



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Reis Leite Severino

**O IMPACTO DA ATIVIDADE FÍSICA NO BEM-ESTAR
SUBJETIVO, NAS AUTOPERCEPÇÕES E NA
AUTOESTIMA EM IDOSOS**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Exercício e Saúde para Populações
Especiais, orientada pelo Professor Doutor José Pedro Leitão Ferreira e pela
Professora Doutora Maria João Carvalheiro Campos e apresentada à
Faculdade de Ciências do Desporto da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2020

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram para a concretização deste estudo... Um bem-haja!

Cada contributo foi um impulso no sentido de enfrentar e superar as dificuldades que surgiram.

Ao Professor Doutor José Pedro Ferreira e á Professora Doutora Maria João Carvalheiro Campos orientadores desta dissertação, pelos conhecimentos transmitidos que me robusteceram e me permitiram alcançar o propósito deste trabalho.

Aos meus colegas de curso pelos laços de amizade e de apoio.

Ao presidente da Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, pela autorização concebida para a realização deste estudo no âmbito do programa Movimento e Bem-estar.

Ao Francisco, coordenador do programa “Movimento e bem-estar” de Santa Maria da Feira.

As entidades protocoladas que participam no programa Movimento e Bem-Estar.

Aos professores de Educação física e Desporto do programa Movimento e Bem-Estar.

À minha família, em especial aos meus avôs e ao meu irmão por todo o amor que nutrem por mim e que é recíproco.

Aos meus pais, António e Violante por terem acreditado que eu chegaria até aqui. Por estarem Sempre do meu lado, por todo o amor, afeto, apoio, colaboração, compreensão, paciência e muita persistência demonstrados ao longo destes anos. Sem eles nunca teria chegado até aqui e sem vocês eu não seria o que sou.

Ao Vítor, pela força, apoio, ajuda, amor, amizade, por todos os momentos felizes e principalmente pela incrível persistência e teimosia que nutre para comigo. Serás sempre o meu porto de abrigo.

Por fim, uma palavra de apreço para com todos os idosos que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo, sem eles este estudo não faria sentido.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	7
INTRODUÇÃO	7
1.1. Preâmbulo	7
1.2. Apresentação do Problema.....	7
1.3. Pertinência do Estudo	8
1.4. Definição de Objetivos	9
1.6. Estrutura do trabalho	9
CAPÍTULO II	11
REVISÃO DA LITERATURA	11
1. O Envelhecimento.....	11
1. Processo de Envelhecimento	11
1.2. Etapas do envelhecimento	12
2. O Bem-estar Subjetivo	13
2.1. Definição	13
2.2. Componentes do bem-estar subjetivo	14
2.2.2 Afetos	17
2.3. Avaliação do bem-estar subjetivo	18
2.4. O bem-estar Subjetivo e o envelhecimento	19
2.6. Estudos realizados: resultados e considerações.....	20
3. Autopercepções.....	21
3.1. Definição	21
3.2. Autoconceito Físico	21
3.3. Avaliação das autopercepções	22
3.4. Autopercepções e o envelhecimento.....	23
5. Atividade Física	25
5.1. Definição	26
5.2. Os benefícios da prática de atividade física.....	26
5.3. A atividade física e o idoso	27

6.4. Prescrição da atividade física para idosos	31
5.6. A atividade física e as autopercepções.....	32
CAPÍTULO III	35
METODOLOGIA	35
3. Metodologia	35
3.1 Amostra	35
3.2 Variáveis em estudo	35
3.2.1. Variáveis independentes	36
3.2.2. Variáveis dependentes	36
3.3. Instrumentos de medida	36
3.3.1. Questionário de avaliação do bem-estar subjetivo	37
3.3.2 – Perfil de autopercepção física: PSPP (versão clínica reduzida)	38
3.4. Procedimentos	39
3.4.1. Ética	39
3.5. Análise e tratamento de dados.....	40
4. 1. Análise Descritiva das Variáveis Independentes	41
4.2 Análise inferencial.....	43
4.2.1 Diferenças em Função do sexo	43
4.2.2. Diferenças em função dos escalões etários	44
4.2.3. Diferenças em função do Estado Civil.....	46
4.2.4 Diferenças em função da prática de atividade física atual.....	48
4.2.5 Diferenças em função do número de sessões de atividade física.....	50
4.2.6 Diferenças em função da prática de atividade física anterior	51
4. 3. Análise das correlações.....	53
4. 3. 1 Relação entre Variáveis	53
4.2. Efeitos do exercício físico ao nível da Autoestima, Autoconceito físico, Bem-estar subjetivo e Stress Percecionado dos idosos face ao exercício físico	56
CAPÍTULO V	59
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
CAPÍTULO IV	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Preâmbulo

O presente estudo está inserido no mestrado em exercício físico e saúde para populações especiais, tendo como principal objetivo a percepção do bem-estar subjetivo, das autopercepções e na autoestima em idosos face ao exercício físico.

