseca, é que a intrínseca se refere a querer fazer algo apenas por diversão e por

ser uma sensação agradável (Deci & Ryan, 1985). Assim, a motivação é um mecanismo que se relaciona com o comportamento humano sendo diretamente manipulada por um combinado de estímulos internos e externos, que vão, por sua vez, influenciar diretamente o modo como o indivíduo atua, ajudando-o a aproximar-se ou a afastar-se de uma determinada situação (Pereira, 2008).

Este tipo de motivação é definido como o facto de querer realizar uma atividade apenas e só para satisfazer as necessidades individuais, resultando numa aprendizagem para o indivíduo, sendo que, é importante ter em conta os fatores à sua volta (Ryan & Deci, 2000), sendo que os seres humanos desde nascença são seres prontos a explorar e aprender tudo o que os rodeia, assim, Deci e Ryan (2000) referem que não se necessita de fatores externos para fazer algo.

Em relação à população sénior, alguns dos motivos encontrados para a prática de Boccia nesta idade num estudo realizado por Rodrigues (2006) são o “bem-estar geral”, o “bem-estar social”, “promoção da saúde” e “efeito terapêutico” (Rodrigues, 2001).

## **2.4. Qualidade de Vida**

A qualidade de vida é algo muito importante à medida que as pessoas envelhecem, tendo em conta que esta é determinada pela forma como as pessoas com mais de 65 anos conseguem manter a sua autonomia e a sua independência. Por sua vez, qualidade de vida pode ser definida como um indivíduo tem perceção sobre a sua vida em diversos contextos, sendo eles, a cultura e o sistema de valores em que estes vivem e no que diz em conta aos objetivos individuais, expetativas sobre algo e diversas preocupações (World Health Organization, 1998; World Health Organization, 2002). A WHO refere que este é um conceito que abrange muitas áreas, como por exemplo, a saúde física, a condição psicológica, o estado e nível de independência, as relações para com os outros e consigo mesmo, as condições do meio ambiente e as crenças em que o indivíduo acredita (World Health Organization, 2016).

O termo “qualidade de vida” pode ser associado a diversos aspetos da vida quotidiana dos indivíduos, ou seja, à alimentação, ao transporte, à saúde, à segurança e à parte urbana (Santos & Simões, 2012). Está associado a estados de felicidade e satisfação

com a vida, apesar de ser um conceito que é entendido de maneira diferente e apresenta um significado distinto entre os indivíduos (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Por sua vez, pode afirmar-se que a qualidade de vida da população com mais de 65 anos de idade é influenciada pela capacidade que estes têm de conseguir realizar as suas atividades de vida diária o máximo de tempo que conseguirem (Rikli & Jones, 2001) promovendo por sua vez, a sua autonomia e independência. Em que, estas duas últimas referências são dos aspetos mais importantes da vida de uma pessoa de terceira idade.

A qualidade de vida pode ser caracterizada de diversas formas, tais como (Castellón & Pino, 2003): (1) qualidade das condições de vida (componente objetiva); (2) satisfação pessoal com as condições de vida (componente subjetiva); (3) combinação das condições de vida com a satisfação pessoal, e; (4) combinação das condições de vida e satisfação pessoal de acordo com os valores e crenças do próprio indivíduo.

Sendo que, este termo está diretamente ligado a diversas áreas, sendo elas, o bem-estar físico, o bem-estar material, o bem-estar social, o desenvolvimento e a atividade e o bem estar emocional (Castellón & Pino, 2003; Santos & Simões, 2012), como vem sendo mencionado ao longo do documento.

Para alguns dos indivíduos com mais de 60 anos de idade, a realização das AVDs pode exigir um esforço máximo, e isso pode afetar o modo com estas são realizadas ou então com que deixem de ser concretizadas de forma independente (Paterson, Jones, & Rice, 2007), prejudicando a qualidade de vida desta população. A aptidão física relacionada com a saúde está diretamente ligada com a capacidade de o indivíduo realizar as suas atividades do dia-a-dia com um desempenho positivo e, por sua vez, associado à diminuição de diversas doenças contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Pinto, 2003).

A independência de uma pessoa idosa, que, por sua vez está ligada à sua qualidade de vida, é ameaçada quando as deficiências físicas ou a saúde mental torna isso difícil para esta população realizar as suas atividades no dia-a-dia (World Health Organization, 2002). (Paterson, Jones, & Rice, 2007)

A atividade física, as práticas desportivas e o exercício físico têm sido diversas vezes mencionadas como formas de melhorar a qualidade de vida da população (Santos & Simões, 2012). Contudo, a qualidade de vida que a população com idade igual ou superior a 60 anos irá depender das oportunidades, de tudo o que viveram até atingir esta idade e do apoio e entreaajuda (World Health Organization, 2016), sendo que nunca é tarde para adotar estilos de vida mais saudáveis (World Health Organization, 2002).

Num dos seus estudos Zaidi (2014) refere que o conceito de qualidade de vida na população idosa tem três grandes constituintes relacionadas com ele, sendo, o bem-estar a nível financeiro, a nível da saúde e o suporte e integração a nível social, sendo que estes elementos podem ser facilmente afetados por situações que surgem durante a vida destes.

Tendo em conta que nos encontramos numa época que a esperança média de vida está a aumentar e, por sua vez, existem cada vez mais pessoas idosas, torna-se importante avaliar a qualidade de vida destes de forma a que tenham uma qualidade de vida boa nos últimos anos de vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

## **2.5. Atividade Física**

Existem diversas definições para o conceito de Atividade Física, e um deles, apesar de ser antigo continua a ser muito usado por diversos autores, como por exemplo por parte do *American College of Sports Medicine* (2018), que a define como sendo todo o movimento produzido pela contração do músculo-esquelético que resulta num gasto energético superior aquando está em repouso (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Por outras palavras, este conceito é definido como todo o movimento corporal que é produzido através da contração dos músculos esqueléticos e que aumenta o gasto de energia (ACSM, 2009). A esta definição aglomera-se a ideia de que atividade física inclui também as atividades realizadas durante o trabalho, tarefas domésticas, atividades de lazer, entre outras (World Health Organization, 2014).

Por sua vez, é de realçar que a atividade física se relaciona com a qualidade de vida dos diversos sujeitos na área do bem-estar material, bem-estar social,

desenvolvimento e atividade e no bem-estar emocional, como se pode ver na figura a seguir. Esta relação é mencionada ao longo do documento quando se fala em qualidade de vida na população idosa, sendo que, quanto melhor as áreas deste termo melhor a qualidade de vida individual.

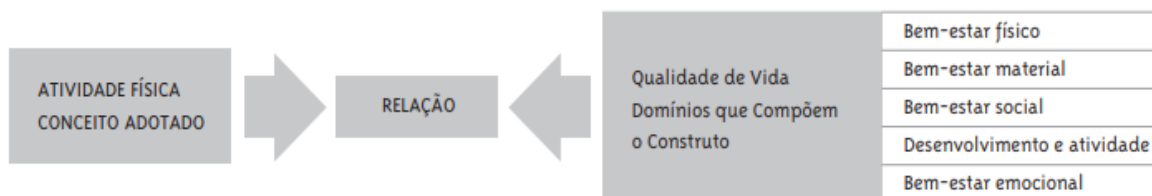


Figura 2 – Atividade física e a relação com os componentes da qualidade de vida segundo Santos, A. e Simões, A. (2012).

A prática de atividade física regular beneficia o corpo e a mente, ajudando também, não só a evitar ou adiar o aparecimento das doenças mencionadas anteriormente, mas também a melhorar a capacidade individual para a concretização das atividades (Sardinha, 2009; Swedish National Institute of Public Health, 2010).

Em 2014, a WHO adotou diversas políticas para promover a prática da atividade física, que passam por: (1) caminhar, andar de bicicleta e outras formas de transporte que sejam acessíveis e seguros para todos; (2) políticas de trabalho que estimulem a atividade física; (3) escolas com espaços e instalações seguras onde os estudantes possam usufruir o seu tempo livre de uma forma ativa; (4) em educação física ajudar as crianças a desenvolverem padrões de comportamento que os mantenha fisicamente ativos, e; (5) instalações desportivas e de lazer onde todos possam praticar desporto e atividade física.

A atividade física acaba por ser algo complexo pois existem muitas atividades que contribuem para esta prática, sendo elas, as atividades ocupacionais, os cuidados que se têm em casa, as atividades de transporte e todas as atividades de lazer que tenham gasto energético (Miles, 2007), ou seja, não se restringem a apenas atividades que precisem de uma carga enorme de esforço.

Com o envelhecimento, por si só, crescem as doenças crónicas associadas. No entanto, a prática regular de atividade física (por mais baixo que seja o gasto energético) pode ajudar a que exista a redução do desenvolvimento deste tipo de doenças e de todos os riscos já mencionados anteriormente (ACSM, 2009).



Deste modo, a promoção da prática de atividade física na população idosa deve ter em conta a falta de companhia e a falta de interesse, tendo em conta que são as principais barreiras nesta faixa etária (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001), existindo evidência para a necessidade de realização de pelo menos 30 minutos de atividade física diária (ACSM's, 2018).

## **2.6. Sedentarismo**

O sedentarismo pode ser definido como todas as atividades que o sujeito realiza sentado ou deitado, não aumentando assim o gasto energético acima dos valores de repouso, são eles  $\leq 1.5$  equivalentes metabólicos (METs) (Meneguci, et al., 2015). Por outro lado, é definida pela ACSM (2009) como sendo um estilo de vida que requer uma atividade física mínima e que incentiva a falta de atividade física através de escolhas, falta de incentivo, falta de apoio financeiro ou outras barreiras diversas.

Sendo que, quando um indivíduo tem um estilo de vida sedentário, mais probabilidade existe de aumentar diversos problemas de mobilidade e, por sua vez, o aumento das condições a nível de saúde crónicas (Rikli & Jones, 2001). Assim, podemos ver que existe uma ligação entre o sedentarismo e a saúde crónica, podendo levar a níveis mais altos de incapacidade a nível da população sénior ou mesmo a mortalidade precoce (Charansonney, 2011).

Para os que não são ativos, o simples facto de se levantar de uma cadeira ou subir umas escadas pode ser uma atividade que exige um esforço mais alto em comparação que os idosos que são ativos, sendo que qualquer condição física que o indivíduo tenha pode afetar diretamente o facto de ser mais independente ou não (Rikli & Jones, 2001; Rikli & Jones, 2008).

De acordo com dados da WHO (2014), o quarto maior fator de risco de morte em todo o mundo é a falta de atividade física. Esta falta de atividade é uma das maiores causas do cancro da mama e do cólon (21-25%), dos diabetes (27%) e das doenças cardíacas isquémicas (30%) (World Health Organization, 2014), sendo que o facto de se ter comportamentos sedentários pode levar a um decréscimo da capacidade cardiorrespiratória (Charansonney, 2011). Sendo que durante o processo de envelhecimento, o sedentarismo é um dos maiores fatores de risco para a mortalidade

e morbidade (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001). De acordo com a morbidade, está relatado que em Portugal as mulheres vivem mais tempo, apesar de ser com um pior estado de saúde (Eurostat, 2016).