Tem-se observado ao longo do tempo um grande interesse em investigar a atividade física em idosos, os seus benefícios que advêm tanto a nível biológico como a nível psicológico.

Este estudo irá contribuir para o estreitamento da relação da atividade física com a qualidade de vida da população idosa.

1.2 Apresentação do Problema

Na sociedade atual, verifica-se um fenómeno demográfico o qual está perfeitamente identificado, o envelhecimento da população. É previsto que o número de pessoas com mais 65 anos ou mais passe de 901 milhões para 1,4 bilhões entre os anos de 2015 e 2030, e em 2050, este número aumente ainda mais, atingindo 2,1 bilhões de pessoas idosas (United Nations, 2015).

Em 2017, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 21% da população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida alcançou aproximadamente 83 anos para as mulheres e os 77 anos para os homens, dados estes que tornaram Portugal o terceiro país com a maior população de idosos entre os países da União Europeia (Portada, 2018).

Para prevenir ou minimizar os efeitos do envelhecimento é necessário que se inclua a atividade física no dia a dia das pessoas.

A amostra do presente estudo representa a população idosa do Concelho de Santa Maria da Feira. Este concelho está localizado na região norte da Cidade de Aveiro fazendo fronteira com a cidade de Vila Nova de Gaia.

No concelho de Santa Maria da Feira, tal como em todo o país, tem-se observado um aumento de programas de atividade física para a 3ª idade por parte das diversas entidades (Câmaras, Segurança Social, Lares, entre outros) com vista a sensibilizar a população para a necessidade de uma vida ativa, e, com isto, uma melhoria da qualidade de vida nas suas diferentes dimensões, quer biológica, social e psicológica. Posto isso, considerámos pertinente analisar os efeitos da atividade física na autoestima, nas autopercepções e no bem-estar subjetivo nos idosos do Concelho de Santa Maria da Feira.

1.3. Pertinência do Estudo

A busca pelo bem-estar é hoje, mais do que nunca, unanimemente aceite como um objetivo e um desejo comum do ser humano.

A procura de uma identidade, do conhecimento de si próprio e a obtenção de um autoconceito elevado são também considerados aspetos que sempre preocuparam o ser humano. A verdade é que pouco sabemos acerca do modo como as pessoas mais velhas se autopercepcionam.

Neste sentido, o presente estudo, integrado no mestrado em exercício e saúde para populações especiais pretendeu, á luz da problemática do envelhecimento, compreender e analisar o bem-estar subjetivo, a autoestima e as autopercepções físicas dos idosos, recorrendo a uma abordagem acerca da relação da prática de atividade física nesses construtos.

1.4. Definição de Objetivos

Designadamente, considerámos importante direcionar o nosso estudo para os seguintes objetivos:

- Identificar as autopercepções físicas, a autoestima, o bem-estar subjetivo em função do sexo, da idade, do escalão etário e do estado civil dos idosos da amostra;
- Verificar a relação entre a prática de atividade física, o bem-estar subjetivo, e as autopercepções físicas dos idosos;
- Averiguar se existem diferenças nos valores das autopercepções, da autoestima e do bem-estar subjetivo entre praticantes e não praticantes de atividade física em função da idade e do gênero;

1.6. Estrutura do trabalho

O capítulo I refere-se à introdução, onde foi identificado o problema e a sua pertinência, assim como, a apresentação dos objetivos.

No sentido de dar resposta aos objetivos previamente formulados, procedemos a uma revisão da literatura, onde definimos o envelhecimento, o Bem-estar subjectivo as autopercepções (autoconceito) , a autoestima e a atividade física (Capítulo II).

Com base na revisão efetuada, definimos a metodologia utilizada para a elaboração do estudo, caracterizando a amostra, os instrumentos de avaliação, a fiabilidade dos instrumentos e procedimentos de aplicação, bem como procedimentos estatísticos (Capítulo III).

A bibliografia utilizada para a realização do estudo está descrita no capítulo IV.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

1. O Envelhecimento

“Envelhecer com qualidade de vida é o que todos sonham durante toda a sua vida produtiva e quando a aposentadoria está chegando perto, os sonhos tornam-se pesadelos”

(Rauchbach, 2001)

1. Processo de Envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) define como idosos as pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento, e com mais de 65 anos, nos países desenvolvidos.

O envelhecimento é um processo marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais (Schneider & Irigaray, 2008), sendo o envelhecimento biológico um processo natural, ativo e irreversível (Moraes et al., 2010).

O processo do envelhecimento é multifatorial, condicionado por fatores intrínsecos (e.g. fatores genéticos, biológicos e psicológicos) e extrínsecos (e.g. exposição ambiental, cultural, social e estilos de vida).

O envelhecimento não é linear (e.g. indivíduos envelhecem a velocidades distintas) e não é um processo exclusivo da passagem do tempo (Fries & Pereira, 2013; OMS, 2015).

Consideram-se pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, que em Portugal está normalmente associada à idade da reforma.

Para melhor compreendermos o processo do envelhecimento é importante conhecer as causas que lhe estão subjacentes.

A literatura especializada apresenta algumas teorias com intuito de explicar o envelhecimento. Algumas estabelecem que este tem prioritariamente a sua origem em fatores genéticos: por meio da programação de degradação genética; outras defendem a existência de estragos no sistema hemostático, o que resulta em danificações progressivas nas macromoléculas (Botelho, 2007).

Farinatti, (2008) refere que as teorias biológicas analisam o envelhecimento como uma ocorrência involuntária e inevitável de transformações e disfunções nas células e sistemas do organismo que ocorrem ao longo da vida. Atualmente estas teorias são agrupadas em duas correntes: as teorias genético-desenvolvimentistas e as teorias estocásticas. As primeiras percebem o envelhecimento como um continuum controlado geneticamente e, possivelmente programado. A segunda corrente analisa a possibilidade de que o envelhecimento sofre interferência do aglomerado de agressões ambientais que alcançam um grau inconciliável com a conservação das funções orgânicas e a vida.

1.2. Etapas do envelhecimento

Fechine e Trompieri (2012) nas suas pesquisas encontraram evidências para dividir o envelhecimento em três etapas: envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é inerente à espécie humana, e será vivenciado por todas as pessoas, sendo considerado geneticamente determinado ou pré-determinado. Já o envelhecimento secundário é aquele que está relacionado a doenças adquiridas que não provém do processo natural do envelhecimento, e que poderiam ser evitadas na maioria das vezes, como por exemplo, doenças cardíacas, cancro, lesões cerebrais, entre outras. Os fatores externos, como os fatores ambientais, culturais, geográficos, também se incluem nos fatores que interferem no envelhecimento secundário. Por último o envelhecimento terciário é aquele que ocorre devido aos grandes danos físicos e cognitivos acumulados através do envelhecimento e das consequências de doenças relativas à idade, causando a morte. Sendo assim, podemos considerar que o

envelhecimento primário é natural, porém os envelhecimentos secundários e terciários podem ser prevenidos, quando são tomadas as precauções necessárias.

Taylor (2015), afirma que, durante o processo de envelhecimento, as alterações tanto cognitivas quanto físicas vão ficando cada vez mais visíveis, porém, nem todas as alterações são provenientes apenas desse processo, pois muitas são provocadas por fatores ambientais e pelo estilo de vida de cada um.

Segundo Kaufman (2012), durante o processo de envelhecimento, as pessoas vão perdendo as capacidades adaptativas. Isso faz com que se tornem mais dependentes e necessitem de mais cuidados. Porém, muitas vezes, elas recebem o contrário. Entendendo que para a pessoa idosa, qualquer coisa serve, a ele, por exemplo, é oferecida uma alimentação negligenciada. Medidas dessa natureza podem acentuar os efeitos deletérios do envelhecimento.

2. O Bem-estar Subjetivo

“O bem-estar subjetivo refere-se a um fenômeno global de expressão do indivíduo acerca da qualidade da sua existência. “

(Stathi et al, 2002)

2.1. Definição

Siqueira e Padovam (2008), afirmam que o bem-estar subjetivo constitui um campo de estudos no qual o indivíduo avalia a sua vida e a felicidade, baseando-se em dois princípios tópicos que são a satisfação com a vida e a felicidade.