No entanto, por muito ativo que seja o indivíduo, este comportamento pode não equilibrar os efeitos que advém do tempo que está na posição sentada (Meneguci, et al., 2015).

## **2.7. Boccia como Modalidade Desportiva**

### **2.7.1. Boccia em Portugal**

O Boccia, inicialmente foi criado para ser praticado por pessoas com Paralisia Cerebral, mas, no entanto, com o passar dos anos tornou-se tão popular que começou a ser executado por outras pessoas, incluindo assim a população sénior e recentemente pela população com deficiência visual. Esta modalidade é um jogo que consiste no lançamento de bolas constituído por seis bolas azuis, seis bolas vermelhas e uma bola branca, sendo que o objetivo é colocar as bolas de cor o mais perto que conseguirem da bola alvo, a branca (PCAND, 2018).

Na presente modalidade, que é a que mais se destaca pela Paralisia Cerebral – Associação Nacional de Desporto (PCAND), por ser reconhecida a nível nacional e internacional, e é uma modalidade que chegou a Portugal em 1983 durante um torneio organizado pela Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC) com colaboração com a Associação Internacional de Desporto e Recreação para a Paralisia Cerebral (CP-ISRA). É descendente da antiga Grécia aumentando através do Império Romano, dando origem a diferentes jogos, como o bowling e a petanca <sup>1</sup>. Este jogo do Boccia apresenta diferentes vertentes, tais como o lazer e a recreação como também níveis de competição alta, chegando a ser eleito como uma modalidade paralímpica (PCAND, 2019).

---

<sup>1</sup> A petanca é um jogo de origem francesa, criado no princípio do século XX. O seu nome deriva da expressão “pieds tanqués”, que significa pés juntos. Jogada em todo o sul da Europa, a petanca foi trazida para Portugal na década de 80 pelos emigrantes, e é no Algarve, onde a prática é comum e bastante conhecida, que tem maior aceitação. Federação Portuguesa de Petanca (2020) [https://fppetanca.pt/fpp/?page\\_id=1319](https://fppetanca.pt/fpp/?page_id=1319) acedido em 12 de out, 11:42

Esta modalidade foi introduzida então em Portugal no ano de 1983. No ano a seguir, houve o I Campeonato Nacional para a Paralisia Cerebral, onde surgiu apenas como modalidade de demonstração. No entanto, nesse mesmo ano (1984), Portugal classificou-se em primeiro lugar nos Jogos Paralímpicos, sendo que esta modalidade começou a fazer parte destes Jogos a partir deste ano.

As competições desta modalidade podem ter um carácter individual ou equipas, sendo que no Boccia para pessoas com Paralisia Cerebral há também a vertente de pares. No âmbito individual, o jogo é composto por quatro parciais, e em equipas são seis parciais (PCAND, 2018).

Num estudo realizado a atletas paralímpicos, esta modalidade, nas pessoas com deficiência foi concluído que é exigente no âmbito psicológico por necessitar de mais concentração, atenção, capacidade de memorização, controlar a ansiedade e, por outro lado, em termos cognitivos (Bodas, Lázaro, & Fernandes, 2007). Por outro lado, em termos de socialização, e apesar de ser considerado como uma modalidade competitiva, é considerada como uma excelente forma de socializar com os outros e de se sentir integrado.

### **2.7.2. Boccia Sénior**

No Boccia Sénior, praticado desde 2004 em Portugal, a PCAND destaca que esta modalidade tem sido um enorme sucesso, em que os participantes têm aumentado significativamente, tendo em conta que na época 2017-2018 estavam inscritos cerca de 800 idosos a representar 69 associações. Na época 2018-2019 estiveram inscritas cerca de 63 e na época 2019-2020 contaram com cerca de 740 atletas de 56 instituições / clubes.

O Campeonato Nacional de Boccia Sénior está dividido por zonas (zona Douro, Vale de Sousa, Porto, Centro e Sul) tendo fases finais e uma Taça de Portugal de Boccia Sénior, até então não tiveram equipas inscritas das Regiões Autónomas como é o caso do Boccia para a Paralisia Cerebral. Esta prática desportiva pode ser tanto individual como por equipas, tendo provas mistas quanto ao género. A PCAND está responsabilizada por competições deste tipo desde a época 2016-2017 (PCAND, 2019).

O Boccia Sénior, tal como o nome indica, é dirigido para a população sénior. Pode participar a partir dos 60 anos, tanto individualmente como a partir de Municípios, Associações, Instituições e Clubes (PCAND, 2019).

Num dos poucos estudos sobre a prática de Boccia sénior, Neves (2006) concluiu que esta modalidade nesta faixa etária combate o isolamento, promove o bem-estar físico e psicológico, aumenta o prazer de viver e melhora ainda a aptidão física. Dado que esta modalidade nesta idade tem tido uma grande adesão, pode concluir-se que o Boccia Sénior desperta interesse por parte destes, tornando-se necessário perceber quais as causas que façam com que isto aconteça (Neves, 2006; Silva, 2012), e ainda, esta modalidade não exige muito esforço físico nesta população devido às suas características. Existem poucos estudos na área desta modalidade relacionada com a população idosa como é possível notar pela bibliografia utilizada.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGIA**

### 3.1. Seleção da Amostra

Inicialmente foi realizada uma procura de lares e centros de dia, para posteriormente haver um questionamento sobre a participação no estudo. Foram selecionados critérios de inclusão e de exclusão para a seleção da amostra. Os critérios de inclusão são: (1) ter mais de 60 anos, inclusive; (2) residir num lar ou frequentar um centro de dia ou instituições similares, e; (3) praticar Boccia há pelo menos 1 ano. Para critérios de exclusão, tem-se: (1) ter menos de 60 anos; (2) não residir num lar ou frequentar um centro de dia ou instituições similares; (3) praticar Boccia há menos de 1 ano, e; (4) não poder praticar exercício devido a prescrição ou restrição médica.

### 3.2. Caracterização da Amostra

Obtivemos 19 respostas pertencentes a indivíduos de lares, centros de dia ou instituições similares. As idades são compreendidas entre os 57 e os 96 anos de idade, em que 8 são praticantes e 11 são não praticantes de Boccia.

De acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, o indivíduo com 57 anos de idade foi excluído do estudo (não praticante, sexo feminino), ficando o estudo com 18 indivíduos.

Os sujeitos pertencentes à amostra que pratica e não pratica Boccia pertencem à região centro do país, mais propriamente referentes ao distrito de Leiria e de Castelo Branco.

A idade média dos sujeitos em estudo é de 84,44 anos e desvio padrão  $\pm 8,99$  (tabela 2).

Tabela 2 – Medidas de tendência central e dispersão da variável "idade".

|       | N  | Mínimo | Máximo | Média (anos) | Mediana (anos) | Desvio-Padrão (anos) |
|-------|----|--------|--------|--------------|----------------|----------------------|
| Idade | 18 | 63     | 96     | 84,44        | 85,00          | 8,99                 |

Na tabela 3, pode observar-se que a amostra é composta por 6 sujeitos que são do género masculino e 12 do género feminino.

Tabela 3 – Estatística descritiva da variável “género”.

| Género    | N  | Percentagem | Percentagem Acumulada |
|-----------|----|-------------|-----------------------|
| Masculino | 6  | 33,3        | 33,3                  |
| Feminino  | 12 | 66,7        | 100,0                 |
| Total     | 18 | 100,0       |                       |

Os participantes do estudo residem maioritariamente em lares (tabela 4).

Tabela 4 – Estatística descritiva da variável “Instituição a que pertence”.

| Instituição       | N  | Percentagem | Percentagem Acumulada |
|-------------------|----|-------------|-----------------------|
| Lar               | 10 | 55,6        | 55,6                  |
| Centro de Dia     | 4  | 22,2        | 77,8                  |
| Residência Sénior | 3  | 16,7        | 94,5                  |
| IPSS              | 1  | 5,6         | 100,0                 |
| Total             | 18 | 100,0       |                       |

### 3.3. Caracterização das Variáveis em Estudo

#### 3.3.1. Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes, são o que se modifica perante as variáveis independentes, podemos entender como sendo as variáveis do GCEQp (2013), ou seja, manutenção da saúde, desenvolvimento das capacidades, afiliação social, objetivos e imagem e reconhecimento social e as variáveis do IAQdV (2009), sendo eles, saúde e doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico.

#### 3.3.2. Variáveis Independentes

Com as variáveis independentes temos o que serve para a caracterização da amostra do estudo, ou seja, o género (masculino e feminino), residir num lar ou frequentar um centro de dia, ter mais de 60 anos de idade, praticante ou não de Boccia e jogar a modalidade há mais de 1 ano.

### **3.4. Instrumentos de Medida**

Esta secção tem como objetivo descrever a bateria de testes e questionários utilizados no estudo: (1) Bateria de testes de Rikli e Jones<sup>2</sup> (1999); (2) o *Goal Content for Exercise Questionnaire* (2013), e; (3) o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (2009). Assim como aspetos relacionados com a validade e fidedignidade dos mesmos, que são apresentados de seguida.

#### **3.4.1 Bateria de testes de Rikli e Jones (1999)**

A Bateria de testes de Rikli e Jones (1999) é um instrumento validado para a população portuguesa por Sardinha (2005) e pretende avaliar a aptidão física a nível da mobilidade funcional e independência física na população idosa. Assim, através desta Bateria de testes, pretende-se analisar diversos resultados acerca da flexibilidade, força e resistência com sete exercícios: (1) índice de massa corporal (IMC) – estatura e peso; (2) mobilidade física – sentado, caminhar 2.44 metros e voltar a sentar (tempo necessário para levantar-se da cadeira, percorrer os 2.44 e voltar à cadeira); (3) força e resistência dos membros inferiores (MI) – levantar e sentar na cadeira (número máximo de execuções em 30 segundos); (4) força e resistência dos membros superiores (MS) – flexão do antebraço (número máximo de execuções em 30 segundos); (5) flexibilidade dos membros inferiores (MI) – sentado e alcançar (distância atingida na direção dos pés); (6) flexibilidade dos membros superiores (MS) – alcançar atrás das costas (distância que as mãos podem alcançar atrás das costas), e; (7) resistência aeróbia – andar 6 minutos (máxima distância percorrida).

#### **3.4.2 Questionário sobre Motivação – GCEQp (2013)**

A versão portuguesa do *Goal Content for Exercise Questionnaire* [GCEQp (2013)] pretende avaliar os motivos e a importância que as pessoas colocam nos seus esforços para a prática de exercício através de 20 itens. A versão original foi criada por Simon Sebire, Martyn Standage e Maarten Vansteenkiste (2008), e mais tarde validada para a população portuguesa, em 2014, por Eduardo Ramos, Diogo Monteiro,

---

<sup>2</sup> Não foi possível a aplicação do Protocolo de Rikli e Jones devido ao SARS-COV-2.



Mariana Silva, Pedro Batista, Luís Cid e João Moutão. Posteriormente, em 2017, foi validada para a população idosa por Raul Antunes, Nuno Couto, Diogo Monteiro, João Moutão, Daniel Marinho e Luís Cid. Este questionário é constituído por uma escala tipo *Likert* de 1 a 7, sendo o 1 “nada importante” e o 7 “extremamente importante”. Sendo assim, quanto maior a pontuação apresentada no final do mesmo, maior motivação o indivíduo apresenta para a prática de exercício físico.

Os autores que validaram o questionário para a população portuguesa referem que este se dispõe em três fatores intrínsecos, sendo a manutenção da saúde (3, 8, 13, 18), o desenvolvimento de capacidades (5, 10, 15, 20) e afiliação social (1, 6, 11, 16), e dois fatores extrínsecos, os objetivos e imagem (2, 7, 12, 17) e o reconhecimento social (4, 9, 14, 19) (Ramos, Moutão, & Cid, 2013; Antunes, et al., 2017).

No que diz respeito à fiabilidade do estudo da validação para a população portuguesa, a afiliação social apresentou um coeficiente de 0,77, os motivos de imagem de 0,78, os motivos de saúde de 0,68, o reconhecimento social de 0,87 e o desenvolvimento de capacidades de 0,73. Assim, os autores referem que os dados são superiores a 0,70, sendo assim aceites (Ramos, Moutão, & Cid, 2013).

No presente estudo, os valores do Alfa de Cronbach são: (1) 0,754 na manutenção da saúde; (2) 0,951 no desenvolvimento de capacidades; (3) 0,671 na afiliação social ; (4) 0,887 nos objetivos e imagem, e; (5) 0,778 no reconhecimento social. Os valores são aceites quando superiores 0,70, apenas o valor referente à afiliação social é um valor marginal aceitável.

### **3.4.3 Questionário sobre Qualidade de Vida – IAQdV (2009)**

O Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida [IAQdV (2009)] é uma validação para a população portuguesa por parte do Fonseca, Nunes, Teles, Martins, Paúl e Castro-Caldas (2009), do questionário australiano de avaliação da qualidade de vida *The Assessment of Quality of Life Instrument [AQoL (1997)]*. Esta versão portuguesa abrange diversos fatores associados à qualidade de vida dos idosos portugueses, havendo 15 questões sobre a saúde e doença (1, 2) a vida independente (3, 4, 5, 6), as relações sociais (7, 8, 9), os sentidos (10, 11, 12) e o bem-estar psicológico (13, 14, 15) (Fonseca, Nunes, Martins, Paúl, & Castro-Caldas, 2009). Cada item tem quatro

opções de respostas, sendo cada um deles um nível (0, 1, 2, 3), em que quanto menor o nível, melhor está o indivíduo em relação à questão apresentada.

Considerando que a população está cada vez mais envelhecida, como é mencionado ao longo do estudo, este instrumento é importante de modo a que se possa avaliar maioritariamente as intervenções a nível da saúde, ajudando também os autores identificar algumas variáveis que condicionam diretamente a qualidade de vida da população sénior e a perceção dos mesmos (Fonseca, Nunes, Martins, Paúl, & Castro-Caldas, 2009).

Em relação à fiabilidade do instrumento para a população portuguesa, os autores concluíram que este é bastante consistente e adequado para a população em questão tendo apresentado um coeficiente de 0,79, tendo exibido um valor sempre acima de 0,5 em todos os fatores analisados. No estudo realizado, o fator “vida independente” foi dado como o que tem mais significado a nível da qualidade de vida, seguindo-se do “bem-estar psicológico”.

No presente estudo, os valores do Alfa de Cronbach são: (1) 0,555 na saúde e doença; (2) 0,913 na vida independente; (3) 0,843 nas relações sociais; (4) 0,438 nos sentidos, e; (5) 0,492 no bem-estar psicológico. Os valores são aceites quando superiores 0,70, em que apenas o valor referente ao fator 2 e 3 é superior, apesar do fator 1 ser superior a 0,5.

### **3.5. Procedimentos**

Inicialmente foi feita uma pesquisa para a escolha dos questionários para avaliar os níveis de motivação e os níveis da qualidade de vida, como também um protocolo para avaliar a aptidão física, para a população sénior.

Posteriormente, foram identificados diversos lares e centros de dia para solicitar para que alguns dos seus utentes participarem no estudo, tanto a instituições cujos idosos praticam Boccia (grupo experimental) como a instituições cujos idosos não o praticam (grupo de controlo), pedindo a autorização dos mesmos.

Inicialmente, um grupo de idosos do grupo de controlo seria submetido a uma intervenção de treinos da modalidade de Boccia duas vezes por semana durante

quatro meses, com o intuito de haver dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção, em que seriam aplicados os instrumentos de medida apresentados anteriormente para uma comparação de resultados.

Devido à situação pandémica que o país se encontra e às condições impostas pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2), e tendo em conta as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde, tornou-se impossível seguir a ideia estabelecida no protocolo inicial do presente estudo.

A população alvo do estudo foi uma das mais afetadas por este vírus e, por sua vez, os lares e os centros de dia. As visitas e entradas externas aos lares e centros de dia foram canceladas, entrando apenas o pessoal necessário, tornando-se difícil o contato direto com a população em questão e responder ao objetivo do estudo. Assim, o único contato possível com as Instituições foi através de e-mail, para questionar o preenchimento da Bateria de Questionários escolhidos para este estudo em formato online.

### **3.5.1 Considerações Éticas**

O primeiro contacto com as Instituições foi através de e-mail a questionar o preenchimento (ANEXO I) da Bateria de Questionários escolhidos para este estudo em formato online. Todos os participantes dos questionários foram voluntários e convidados para a realização do mesmo através do(a) técnico(a), animador(a), psicólogo(a). Após o convite, os voluntários procederam ao preenchimento de forma anónima dos questionários com a ajuda do Técnico.

A resposta aos questionários envolve a recolha de informação confidencial pelo que nunca no decorrer deste trabalho será divulgada a identificação dos indivíduos nele interveniente. Sendo que os utentes / clientes têm direito à privacidade e não deve ser violada sem consentimento informado.

Numa fase inicial, todos os sujeitos e / ou representantes legais iriam ter de assinar o seu consentimento informado e esclarecido para pertencer no presente estudo (ANEXO II), o que não se tornou realidade devido à situação pandémica que se atravessou no nosso país e no mundo.

Foi realizado um documento com um texto introdutório e a descrição dos questionários e do protocolo a utilizar durante as sessões, que por sua vez, não chegou a ser utilizado (ANEXO III).

### **3.6. Tratamento e Análise de Dados**

Os dados dos questionários GCEQp (2013) e IAQdV (2009) foram recolhidos através do formulário *Google Forms*, sendo exportado um ficheiro *excel* para serem analisados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, de modo a fazer uma lista final dos dados para análise estatística.

Foram recolhidas 19 respostas aos questionários, onde foram selecionados os dados a serem utilizados no presente estudo, em que, um questionário foi excluído por não cumprir os critérios de inclusão. Foi feito um *export* dos resultados dos questionários do *Google Forms* e, posteriormente foram inseridos numa base de dados construída antecipadamente do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0 para serem realizados os testes estatísticos imprescindíveis para identificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo nas variáveis analisadas. Assim, o tratamento estatístico foi realizado no SPSS usando o nível de significância estabelecido em 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Inicialmente foi feita uma análise descritiva das frequências e das medidas de tendência central e dispersão das variáveis: “idade”, “género”, “instituição a que pertence”, “prática de Boccia”, “estado civil” e “habilitações literárias”. Os testes estatísticos utilizados para confirmação das hipóteses, tendo em conta que a amostra total é de 18 indivíduos ( $n < 30$ ), foram não-paramétricos. Foi realizado o teste não paramétrico do coeficiente da correlação de Rho de *Spearman* de modo a verificar se as variáveis são diretamente ou inversamente proporcionais. De modo a confirmar as hipóteses previamente estabelecidas, foi utilizado o teste para amostras independentes U de *Mann-Whitney*. O nível de significância estabelecido foi de  $p \leq 0,5$ .

## **CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Para efeitos de apresentação dos resultados, inicialmente foi realizada uma análise descritiva às variáveis “idade”, “género”, “instituição a que pertence” e “prática de Boccia”, onde foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão. Os participantes do estudo têm idades compreendidas entre os 63 e 96 anos, sendo 12 são do género feminino e 6 do masculino<sup>3</sup>.

De acordo com a variável “prática de Boccia”, os participantes no estudo foram divididos entre praticantes e não praticantes da modalidade de Boccia. Os sujeitos que, praticam a modalidade na sua instituição, foram nomeados como o grupo dos praticantes. Na tabela 5 podem ser observadas as amostras dos dois grupos, em que 44,4 % da amostra pratica a modalidade de Boccia.

Tabela 5 – Estatística descritiva da variável “prática de Boccia”.

| Boccia          | N  | Percentagem | Percentagem Acumulada |
|-----------------|----|-------------|-----------------------|
| Praticantes     | 8  | 44,4        | 44,4                  |
| Não praticantes | 10 | 55,6        | 100,0                 |
| Total           | 18 | 100,0       |                       |

Devido à situação pandémica de SARS-COV-2, não foi possível completar a avaliação da aptidão física (Rikli e Jones, 1999) dos idosos, pelo que estas variáveis, inicialmente previstas, não serão objeto de análise no estudo, pelo que as hipóteses 1, 7 e 8 não serão analisadas e discutidas<sup>4</sup>.

Os cinco fatores do GCEQp (2013) podem ser observados na descrição da mesma na tabela seguinte (6). É possível analisar que a variável com maior importância, no geral, é referente à variável “manutenção da saúde” ( $\bar{x}$ =24,78) e o mais baixo refere-se à variável “objetivos e imagem” ( $\bar{x}$ =17,06). Nos fatores, os praticantes apresentam valores médios um pouco mais altos apenas em relação à “saúde” ( $\bar{x}$ =25,00) e nas “capacidades” ( $\bar{x}$ =23,63). Foi realizado o Teste-T de amostras independentes, onde foram analisadas as médias das variáveis do GCEQp (2013) em função da “prática de Boccia”, onde não foram observadas diferenças significativas.

<sup>3</sup> Estes resultados estão presentes na caracterização da amostra.

<sup>4</sup> Estão mais informações descritas nas limitações do estudo.