Assim sendo, vários investigadores afirmaram que um indivíduo possui elevados níveis de bem-estar subjetivo quando está satisfeito com a sua vida e experiência frequentes emoções de contentamento e alegria, assim como raras emoções de tristeza e de raiva. Por outro lado, possui baixos níveis de bem-estar subjetivo quando não esta

satisfeito com a vida e sente frequentemente emoções negativas, tais como raiva ou ansiedade (Eddington & Shuman, 2004).

O bem-estar subjetivo é um componente que necessita de uma autoavaliação de maneira subjetiva e que seja baseada nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias, ou seja, não é que esses indicadores comprovadamente influenciem a qualidade de vida das pessoas. Observou-se também que as análises do bem-estar subjetivo estão muito mais relacionadas com a quantidade de vezes que o indivíduo vivenciou as emoções positivas do que à intensidade em que as emoções foram vividas. Isto porque, dessa forma, os indivíduos analisados irão considerar que as experiências positivas muito mais intensas são mais raras e geralmente envolvem um custo (Siqueira & Padovam, 2008).

De acordo com Pavot e Dinner (2013) existem 3 grandes características que acompanham o bem-estar subjetivo. A primeira delas é a de que a avaliação é subjetiva. A segunda é a de que o bem-estar subjetivo não representa apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de emoções positivas. A terceira é a de que a avaliação do bem-estar subjetivo é realizada de forma global e não é focada exclusivamente num domínio da vida.

Atualmente, sabe-se que o bem-estar subjetivo pode ser modificado ao longo do tempo. Monteiro et al (2014) encontraram evidências de que o bem-estar subjetivo sobre influências socioeconômico e cultural.

2.2. Componentes do bem-estar subjetivo

Vários estudos têm identificado no campo do bem-estar subjetivo a existência de três componentes separadas: afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida. Os dois tipos de afeto constituem a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, valorizando os aspectos emocionais. A satisfação com a vida, dimensão cognitiva, trata-se de um processo de julgamento acerca da própria vida (Diener et al., 1985).

Ryff e Keyes (1995) visualizaram um modelo multidimensional de bem-estar composto por seis componentes distintos: avaliação positiva de si mesmo e do período

anterior de vida (autoaceitação), um sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como uma pessoa (crescimento pessoal), acreditar que a vida possui um objetivo (sentido) e significado (sentido de vida), possuir relações de qualidade com outros (relações positivas com outros), capacidade de lidar efetivamente com a vida e com o mundo ao redor (domínio do ambiente), e sentido de autodeterminação (autonomia).

De acordo com Diener (2000), as pessoas vivenciam um bem-estar subjetivo abundante quando sentem mais emoções agradáveis do que desagradáveis, quando estão envolvidas em atividades interessantes, quando experienciam maior prazer do que sofrimento e quando estão satisfeitas com as respectivas vidas. Cuadra e Florenzano (2003) afirmam que a vivência de tais eventos se denomina felicidade. Se antigamente os estudos sobre o bem-estar subjetivo centravam-se em quem era feliz, hoje focalizam quando e o porque é que as pessoas estão felizes. Neste sentido, a influência do temperamento e da personalidade parece ser bastante poderosa, pois normalmente as pessoas tendem a se adaptar às boas e às más condições (Diener, 2000).

De acordo com Diener (2000), os humores e as emoções das pessoas refletem reações no momento ao que lhes acontece. Mas, cada indivíduo também faz julgamentos mais vastos das suas vidas como um todo, bem como em alguns domínios. Deste modo, o bem-estar subjetivo é um termo amplo que se refere a várias componentes separadas: satisfação com a vida (julgamentos globais da vida da pessoa), satisfação com domínios importantes (trabalho, casamento, renda, habitação, lazer); afeto positivo (vivência de muitas emoções agradáveis e humores); baixos níveis de afeto negativo (vivência de poucas emoções desagradáveis e de maus humores); julgamentos acerca da posse de um significado para a vida (Diener, 2000; Diener & Biswars-Diener, 2002).