Tabela 6: Estatística descritiva da variável "GCEQp" (2013).

| GCEQp (2013)                   |            | N  | Média | Desvio-padrão | Sig.  |
|--------------------------------|------------|----|-------|---------------|-------|
| Manutenção da Saúde            | Praticante | 8  | 25,00 | 5,18          |       |
|                                | Não Prat.  | 10 | 24,60 | 4,03          |       |
|                                | Total      | 18 | 24,78 | 4,44          | 0,856 |
| Desenvolvimento de Capacidades | Praticante | 8  | 23,63 | 7,72          |       |
|                                | Não Prat.  | 10 | 20,80 | 7,18          |       |
|                                | Total      | 18 | 22,26 | 7,34          | 0,434 |
| Afiliação Social               | Praticante | 8  | 22,38 | 5,80          |       |
|                                | Não Prat.  | 10 | 22,80 | 3,71          |       |
|                                | Total      | 18 | 22,61 | 4,60          | 0,852 |
| Objetivos e Imagem             | Praticante | 8  | 15,00 | 8,57          |       |
|                                | Não Prat.  | 10 | 18,70 | 6,68          |       |
|                                | Total      | 18 | 17,06 | 7,58          | 0,318 |
| Reconhecimento Social          | Praticante | 8  | 17,50 | 7,78          |       |
|                                | Não Prat.  | 10 | 18,40 | 4,77          |       |
|                                | Total      | 18 | 18,00 | 6,10          | 0,766 |
| N válido                       |            | 18 |       |               |       |

Podem observar-se na tabela 7 os cinco fatores do IAQdV (2009). Pode analisar-se que o fator ao qual foi atribuído a maior importância foi ao fator "vida independente" ( $\bar{x}=5,83$ ), sendo um valor mais alto em comparação aos restantes, e o mais baixo refere-se ao fator "relações sociais" ( $\bar{x}=1,78$ ). Os valores médios referentes à "vida independente" são mais altos nos não praticantes ( $\bar{x}=6,70$ ) do que nos praticantes ( $\bar{x}=4,75$ ), apresentando também os maiores desvios-padrão, praticantes (4,77) e não praticantes (3,43). No entanto, em relação ao "bem-estar psicológico" os valores revertem-se, sendo mais alto nos praticantes ( $\bar{x}=3,13$ ) do que nos não praticantes ( $\bar{x}=2,80$ ). Foi realizado também o Teste-T de amostras independentes, onde foram analisadas as médias das variáveis do IAQdV (2009) em função da "prática de Boccia", onde não foram observadas diferenças significativas.

Tabela 7: Estatística descritiva da variável "IAQdV" (2009).

| IAQdV (2009)   |            | N (total) | Média | Desvio-padrão | Sig.  |
|----------------|------------|-----------|-------|---------------|-------|
| Saúde e Doença | Praticante | 8         | 3,50  | 1,60          |       |
|                | Não Prat.  | 10        | 3,60  | 1,58          |       |
|                | Total      | 18        | 3,56  | 1,54          | 0,896 |

|                       |            |    |      |      |       |
|-----------------------|------------|----|------|------|-------|
| Vida Independente     | Praticante | 8  | 4,75 | 4,77 |       |
|                       | Não Prat.  | 10 | 6,70 | 3,43 |       |
|                       | Total      | 18 | 5,83 | 4,08 | 0,328 |
| Relações Sociais      | Praticante | 8  | 2,00 | 2,45 |       |
|                       | Não Prat.  | 10 | 1,60 | 1,43 |       |
|                       | Total      | 18 | 1,78 | 1,90 | 0,670 |
| Sentidos              | Praticante | 8  | 2,50 | 1,20 |       |
|                       | Não Prat.  | 10 | 2,00 | 1,56 |       |
|                       | Total      | 18 | 2,22 | 1,40 | 0,467 |
| Bem-estar Psicológico | Praticante | 8  | 3,13 | 2,03 |       |
|                       | Não Prat.  | 10 | 2,80 | 1,75 |       |
|                       | Total      | 18 | 2,94 | 1,83 | 0,720 |
| N válido              |            | 18 |      |      |       |

A relação entre a variável “prática de Boccia” e as variáveis do GCEQp [(2013) (manutenção da saúde, desenvolvimento das capacidades, afiliação social, objetivos e imagem e reconhecimento social)] e as variáveis do IAQdV [(2009) (saúde e doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico)] foi analisada utilizando o teste Rho de *Spearman*. Foram feitas análises preliminares para aferir a eventual não violação das premissas de normalidade e da linearidade.

Uma vez que não se verificou a existência de qualquer relação entre as variáveis do GCEQp (2013) e as variáveis do IAQdV, (2009) os valores apresentados foram divididos em duas tabelas.

Os dados relativos ao GCEQp (2013) podem ser observados na tabela 8:

- Foi encontrada uma relação forte e positiva entre a variável “desenvolvimento de capacidades” e a variável “manutenção da saúde” ( $\rho = 0,625$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “desenvolvimento de capacidades” associada a um valor elevado da variável “manutenção da saúde”;
- Existe também uma relação forte e positiva entre a variável “afiliação social” e a variável “manutenção da saúde” ( $\rho = 0,620$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “afiliação social” associada a um valor elevado da variável “manutenção da saúde”;



- Observa-se uma relação forte e positiva entre a variável “afiliação social” e a variável “desenvolvimento de capacidades” ( $\rho = 0,815$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “afiliação social” associada a um valor da variável “desenvolvimento de capacidades”;
- Foi encontrada uma significativa forte e positiva entre a variável “objetivos e imagem” e a variável “manutenção da saúde” ( $\rho = 0,534$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,05$ ), com um valor elevado da variável “objetivos e imagem” associada a um valor da variável “manutenção da saúde”;
- Apresenta uma relação forte e positiva entre a variável “objetivos e imagem” e a variável “afiliação social” ( $\rho = 0,584$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,05$ ), com um valor elevado da variável “objetivos e imagem” associada a um valor da variável “afiliação social”;
- Observa-se uma relação forte e positiva entre a variável “reconhecimento social” e a variável “manutenção da saúde” ( $\rho = 0,632$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “reconhecimento social” associada a um valor da variável “manutenção da saúde”;
- Foi encontrada uma relação forte e positiva entre a variável “reconhecimento social” e a variável “desenvolvimento das capacidades” ( $\rho = 0,624$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “reconhecimento social” associada a um valor elevado da variável “desenvolvimento das capacidades”;
- Existe uma relação forte e positiva entre a variável “reconhecimento social” e a variável “afiliação social” ( $\rho = 0,621$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “reconhecimento social” associada a um valor elevado da variável “afiliação social”;
- Por fim, há uma relação forte e positiva entre a variável “reconhecimento social” e a variável “objetivos e imagem” ( $\rho = 0,732$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “reconhecimento social” associada a um valor elevado da variável “objetivos e imagem”.

Tabela 8: Correlação Rho de *Spearman* relativos do GCEQp (2013).

| Rho de <i>Spearman</i> do GCEQp (2013) |                               | Manutenção da Saúde | Desenvolvimento de Capacidades | Afiliação Social | Objetivos e Imagem |
|--|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|
| Desenvolvimento de Capacidades         | Coeficiente de correlação     | 0,625               |                                |                  |                    |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,006               |                                |                  |                    |
|  | N (total)                     | 18                  |                                |                  |                    |
| Afiliação Social                       | Coeficiente de correlação     | 0,620               | 0,815                          |                  |                    |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,006               | 0,000                          |                  |                    |
|  | N (total)                     | 18                  | 18                             |                  |                    |
| Objetivos e Imagem                     | Coeficiente de correlação     | 0,534               |                                | 0,584            |                    |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,023               |                                | 0,011            |                    |
|  | N (total)                     | 18                  |                                | 18               |                    |
| Reconhecimento Social                  | Coeficiente de correlação     | 0,632               | 0,624                          | 0,621            | 0,732              |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,005               | 0,006                          | 0,006            | 0,001              |
|  | N (total)                     | 18                  | 18                             | 18               | 18                 |

A tabela 9 é relativa às relações existentes entre os fatores do IAQdV (2009):

- Existe uma relação forte e positiva entre a variável “vida independente” e a variável “saúde e doença” ( $\rho = 0,739$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “vida independente” associada a um valor elevado da variável da “saúde e doença”;
- Foi encontrada uma relação forte e positiva entre a variável “relações sociais” e a variável “saúde e doença” ( $\rho = 0,532$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,05$ ), com um valor elevado da variável “relações sociais” associada a um valor elevado da variável “saúde e doença”;
- Apresenta uma relação forte e positiva entre a variável “relações sociais” e a variável “vida independente” ( $\rho = 0,554$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,05$ ), com um valor elevado da variável “relações sociais” associada a um valor elevado da variável “vida independente”;
- Existe uma relação forte e positiva entre a variável “bem-estar psicológico” e a variável “saúde e doença” ( $\rho = 0,635$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “bem-estar psicológico” associada a um valor elevado da variável “saúde e doença”;

- Foi encontrada uma relação forte e positiva entre a variável “bem-estar psicológico” e a variável “vida independente” ( $\rho = 0,674$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “bem-estar psicológico” associada a um valor elevado da variável “vida independente”;

- Por fim, há uma relação forte e positiva entre a variável “bem-estar psicológico” e a variável “relações sociais” ( $\rho = 0,687$ ;  $n = 18$ ;  $p < 0,01$ ), com um valor elevado da variável “bem-estar psicológico” associada a um valor elevado da variável “relações sociais”.

Tabela 9: Correlação Rho de *Spearman* relativos do IAQdV (2009).

| Rho de <i>Spearman</i> do IAQdV (2009) |                               | Saúde e Doença |  |  | Vida Independente |  |  | Relações Sociais |  |  |
|--|-------------------------------|----------------|--|--|-------------------|--|--|------------------|--|--|
|  |                               |                |  |  |                   |  |  |                  |  |  |
| Vida Independente                      | Coeficiente de correlação     | 0,739          |  |  |                   |  |  |                  |  |  |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,000          |  |  |                   |  |  |                  |  |  |
|  | N (total)                     | 18             |  |  |                   |  |  |                  |  |  |
| Relações Sociais                       | Coeficiente de correlação     | 0,532          |  |  | 0,554             |  |  |                  |  |  |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,023          |  |  | 0,017             |  |  |                  |  |  |
|  | N (total)                     | 18             |  |  | 18                |  |  |                  |  |  |
| Bem-estar Psicológico                  | Coeficiente de correlação     | 0,635          |  |  | 0,674             |  |  | 0,687            |  |  |
|  | Nível de significância (sig.) | 0,005          |  |  | 0,002             |  |  | 0,002            |  |  |
|  | N (total)                     | 18             |  |  | 18                |  |  | 18               |  |  |

De modo a responder às hipóteses segunda e terceira, foi realizado o teste estatístico U de *Mann-Whitney*, de modo a entender se existem diferenças significativas nas variáveis “objetivos e imagem” e “manutenção da saúde” do GCEQp (2013) em função da “prática de Boccia”. Tendo em conta os resultados obtidos, para a segunda hipótese aceitamos:

- H0 – não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “objetivos e imagem” em função da variável “prática de Boccia”, com um nível de significância de 0,20.

Para a terceira hipótese, aceita-se:

- H0 – não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “manutenção da saúde” em função da variável “prática de Boccia”, com um nível de significância de 0,70.

Podem observar-se esses resultados na tabela 10.

Tabela 10: Análise das variáveis do GCEQp (2013) em função da “prática de Boccia”.

|                               | Manutenção da Saúde | Desenvolvimento de Capacidades | Afiliação Social | Objetivos e Imagem | Reconhecimento Social |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|
| Nível de significância (sig.) | 0,70                | 0,24                           | 0,76             | 0,20               | 0,57                  |
| N (Total)                     | 18                  | 18                             | 18               | 18                 | 18                    |

Para responder à quarta hipótese, foi realizado o teste estatístico U de *Mann-Whitney*, de modo a entender se existem diferenças estatisticamente significativas na variável “vida independente” do IAQdV (2009) em função da “prática de Boccia”. De acordo com os resultados obtidos, para a quarta hipótese, aceita-se:

- H0 - não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “vida independente” em função da variável “prática de Boccia” com um valor de significância de 0,32.

Esses resultados podem ser observados na tabela 11.

Tabela 11: Análise das variáveis do IAQdV (2009) em função da “prática de Boccia”.

|                               | Saúde e Doença | Vida Independente | Relações Sociais | Sentidos | Bem-estar Psicológico |
|-------------------------------|----------------|-------------------|------------------|----------|-----------------------|
| Nível de significância (sig.) | 0,76           | 0,32              | 1,00             | 0,41     | 0,90                  |
| N (total)                     | 18             | 18                | 18               | 18       | 18                    |

Foi realizada uma análise através do teste U de *Mann-Whitney* de modo a observar se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis “manutenção da saúde”, “desenvolvimento de capacidades”, “afiliação social”, “objetivos e imagem” e “reconhecimento social” do GCEQp (2013) em função da variável “gênero feminino” e da variável “prática de Boccia”, onde não foi observado nenhum valor com uma significância inferior a 0,05. O valor da significância mais baixo é referente à variável “reconhecimento social” (sig. = 0,482) como é possível observar na tabela 12.

Tabela 12: Análise das variáveis do GCEQp (2013) em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia”.

|                              | Manutenção da Saúde | Desenvolvimento de Capacidades | Afiliação Social | Objetivos e Imagem | Reconhecimento Social |
|------------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|
| Nível de significância (sig) | 0,600               | 0,727                          | 1,000            | 0,600              | 0,482                 |
| N (Total)                    | 18                  | 18                             | 18               | 18                 | 18                    |

A mesma análise foi realizada nas mesmas variáveis referidas anteriormente ente significativas nas variáveis do GCEQp (2013) em função da variável “gênero masculino” e da variável “prática de Boccia”, onde não foi observado nenhum valor com uma significância inferior a 0,05. O valor da significância mais baixo é referente à variável “manutenção da saúde” (sig. = 0,333) como é possível observar na tabela 13.

Tabela 13: Análise das variáveis do GCEQp (2013) em função do “gênero masculino” e “prática de Boccia”.

|                              | Manutenção da Saúde | Desenvolvimento de Capacidades | Afiliação Social | Objetivos e Imagem | Reconhecimento Social |
|------------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|
| Nível de significância (sig) | 0,333               | 0,667                          | 0,667            | 0,667              | 0,667                 |
| N (Total)                    | 18                  | 18                             | 18               | 18                 | 18                    |

Foi aplicado o teste estatístico U de *Mann-Whitney* para responder à quinta hipótese, de modo a perceber se existem diferenças estatisticamente significativas na variável “saúde e doença” do IAQdV (2009) em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia”. De acordo com os resultados, para a quinta hipótese aceita-se:

- H1 – existem diferenças estatisticamente significativas na variável “saúde e doença” em função da variável “gênero feminino” e “prática de Boccia” com um valor de significância de 0,009.

Na tabela 14, estão apresentados os valores desta análise.

Tabela 14: Análise das variáveis do IAQdV (2009) em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia”.

|                                  | Saúde e<br>Doença | Vida<br>Independente | Relações<br>Sociais | Sentidos | Bem-estar<br>Psicológico |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|----------|--------------------------|
| Nível de<br>significância (sig.) | 0,009             | 0,145                | 0,064               | 0,209    | 0,145                    |
| N (total)                        | 18                | 18                   | 18                  | 18       | 18                       |

Apesar do nível de significância na análise da variável “relações sociais” em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia” ser superior ao valor definido, este apresenta um valor marginal, ou seja, está muito perto de atingir o valor necessário para que se sejam verificadas diferenças significativas (0,064).

Para responder à sexta hipótese, recorrendo ao teste U de *Mann Whitney*, de modo a perceber se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis “saúde e doença” do IAQdV (2009) em função do “gênero masculino” e “prática de Boccia”. De acordo com os resultados, para a sexta hipótese aceita-se:

- H0 – não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “saúde e doença” em função da variável “gênero masculino” e “prática de Boccia” com um valor de significância de 0,33.

A tabela 15 apresenta esse mesmo resultado.

Tabela 15: Análise das variáveis do IAQdV (2009) em função do “gênero masculino” e “prática de Boccia”.

|                                  | Saúde e<br>Doença | Vida<br>Independente | Relações<br>Sociais | Sentidos | Bem-estar<br>Psicológico |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------|----------|--------------------------|
| Nível de<br>significância (sig.) | 0,333             | 0,333                | 0,667               | 0,333    | 0,667                    |
| N (total)                        | 18                | 18                   | 18                  | 18       | 18                       |

É então possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas das variáveis dos questionários GCEQp (2013) e IAQdV (2009) em função da prática, com a exceção da variável “saúde e doença” em função do “gênero feminino” e “prática de Boccia”.

## **CAPÍTULO V: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este estudo teve como objetivo estudar a influência da prática da modalidade de Boccia tem um impacto positivo na população sénior em relação à aptidão física, motivação e qualidade de vida. Para a obtenção dos dados, foram aplicados dois questionários aos 18 participantes: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (2009) e o *Goal Content for Exercise Questionnaire* portuguesa (2013), sendo que não foi possível a aplicação do Protocolo de Rikli e Jones (1999).

A revisão da literatura mostra que a prática de atividade física tem um impacto positivo na aptidão física, motivação e qualidade de vida da população alvo (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001; Neves, 2006; Rodrigues C. , 2006; Azeredo & Afonso, 2016; Salguinho, 2020; Silveira, et al., 2020).

Na literatura consultada, não foi possível identificar estudos com metodologia semelhante à utilizada no presente estudo, que tenha avaliado a Qualidade de Vida através do IAQdV (2009) e a Motivação através do GCEQp (2013) em idosos. Logo, o trabalho de análise comparativa tornou-se difícil, e assim, a análise de resultados do presente estudo foi baseada em estudos semelhantes com outra metodologia.

Num dos estudos sobre a prática de Boccia sénior, Neves (2006) concluiu que esta modalidade nesta faixa etária combate o isolamento, promove o bem-estar físico e psicológico, aumenta o prazer de viver e melhora ainda a aptidão física. São necessários estudos que relacionem a atividade física, a saúde, a qualidade de vida e o envelhecimento, sendo que estes conceitos se relacionam entre si (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001), e Blacklock, Rhodes e Brown (2007) referem que deve existir uma pesquisa mais profunda sobre a atividade física e a qualidade de vida na população idosa. De modo a promover a qualidade de vida, privilegiando o combate ao isolamento e à solidão, que muitas vezes acontece com os idosos de centro de dia e / ou lar, Azeredo e Afonso (2016) referem que estes aspetos podem ser minimizados através de atividades que possibilitem convívios, como pode ser o exemplo da prática da modalidade abordada.

Em 2013, Ramos, Moutão e Cid desenvolveram um estudo de modo a avaliar os cinco fatores do questionário GCEQp (2013) a indivíduos que praticam atividade física. O fator que apresentou uma maior média diz respeito à “saúde” (5,83), seguindo-se da “imagem” (2,39), as “capacidades” (5,02), a “afiliação social” (4,45) e, por fim, o “reconhecimento social” (3,93). O estudo anterior obteve resultados alfa de Cronbach todos superiores a 0,70, sendo valores aceitáveis e são eles, a “afiliação social” (0,77), a “imagem” (0,78), a “saúde” (0,68), o “reconhecimento social” (0,87) e às



“capacidades” (0,73) (Ramos, Moutão, & Cid, 2013). Ao contrário do que é descrito no estudo anterior, no presente estudo o fator “imagem” apresentou os valores médios mais baixos em relação aos fatores anteriores mas, no entanto, no fator “saúde” foi possível observar os valores médios mais altos.

Em 2016, num estudo que avaliou os motivos da prática de atividade física em mulheres praticantes e não praticantes por Moreno-Murcia, Marco-Pardo e Elisa Huéscar obteve resultados semelhantes através do questionário GCEQp (2013). Na sua análise interna, a amostra obteve valores de alfa de 0,84 na “afiliação social”, 0,78 na “imagem”, 0,63 na “saúde”, 0,83 no “reconhecimento social” e 0,83 nas “capacidades”. Sendo o valor inferior a 0,70 considerado um valor marginal aceitável. De acordo com a análise descritiva, os valores médios mais altos dizem respeito à “saúde”, tal como no estudo referido anteriormente. Sendo que o grupo praticante refere que a atividade física é uma forma de obter benefícios não só a nível pessoal, mas também melhora a sua saúde e a imagem corporal e beneficia a nível social (Moreno-Murcia, Marcos-Pardo, & Huéscar, 2016).

No ano de 2017, Antunes, Couto, Monteiro, Moutão, Marinho e Cid realizaram um estudo em idosos portugueses utilizado o questionário GCEQp (2013), em que maioria dos idosos praticava atividade física regular. Neste estudo, o fator com valores superiores foi a “saúde” e o com menos valores foi o “reconhecimento social”, havendo uma relação estatisticamente significativa entre todos os fatores, com a exceção entre “reconhecimento social” e “saúde”. De acordo com os valores de alfa, foram todos superiores a 0,70, a “afiliação social” (0,76), a “imagem” (0,76), a “saúde” (0,83), o “reconhecimento social” (0,87) e as “capacidades” (0,78), sendo valores aceitáveis (Antunes, et al., 2017).

No presente estudo, também foi possível observar nove correlações estatisticamente significativas entre os fatores do questionário GCEQp (2013), todas positivas e fortes. Tal como no estudo referido anteriormente, no presente estudo o fator “saúde” pode ter apresentado valores altos sendo que a população alvo do estudo são idosos, e neste caso, residente em lares, centro de dia ou instituições semelhantes, tal como mencionado no estado da arte.

Tal como nos três estudos referidos anteriormente, os valores do alfa vão ao encontro aos apresentados, sendo eles: na “saúde” (0,754), nas “capacidades” (0,951), na “imagem” (0,887) e no “reconhecimento social” (0,778) são valores aceites, com a exceção da “afiliação social” (0,671) que é um valor marginal aceitável. Isto demonstra

a fiabilidade do questionário de modo a estudar os motivos da prática de atividade física na população idosa. Também no presente estudo, e na mesma medida que os anteriores, os valores médios são superiores na saúde.

Na análise do GCEQp (2013) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em função da prática da modalidade ou em função do género e do prática. Em que, nos resultados do estudo, os praticantes apenas obtiveram valores médios superiores no fator “manutenção da saúde” e no fator “desenvolvimento das capacidades”, o que pode ser explicado devido à situação sob a qual o estudo foi efetuado.

É importante referir que de uma forma geral é de consenso entre os autores que a prática de atividade física tem impacto em como as pessoas se sentem melhores a nível da saúde (Ramos, Moutão, & Cid, 2013; Moreno-Murcia, Marcos-Pardo, & Huéscar, 2016; Antunes, et al., 2017).