Embora existam ainda algumas discordâncias literárias em relação ao conceito específico de bem-estar subjetivo, parece haver um consenso relativamente às suas componentes e dimensões, a satisfação com a vida e afetos negativos e positivos (Anguas, 1977).

De acordo com Diener (1995), o afeto negativo distingue-se do afeto positivo tendo em conta que o negativo corresponde a um estado que inclui emoções desagradáveis como a depressão e ansiedade, por outro lado o afeto positivo

corresponde a um sentimento de prazer e entusiasmo. Para Emmons (1986) a satisfação com a vida compreende um julgamento cognitivo e uma avaliação geral da vida do indivíduo.

2.2.1 Satisfação com a vida

Ao longo do tempo surgiram várias definições de satisfação com a vida, e todas elas, de uma forma ou de outra resultaram no mesmo conceito: a satisfação com a vida refere-se a um julgamento cognitivo (Diener, 2000), a uma avaliação subjetiva da própria vida (Lyubomirsky, 2001).

Siqueira e Padovam (2008), através das suas pesquisas, mostraram que a satisfação com a vida, correspondente à sua dimensão cognitiva da avaliação do bem-estar subjetivo, é o julgamento que o indivíduo faz sobre a sua vida, e que demonstra o quanto está próximo de realizar as suas aspirações. A satisfação com a vida é uma maneira subjetiva de se avaliar a qualidade de vida ao lado da felicidade e bem-estar, uma vez que as diferenças culturais na percepção do padrão de vida são consideradas para tal avaliação, enquanto a abordagem objetiva da análise da qualidade de vida leva em conta aspetos com saúde, ambiente físico, recursos, moradia, entre outros fatores. Por esse motivo, a análise da satisfação com a vida apresenta valores diferentes em indivíduos que vivenciam uma mesma cultura.

Eddingtons e Shuman, (2004), categorizaram a satisfação com a vida como satisfação com a vida presente, satisfação com o passado, satisfação com o futuro, perspectivas dos outros e desejo de mudar a vida.

A *escala de satisfação com a vida* é composta por uma série multidimensional com 5 frases: “Na maioria dos aspetos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida”; “As condições da minha vida são excelentes”; “Estou satisfeito com a minha vida”; “Ate agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida”; “Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada”. Cada um destes itens possui 5 opções de marcação enumeradas de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), que representa o quanto o indivíduo concorda com a frase.

A partir do ano 1980, a satisfação com a vida foi reconhecida como a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, tornando-se possível distinguir a componente emocional (afetos positivos e negativos), da satisfação com a vida e, junto a isso, veio a compreensão de como se estruturavam os dois componentes do bem-estar subjetivo com características diferentes. Um desses exemplos foi concluir que os idosos são mais satisfeitos com a vida do que as pessoas mais jovens, contudo apresentavam menor valor de afetos positivos (Siqueira & Padovam, 2008).

2.2.2 Afetos

Watson et al. (1988) distinguem o afeto positivo do afeto negativo, avaliada através de uma escala apresentada em forma de questionário válido e eficiente. É composta por 20 termos, sendo 10 referentes aos afetos positivos e 10 referentes aos aspectos negativos. Um alto resultado de afetos positivos indica que a pessoa se sente com muita energia, concentração plena e engajamento prazeroso, enquanto que um baixo resultado de afetos positivos está relacionado com tristeza e letargia. Já um indivíduo que atingir alto nível de afetos negativos se associa aos sentimentos de raiva, desprezo, culpa, medo e nervosismo, enquanto um baixo nível de afetos negativos se associa com calma, serenidade e sossego (Siqueira & Padovam, 2008).

Pavot e Dinner (2013), concluiu que, para a componente afetiva, a personalidade exerce uma grande influência no resultado do questionário. Altos níveis de afetos positivos predizem baixas taxas de doenças cardiovasculares e uma recuperação mais rápida (DeNeve et al., 2013). Do ponto de vista fisiológico, a emoção negativa tem uma relação direta com um mau funcionamento cardiovascular, endócrino e imunológico, enquanto que as emoções positivas ajudam a melhorar (Diener & Tay, 2013).

2.3. Avaliação do bem-estar subjetivo

O bem-estar Subjetivo tornou-se uma importante ferramenta de avaliação da qualidade de vida, uma vez que, apesar de vivermos num ambiente definido objetivamente, respondemos ao mundo de forma subjetiva (Siqueira & Padovam, 2008).