Em 2009, num estudo que avaliava a qualidade de vida de idosos através do IAQdV (2009), Fonseca, Nunes, Martins, Paúl e Castro-Caldas chegaram à conclusão que as mulheres tem uma perceção de qualidade de vida mais baixa do que os homens, no que diz respeito ao fator “saúde e doença” e “bem-estar psicológico” e que a idade está diretamente relacionada com a qualidade de vida. De acordo com os valores de alfa, apenas o fator “vida independente” (0,86) apresentou um valor superior a 0,70, sendo este um valor aceitável, enquanto que os restantes valores são, o fator “saúde e doença” (0,55), as “relações sociais” (0,59), os “sentidos” (0,53) e o “bem-estar psicológico” (0,59). Sendo que a “vida independente” é o fator que explica melhor uma boa qualidade de vida, seguindo-se do “bem-estar psicológico”.

Os valores de alfa de Cronbach do presente estudo vão ao encontro aos valores de alfa do estudo mencionado anteriormente, mais propriamente na “saúde e doença” (0,555), nos “sentidos” (0,438) e no “bem-estar psicológico” (0,492), sendo estes os valores mais baixos. No que diz respeito à “vida independente” (0,913) e às “relações sociais” (0,843), apresentou valores aceites e os mais elevados, em que o presente estudo apresenta uma maior fiabilidade em relação ao estudo anterior. Isto pode mostrar que estes dois últimos fatores apresentados são os mais importantes para a população alvo em relação à qualidade de vida dos mesmos, como é referida ao longo do estado da arte.

De acordo com o presente estudo, a nível geral o fator com maior importância foi o fator “vida independente” seguindo-se do fator “saúde e doença”, o que é também avaliado no estudo de Fonseca, Nunes, Martins, Paúl e Castro-Caldas (2009), estando este fator diretamente relacionado com uma melhor qualidade de vida como é apresentado na revisão da literatura. Apesar de não terem sido obtidas diferenças estatisticamente significativas nos fatores do questionário IAQdV (2009) em função do praticante, os praticantes obtiveram melhores resultados médios em relação ao fator “bem-estar psicológico”.

No presente estudo foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na variável “saúde e doença” do IAQdV (2009) em função do “género feminino” e da “prática de Boccia” e um valor marginal na variável “relações sociais”, significando que as praticantes da modalidade do género feminino sentem que tem uma melhor saúde e um melhor bem-estar social em relação às não praticantes, apesar do número pequeno da amostra.

Foram também observadas seis correlações estatisticamente significativas positivas e fortes entre os fatores do questionário IAQdV (2009).

Em 2014, Biehl-Printes, Teixeira, Costa, Pinheiro, Cruz e Tomas-Caruz, realizaram um estudo que comparava a aptidão física funcional e a percepção da qualidade de vida entre idosos que frequentam e não frequentam a universidade sénior. Em relação à qualidade de vida foi estudada a partir do questionário WHOQOL-BFEF versão portuguesa, em que apenas foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao domínio físico, com os idosos praticantes a obter valores médios (Biehl-Printes, et al., 2014). Apesar da metodologia não ser a mesma utilizada no presente estudo, pode fazer-se uma ligação entre o domínio físico e uma melhor qualidade de vida, ou seja, para um melhor domínio físico deve praticar-se atividade física regular, como pode ser o caso do boccia. Assim, os praticantes de qualquer atividade têm uma melhor sensação de qualidade de vida, como é mencionado ao longo da revisão da literatura.

Embora nos resultados do presente estudo não serem apresentadas diferenças estatisticamente significativas em função da prática da modalidade de boccia, de acordo com as médias dos resultados, pode entender-se que a prática de atividade física tem uma forte ligação com a qualidade de vida. Isto pode ser explicado pelo facto da população alvo ter dado uma maior importância à vida independente e, devido às suas idades, quanto melhor a sua independência, melhor a sua qualidade de vida

como é referido no estado da arte (World Health Organization, 2002; Paterson, Jones, & Rice, 2007)

No ano de 2018, Figueiredo realizou um estudo sobre o impacto da modalidade do Boccia na população idosa nos domínios cognitivo, equilíbrio, atividades de vida diária e afetividade. O estudo foi realizado em idosos de um centro de dia e verificou-se que a implementação de um programa de treino da modalidade de Boccia é benéfica nos fatores por ele estudados, com a exceção das atividades de vida diária.

Em 2020, Luísa Salguinho realizou um estudo de modo a analisar a influência do Boccia e dos encontros entre instituições em idosos institucionalizados em relação à diminuição da solidão. No seu estudo, concluiu que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à perceção de solidão por valência, mas, no entanto, o centro de dia apresentou valores de solidão mais elevados do que no lar, não existindo também diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em relação ao nível de solidão. No estudo referido anteriormente, provou-se que a modalidade de Boccia e os encontros ajudaram a contribuir para a diminuição do nível de solidão e o isolamento social nos idosos institucionalizados apresentando diferenças estatisticamente significativas neste âmbito.

Assim, pode perceber-se que, a prática da modalidade abordada promove o combate ao isolamento e à solidão, melhora o nível cognitivo dos idosos e em termos de equilíbrio, levando a uma melhor qualidade de vida, e no que diz respeito à motivação de querer pertencer a algo e ter competição durante o seu dia-a-dia. Então, segundo os autores mencionados ao longo do presente estudo, a modalidade de boccia pode ser uma mais valia na vida das pessoas com mais idade, como é o propósito do estudo.

## **5.1. Limitações do estudo**

Devido à situação pandémica que o país se encontra e às condições impostas pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2) e tendo em conta as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde, tornou-se impossível seguir a ideia inicial do presente estudo. A população alvo do estudo foi a mais afetada por este vírus e, por sua vez, os lares e os centros de dia. As visitas e entradas externas aos lares e centros de dia foram canceladas, entrando apenas o pessoal necessário,

tornando-se difícil o contacto direto com a população em questão e responder ao objetivo do estudo.

A ideia inicial seria o estudo ser composto por uma amostra com cerca de cem idosos, tendo cinquenta praticantes e cinquenta não praticantes de Boccia que residissem em lares ou frequentassem centros de dia e, os questionários seriam aplicados diretamente aos idosos, sem intermediários, e o protocolo de aptidão física iria ser aplicado em grupo. Este desenho, eventualmente, iria apresentar resultados mais viáveis tendo em conta que existem poucos estudos com este tipo de população relacionada com a modalidade em questão e os instrumentos de medida escolhidos.

Apesar do protocolo da aptidão física não ter sido estudada no presente estudo, Neves (2006) mostrou que a modalidade de Boccia manifesta, de facto, melhorias e manutenção a nível da Aptidão Física em idosos praticantes da modalidade. Em 2020, foi realizado um estudo que avaliou o impacto da prática da atividade física na aptidão funcional de idosos através da bateria de testes *Senior Fitness Test* de Rikli e Jones (2001), por Silveira, Paulo, Honório, Batista, Duarte-Mendes, Rocha, Petrica, Santos, Faustino e Serrano. Neste estudo, os autores observaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre praticantes e não praticantes de atividade física e que, os praticantes de atividade física apresentam valores médios superiores aos não praticantes de atividade física (Silveira, et al., 2020).

Os resultados a nível estatístico obtidos no presente estudo podem ser explicados devido à situação sob a qual foi efetuado, pois com a SARS-COV-2, as visitas aos lares foram canceladas. Sem visitas, a aplicação dos questionários teve de ser diferente, e com as medidas de segurança, muitas das atividades que os indivíduos que residem em lares ou frequentam centros de dia faziam no seu dia-a-dia também foram adiadas, influenciando no bem-estar geral do indivíduo. Também com o isolamento desta população com idade mais avançada, pode ter afetado significativamente a forma como deram as suas respostas.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO**

Este estudo teve como objetivo estudar a influência da prática da modalidade de Boccia em relação à aptidão física, motivação e qualidade de vida, na população sénior. Através de inúmeros estudos, pode perceber-se que a prática de atividade física tem um impacto positivo na aptidão física, motivação e qualidade de vida da população alvo. Através da literatura, pode observar-se que o fator social e fator cognitivo influencia na forma como os indivíduos praticam atividade física e na forma como se expressam.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos fatores estudados dos questionários de acordo com a prática da modalidade. Contudo, foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa ( $\text{sig}=0,009$ ) na variável “saúde e doença”, no questionário IAQdV (2009) em função do “género feminino” e “prática de Boccia”, podendo as praticantes ter uma melhor sensação em relação ao fator apresentado, sendo assim a quinta hipótese possível. No mesmo questionário e em função dos mesmos fatores que o anterior, foi possível observar um valor marginal na variável “sentidos” ( $\text{sig}=0,064$ ). Foi também observável quinze correlações estatisticamente significativas entre os fatores do GCEQp [(2013) (manutenção da saúde, desenvolvimento das capacidades, afiliação social, objetivos e imagem e reconhecimento social)] e nos fatores do IAQdV [(2009) (saúde e doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico)], sendo a mais relevante (0,815) entre a variável “afiliação social” e “desenvolvimento de capacidades”, ambas do GCEQp (2013).

A maioria das hipóteses não foram confirmadas, podendo ter que ver com o facto de não haver diferenças estatisticamente significativas, do número de sujeitos da amostra e devido à situação sob a qual o estudo foi efetuado.

Contudo, pode entender-se que a prática de atividade física tem uma forte ligação com a qualidade de vida, bem como a importância que tem na saúde da população-alvo. Isto pode ser explicado pelo facto da população alvo ter dado uma maior importância à vida independente e à saúde e, devido às suas idades, quanto melhor a sua independência e melhor for a sua saúde, melhor a sua qualidade de vida como dita o estado da arte.

Os resultados podem ter ficado comprometidos pela situação pandémica que nos encontramos, sendo que a população alvo deste estudo foi das mais atingidas por esta, não só pelo isolamento, que por si só já influencia muito, mas também pelo facto

de terem ficado sem fazer as atividades que normalmente realizam e sem as visitas dos familiares.

As limitações do estudo estão ligadas diretamente às condições sob as quais o presente estudo foi realizado e podem justificar os resultados obtidos.

Seria aconselhável existir uma amostra total mais volumosa, para que a obtenção de dados possa ser mais robusta, que tal não se verificou neste estudo, pois a amostra foi muito reduzida. Num futuro próximo, será oportuno realizar um estudo com um formato igual, mas com uma amostra superior a cem indivíduos, ou seja, pelo menos cinquenta praticantes e igual para não praticantes, avaliando a aptidão física e também dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção, em que a intervenção seria aplicada durante várias semanas a um grupo menor dos não praticantes de atividade de Boccia e que seja possível avaliar a aptidão física dos indivíduos.

Por fim, são necessários mais estudos que relacionem a atividade física com a motivação, a aptidão física e qualidade de vida em indivíduos com idades mais avançadas.





## **CAPÍTULO VII: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ACSM. (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 1510 - 1530. doi:10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- ACSM's. (2018). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. *American College of Sports Medicine*, 10.
- Antunes, R., Couto, N., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D., & Cid, L. (2017). Validation of the Goal Content for Exercise Questionnaire (GCEQ) for a sample of elderly Portuguese people. *Motricidade*, 13(1), 59-67. doi:http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.9541
- Araújo, D. S., & Araújo, C. G. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6(5), 194-203.
- Azeredo, Z., & Afonso, M. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 19(2), 313-324. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085
- Biehl-Printes, C., Teixeira, D., Costa, A., Pinheiro, V., Sousa, P., Cruz, J., & Tomas-Carus, P. (2014). A comparative study of the functional fitness and perception of quality of life among elderly participants and non-participants of Universities of third age. *Journal of Aging & Innovation*, 3(3), 39-49.
- Blacklock, R., Rhodes, R., & Brown, S. (2007). Relationship Between Regular Walking, Physical Activity, and Health-Related Quality of Life. *Journal of Physical Activity and Health*, 4(2), 138-152. doi:https://doi.org/10.1123/jpah.4.2.138
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., . . . Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649-657. doi:10.1016/S0140-6736(14)61464-1
- Bodas, A. R., Lázaro, J. P., & Fernandes, H. M. (2007). Perfil psicológico de prestação dos atletas paralímpicos Atenas 2004. *Motricidade*, 3(3), 33-43.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal - Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Castellón, A., & Pino, S. d. (2003). Calidad de vida en la atención mayor. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 188-192.
- Center for Disease Control and Prevention. (2000). *Measuring healthy days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life*.
- Charansonney, O. L. (2011). Physical Activity and Ageing: A Life-Long Story. *Discovery Medicine*, 12(64), 177-185.
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(7), 1510-1530. doi:10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- DGS. (2014). Portugal Idade Maior em Números.
- DGS. (2020). *Direção Geral de Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>
- European Commission. (2015). *Demography Report*. Luxembourg. doi:10.2767/769227
- Eurostat. (2016). Healthy life years.
- Figueiredo, R. (2018). Os benefícios do Boccia na incapacidade associada ao processo de envelhecimento. *Trabalho de Projeto em Educação Especial*.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) - Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa. *Physhologia*, 50, 373-388.
- Furtado, G. E., Carvalho, H. M., Patrício, M., Loureiro, M., Uba-Chupel, M., Colado, J. C., . . . Teixeira, A. M. (2020). Chair-based exercise programs in institutionalized older women: salivary steroid hormones, disabilities and frailty changes. *Experimental Gerontology*, 130(2020). doi:<https://doi.org/10.1016/j.exger.2019.110790>
- Furtado, G. E., Patrício, M., Loureiro, M., Hogervorst, E., Theou, O., Ferreira, J. P., & Teixeira, A. M. (2019). Physical frailty and health outcomes of fitness, hormones, psychological and disability in institutionalized older women: an exploratory association study. *Women & Health*, 1-16.
- Furtado, G. E., Trombetta, J., Letieri, R. V., Caldo, A., Rodrigues, R. N., Vieira-Pedrosa, A., . . . Ferreira, J. P. (in press, 2021). Combined Chair-based Exercises Improve Functional Fitness, Mental Well-Being, Salivary Steroid Balance and Anti-Microbial Activity In Pre-Frail Older Women. *Frontiers in Psychology, (Neuropsychology)*.
- Gonçalves, L., Silva, A., Mazo, G., Benedetti, T., Santos, S., Marques, S., . . . Rezende, T. (2000). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública*, 26(9), 1738-1746.
- INE. (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico em Portugal que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. *Destaques*, 1-19.
- INE. (2019). Estimativas de População Residente em Portugal - 2018. 1-14. Obtido de [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Anuário Estatístico de Portugal 2019*. Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *A mortalidade em Portugal no contexto da pandemia COVID-19*. Obtido de [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Marques, E. A., Baptista, F., Santos, R., Vale, S., Santos, D. A., Silva, A. M., . . . Sardinha, L. B. (2014). Normative Functional Fitness Standards and Trends of Portugese Older Adults: Cross-Cultural Comparisons. *Journal of Aging and Physical Activity*(22), 126-137. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1123/JAPA.2012-0203>

- Martins, R. J. (2016). *Aptidão Física, Atividade Física e Qualidade de Vida relacionada com a Saúde de Idosos*.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K., & Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev. Bras. Medi. Esporte*, 7(1), 1-13.
- Meneguci, J., Santos, D. A., Silva, R. B., Santos, R. G., Sasaki, J. E., Tribess, S., . . . Júnior, J. S. (2015). Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. *Motricidade*, 11(1), 160-174. doi:<https://doi.org/10.6063/motricidade.3178>
- Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*(32), 314-363.
- Molton, I. R., & Jensen, M. P. (2010). Ageing and disability: Biopsychosocial perspectives. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(2), 253-265. doi:[doi:10.1016/j.pmr.2009.12.012](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2009.12.012)
- Moreno-Murcia, J. A., Marcos-Pardo, P. J., & Huéscar, E. (2016). Motivos de Prática Físico-Deportiva em Mulheres: Diferencias entre Practicantes y no Practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 35-41.
- Neves, A. (2006). *Aptidão Física relacionada com a Saúde de Idosos - Estudo comparativo entre Idosos Praticantes e não Praticantes de Boccia. Dissertação de Mestrado*.
- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades. *Revista Kairós*, 20(4), 49-741. doi:[10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71](https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71)
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Paterson, D. H., Jones, G. R., & Rice, C. L. (2007). Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Applied Physiological Nutricional Metabolism*. doi:[10.1139/H07-111](https://doi.org/10.1139/H07-111)
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. pp. 275-287. Obtido de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>
- Paul, C., & Fonseca, A. (2006). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- PCAND. (2018). *Regras de Boccia Sénior 2018-2019*.
- PCAND. (2019). *Paralisia Cerebral - Associação Nacional de Desporto*. Obtido em 14 de Janeiro de 2019, de <http://pcand.pt/>
- Pereira, P. (2008). Os Idosos, a Prática Desportiva e a Inatividade - Um estudo sobre os motivos no conselho de Tarouca. *Dissertação de Licenciatura - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto*.
- Pinto, M. J. (2003). *Aptidão Física, Destreza Manual e Sensibilidade Propriocetiva Manual no Idoso: Estudo em praticantes e não praticantes de actividade física*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Pordata. (2015). *Retrato de Portugal na Europa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- PORDATA. (2020). *Óbitos de residentes em Portugal: total e por grupo etário*. Obtido em Outubro de 2020, de PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo:

<https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+total+e+por+grupo+et%c3%a1rio-3495>

- Ramos, E. L., Moutão, J., & Cid, L. (2013). Motivos para a Prática de Exercício: Tradução e Calidação do Goal Content for Exercise Questionnaire para Português. *Conteúdos dos objetivos no Exercício Físico*.
- Rieping, T., Furtado, G. E., Letieri, R. V., Chupel, M. H., Colado, J. C., Hogervorst, E., . . . Ferreira, J. P. (2019). Effects of Different Chair-Based Exercises on Salivary Biomarkers and Functional Autonomy in Institutionalized Older Women. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 90(1), 36-45. doi:10.1080/02701367.2018.1563272
- Rikli, R. (2015). Reliability, Validity and Methodological Issues in Assessing Physical Activity in Older Adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(2), 89-96. doi:10.1080/02701367.2000.11082791
- Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2008). Teste de Aptidão Física para Idosos (1ª Edição).
- Rikli, R., & Jones, C. (2001). Senior Fitness Test Manual. Obtido de <https://books.google.pt/books?id=NXfXxOFFOVwC&printsec=frontcover&dq=senior+fitness+test+manual&hl=pt-#v=onepage&q&f=false>
- Rodrigues, C. (2001). A História do Boccia - do seu passado ao presente. *Dissertação de Licenciatura - Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto*.
- Rodrigues, C. (2006). Estudo dos Motivos que Levam o Idoso a Praticar Boccia.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Salguinho, L. (2020). "Semear Boccia Sénior" - envelhecimento ativo e encontros. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social*.
- Santos, A., & Simões, A. (2012). Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspetivas. *Saúde Soc. São Paulo*, 21(1), 181-192.
- Sardinha, L. (2009). *Orientações da União Europeia para a Actividade Física - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Silva, N. (2012). Motivação para a prática de Boccia - Estudo em atletas participantes no Campeonato Nacional de Boccia Sénior. *Dissertação de Mestrado*.
- Silveira, P., Paulo, R., Honório, S., Batista, M., Duarte-Mendes, P., Rocha, J., . . . Serrano, J. (2020). Atividade Física versus Avaliação da Aptidão Física Funcional de Idosos. 117-125.
- SNS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.
- Stathi, A., Fox, K. R., & McKenna, J. (2002). Physical Activity and Dimensions of Subjective Well-Being in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*(10), 16-92.

- Swedish National Institute of Public Health. (2010). *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease* (2a ed.).
- Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A., & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by community dwelling older adults: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 329-338. doi:10.1016/j.arr.2012.10.001
- Vagetti, G. C., Filho, V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V., Mazzardo, O., & Campos, W. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*(36), 76-88. doi:10.1590/1516-4446-2012-0895
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*.
- World Health Organization. (2014). Atividade Física - Folha Informativa Nº385 - Fevereiro de 2014. Obtido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
- World Health Organization. (2016). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*.
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.
- World Health Organization. (2018). *European Health Report 2018*.
- Zaidi, A. (2014). *Life Cycle Transitions and Vulnerabilities in Old Age: A Review*.

## **CAPÍTULO VIII: ANEXOS**



## ANEXO I – Contacto com as Instituições

### Pedido de Colaboração - Investigação sobre o impacto do Boccia Sénior na Aptidão Física, Motivação e Qualidade de Vida

Ex.mos Senhores,

O meu nome é Isabel Silva, sou Estudante do Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (FCDEF - UC) e estou a realizar a Dissertação, sob orientação do Professor Doutor José Pedro Ferreira e do Professor Doutor Hugo Sarmento.

O estudo que estamos a desenvolver, sob o título "Aptidão Física, Motivação e Qualidade de Vida: Estudo entre praticantes e não praticantes de Boccia Sénior", visa analisar a Qualidade de Vida e a Motivação por parte da população sénior, mais propriamente em idosos que residam em Lares e/ou frequentem Centros de Dia.

A ideia inicial seria dirigir-me às Instituições e fazer pessoalmente os questionários, em contacto direto com a população, no entanto, devido à situação de pandemia em que nos encontramos, o mais seguro será pedir aos participantes que possam preencher os questionários online, reduzindo, desta forma, o risco para todos os envolvidos, sobretudo a população sénior. Assim, ficaremos muito gratos que um dos vossos técnicos pudesse pedir aos vossos utentes para colaborar no preenchimento do questionário – a resposta ao mesmo não deve tomar mais de 10 minutos e a vossa colaboração será uma grande ajuda para mim.

Sei que o momento não é, de todo ideal, mas se pudessem apelar à colaboração dos vossos utentes e enviar algumas respostas tal será muito importante para me ajudar a concluir esta fase de estudos.

Todos os dados que fornecerem são anónimos e confidenciais, sendo apenas usados para este fim. A participação é voluntária e, caso considerem necessário, qualquer participante poderá interrompê-la a qualquer momento, sem qualquer consequência. Para tal, deixo no final o link do formulário do questionário para que possam responder.

Caso tenha alguma questão, não hesite em contactar-me por este endereço eletrónico ou através do 965375032.

<https://forms.gle/VUA39HX4wx92UkbZA>

Grata pela sua disponibilidade e colaboração,

Isabel Silva

## **ANEXO II – Consentimento Informado**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Título do estudo:** Aptidão Física, Motivação e Qualidade de Vida: Estudo entre praticantes e não praticantes de Boccia Sénior.

**Enquadramento:** Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra; Orientador: José Pedro Ferreira, PhD e Hugo Sarmento, PhD.

**Explicação do estudo:** Será necessário o preenchimento de dois questionários e a realização de um protocolo e, por sua vez, serão recolhidos e analisados as respostas aos questionários e os resultados do protocolo. Irá haver um grupo de controlo e um grupo experimental. Os dados serão recolhidos pessoalmente nas diferentes entidades do grupo de controlo e do grupo experimental e, cada questionário juntamente com o protocolo demorará aproximadamente 20 a 30 minutos a estar concluído.

**Condições e financiamento:** Não existe pagamento de deslocações ou contrapartidas.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos serão utilizados apenas para a realização da presente dissertação e serão admitidos códigos para garantir a confidencialidade, não sendo pedidos quaisquer dados de identificação.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Assinatura/s de quem pede consentimento:** ... ..

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de

confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome:** ... ..

**Assinatura:** ... .. **Data:** ..... /..... /...

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE**

**(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)**

**NOME:** ... ..

**BI/CC N.º:** ..... **DATA OU VALIDADE** ..... /..... /.....

**GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:** .....

**ASSINATURA** ... ..

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA /S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

## ANEXO III – Bateria de Questionários



### UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

#### Bateria de Questionário sobre Qualidade de Vida e Motivação

*[jpferreira@fcdef.uc.pt](mailto:jpferreira@fcdef.uc.pt)*

*[isa9silva@hotmail.com](mailto:isa9silva@hotmail.com)*

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação no âmbito da Dissertação do Mestrado de Exercício e Saúde em Populações Especiais intitulado de “Aptidão Física, Motivação e Qualidade de Vida: Estudo entre praticantes e não praticantes de Boccia Sénior”. Trata-se de um instrumento que envolve a recolha de **informação confidencial** pelo que **nunca** no decorrer deste trabalho será divulgada a identificação dos indivíduos nele intervenientes.

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

**Obrigado pela colaboração!**

## 1 – Dados Biográficos

1.1 – Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1.2 – Género: \_\_\_\_\_

1.3 – Instituição a que pertence: \_\_\_\_\_ (Lar/Centro de Dia/Outro)

1.4 – Praticante de Boccia: \_\_\_\_\_ (Sim/Não)

1.4 – Estado civil: \_\_\_\_\_ (Solteiro/Casado/União de Facto/Divorciado/Viúvo)

1.5 – Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ (1-4 anos/5-6 anos/10-11 anos/12º ano/ensino superior)

## 2 – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)

Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa. *Psychologica*, (50), p. 373-388.

Hawthorne, G., Richardson, J., Osborne, R., McNeil, H. (1997). The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument. Construction, initial validation & utility scaling. Monash University: Centre for Health Program Evaluation.

---

**INSTRUÇÕES:** Por favor, em cada questão coloque um círculo à volta da alternativa (a. b. c. ou d.) que melhor descreve a sua situação ao longo do último mês. Sendo que são 15 itens sobre 5 áreas, a doença, a vida independente, as relações sociais, os sentidos e o bem-estar psicológico.

### DOENÇA

**1. Em relação ao uso de medicamentos receitados:**

- a. Normalmente não tomo medicamentos.
- b. Tomo um ou dois medicamentos regularmente.
- c. Necessito de tomar três ou quatro medicamentos regularmente.
- d. Necessito de tomar cinco ou mais medicamentos regularmente.

**2. Necessito de tratamento médico regular (por um médico ou outro profissional de saúde)?**

- a. Não necessito de tratamento médico regular.

- b. Às vezes vou ao médico, mas não necessito de tratamento médico regular.
- c. Necessito de tratamento médico regular.
- d. A minha vida depende de tratamento médico regular.

## **VIDA INDEPENDENTE**

**3. Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas?** *(Por exemplo, andarilho, cadeira de rodas, prótese, etc.)*

- a. Não preciso de ajudas ortopédicas.
- b. Às vezes preciso de ajudas ortopédicas.
- c. Preciso regularmente de ajudas ortopédicas.
- d. Sou obrigado a usar ajudas ortopédicas.

**4. Necessito de ajuda para cuidar de mim mesmo?**

- a. Não necessito de ajuda nenhuma.
- b. Necessito às vezes de ajuda em tarefas de cuidados pessoais.
- c. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis de cuidados pessoais.
- d. Necessito diariamente de ajuda na maior parte das tarefas de cuidados pessoais.

**5. Quando realizo tarefas domésticas:** *(Por exemplo, preparar refeições, arrumar roupas, fazer pequenos arranjos.)*

- a. Não necessito de qualquer ajuda.
- b. Às vezes necessito de ajuda.
- c. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis.
- d. Necessito de ajuda diária na maior parte ou em todas as tarefas.

**6. Pensando sobre a forma como me movimento em casa e na rua:**

- a. Movimento-me em casa e na rua sozinho(a) sem qualquer dificuldade.
- b. Tenho dificuldade em movimentar-me sozinho(a) tanto em casa como na rua.
- c. Não sou capaz de me movimentar na rua mas consigo movimentar-me em casa, embora com alguma dificuldade.
- d. Não sou capaz de me movimentar nem na rua nem em casa.

## **RELAÇÕES SOCIAIS**

**7. As minhas relações (com os meus amigos, companheiro(a) ou familiares) normalmente:**

- a. São quase sempre muito próximas e afetivas.
- b. São às vezes próximas e afetivas.
- c. Só raramente são próximas e afetivas.
- d. Não mantenho qualquer relação próxima e afetiva.

**8. Pensando sobre a minha relação com outras pessoas:**

- a. Tenho amigos e nunca ou raramente me sinto só.
- b. Embora tenha amigos, por vezes sinto-me só.
- c. Tenho alguns amigos, mas sinto-me muitas vezes só.
- d. Estou socialmente isolado e sinto-me só.

**9. Pensando sobre a minha saúde e a minha relação com a família:**

- a. A minha relação com a família não é afetada pela minha saúde.
- b. Alguns aspetos da minha relação com a família são afetados por causa da minha saúde.
- c. Muitos aspetos da minha relação com a família são afetados por causa da minha saúde.
- d. Não consigo relacionar-me adequadamente com a minha família por causa da minha saúde.

**SENTIDOS**

**10. Pensando sobre a minha visão, já incluindo o uso de óculos ou lentes de contacto quando necessários:**

- a. Vejo normalmente.
- b. Tenho alguma dificuldade em focar objetos ou não os vejo nitidamente (*por exemplo, letra pequena, um jornal, objetos à distância*).
- c. Tenho muita dificuldade em ver; a minha visão está enevoada (*por exemplo, consigo ver só o suficiente para me desembaraçar*).
- d. Só vejo objetos como formas gerais ou sou cego (*por exemplo, necessito de um guia para me movimentar*).

**11. Pensando sobre a minha audição, incluindo o uso de aparelho auditivo se necessário:**

- a. Oíço normalmente.
- b. Tenho alguma dificuldade em ouvir ou não oíço com clareza (*por exemplo, peço às pessoas que falem mais alto, aumento o volume da TV ou do rádio*).
- c. Tenho dificuldade em ouvir com clareza (*por exemplo, por vezes não entendo o que foi*

*dito, não costumo participar em conversas porque não consigo ouvir o que está a ser dito).*

- d. De facto, oiço muito mal (*por exemplo, não consigo entender pessoas a falar em voz alta e diretamente para mim*).

**12. Quando comunico com outros:** (*Por exemplo, falando, ouvindo, escrevendo ou utilizando sinais.*)

- a. Não tenho dificuldade em falar com outros ou em compreender o que me dizem.
- b. Tenho alguma dificuldade em me fazer entender por pessoas que não me conhecem, mas não tenho qualquer problema em compreender o que me dizem.
- c. Só me compreende quem me conhece bem; tenho muitos problemas em compreender o que me dizem.
- d. Não consigo comunicar adequadamente com outros.

## **BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

**13. Pensando sobre a forma como durmo:**

- a. Sou capaz de dormir sem dificuldade a maior parte das vezes.
- b. O meu sono é interrompido algumas vezes, mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- c. O meu sono é interrompido a maior parte das noites, mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- d. Tenho problemas de sono (durmo apenas curtos períodos; permaneço acordado a maior parte da noite).

**14. Pensando sobre a forma como me sinto em termos gerais:**

- a. Não me sinto ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- b. Sinto-me ligeiramente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- c. Sinto-me moderadamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- d. Sinto-me extremamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).

**15. Quanta dor ou desconforto é que sinto?**

- a. Nenhuma.
- b. Sinto dor moderada.
- c. Sinto dor severa.
- d. Sinto dor insuportável.



### 3 – Versão Portuguesa do Goal Content for Exercise Questionnaire (GCEQp)

Ramos, E. (2013). Motivos para a prática de exercício: Tradução e validação do Goal Content for Exercise Questionnaire para Português. Tese de Mestrado apresentada Escola Superior de Desporto de Rio Maior.

Sebire, SJ, Standage, M, & Vansteenkiste, M. (2008). Development and validation of the goal content for exercise questionnaire. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30, 353-377.

**INSTRUÇÕES:** Considerando os níveis indicados, ponha uma cruz no número que melhor reflete a sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas, mas sim a sua resposta. Por isso, responda com a máxima sinceridade, pois todas as respostas serão confidenciais! Indique em que medida estes objetivos são importantes para si enquanto praticante de exercício físico.

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 nada importante                      moderadamente importante                      extremamente importante

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 – Para me relacionar com os outros.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 – Para melhorar a aparência geral do meu corpo.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 – Para aumentar a minha resistência às doenças.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 – Para que os outros tenham uma boa impressão de mim.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 – Para adquirir novas competências ao nível da prática de exercício físico.                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 – Para partilhar as minhas experiências de prática (exercício) com pessoas que se preocupam comigo. |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 – Para melhorar a minha aparência.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 – Para aumentar o meu nível de energia.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9 – Para ser respeitado socialmente pelos outros.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 – Para aprender e praticar novos exercícios e/ou atividades.                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 – Para desenvolver amizades.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 – Para ser elegante de forma a parecer atrativo aos outros.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 – Para melhorar a minha saúde no geral.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 – Para ser aceite pelos outros.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 – Para me tornar competente num determinado exercício ou atividade.                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 – Para estreitar laços com os outros.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 – Para mudar a minha aparência, alterando uma parte específica do meu corpo.                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 – Para melhorar a minha resistência física.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 – Para que os outros me reconheçam como um “desportista”.  |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 – Para desenvolver as minhas competências ao nível da prática de exercício.                        |   |   |   |   |   |   |   |