A avaliação do bem-estar subjetivo desde sempre ofereceu um grande desafio aos investigadores.

Como já foi referido há um número separável de componentes do Bem-estar Subjetivo, nomeadamente Satisfação com a vida (julgamento global da própria vida), satisfação em domínios importantes e significativos (como por exemplo a satisfação no trabalho), afeto positivo (experiências emocionais positivas, sentimentos de prazer, entusiasmo, humor), afeto negativo (ansiedade, stress, irritação) e felicidade.

Diener et al. (1996) realçam a relação existente entre as componentes do bem-estar subjetivo. Estes autores referem que embora o conceito de satisfação com a vida seja teoricamente diferente do afeto positivo ou do afeto negativo que a pessoa experimenta, afeto e satisfação com a vida estão claramente relacionados podendo fornecer informações complementares quando avaliados individualmente. Assim, parece ser interessante a utilização de instrumentos distintos na avaliação do bem-estar subjetivo para observar diferenças que possam emergir.

A avaliação do bem-estar subjetivo é normalmente realizada através de autorrelatos multidimensionais, nos quais as pessoas julgam e relatam a sua satisfação com a vida, a frequência de afetos positivos ou a frequência de afeto negativos (Diener et al., 1997).

A vantagem dos autorrelatos no bem-estar subjetivo é o facto do entrevistado ter o privilégio de relatar as suas experiências de bem-estar. Aliás, apenas os entrevistados podem experienciar os seus prazeres e sofrimentos e julgar o valor da sua vida baseado nas suas experiências. A utilização de autorrelatos na avaliação da felicidade comprova-se como válida, na medida em que a maioria dos instrumentos evidência consistência

interna, estabilidade temporal e convergência com medidas de relatos não pessoais (Diener & Lucas, 2000).

A criação de escalas multidimensionais valorizou a importante complexidade da estrutura do bem-estar subjetivo. Assim, se um indivíduo está interessado na satisfação em certos domínios da vida (por exemplo, satisfação com o trabalho, casamento ou vestuário), um quadro multifacetado pode emergir (Diener, 1984).

A escala que segue é um exemplo de escala multidimensional utilizada em estudos recentes do bem-estar subjetivo.

De acordo com Tay, Kuykendall e Diener (2014), para realizar a avaliação do bem-estar Subjetivo já foram utilizados vários instrumentos, como a *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* de Diener et al. (1985), inicialmente composta por 48 itens, foi posteriormente, reduzida para 5 demonstrando índices de fidelidade e de validade aceitáveis (Diener et al., 1985; Pavot et al., 1991). Estudos com adultos jovens e idosos, onde a escala *SWLS* americana demonstrou ter características psicométricas favoráveis, serviram de base para Diener et al. (1985) afirmarem que a *SWLS* é adequada para ser utilizada em grupos com diferentes idades.

2.4. O bem-estar Subjetivo e o envelhecimento

A terceira idade é usualmente caracterizada por um período de perda. Na verdade, eventos negativos, tais como a perda do cônjuge ou amigos, ou declínio na saúde mental funcional e na funcionalidade física são prevalentes nos idosos (Kunzmann et al, 2000). O mesmo autor refere que perante estes riscos e perdas sociais a evidencia empírica sugere que o bem-estar subjetivo é relativamente estável durante a vida adulta, não mostrando grandes diferenças nas idades, mesmo nos indivíduos mais velhos (Diener & Suh, 1997).

Spiriduso (1995) referiu que o envelhecimento não é um fator direto de diminuição do bem-estar, podendo sê-lo de uma forma indireta, já que o envelhecimento

se relaciona com outros fatores tais como a diminuição da saúde que muitas vezes acompanha o envelhecimento e afeta negativamente o bem-estar subjetivo.

Lang e Heckausen (2001) verificaram que ter um sentido forte de controle sobre o seu próprio desenvolvimento contribui para aumentar o bem-estar ao longo do ciclo de vida. Os idosos sentem-se melhor quando os seus recursos estão em concordância com os desafios do dia -a dia.

Neto et al (2012), demonstrou que idosos que praticam atividade física regular apresentam maiores experiências positivas e maior nível de bem-estar subjetivo do que os não praticantes.

2.6. Estudos realizados: resultados e considerações

As pessoas felizes não são isentas de sentimentos negativos. Apenas vivenciam com mais frequência os sentimentos positivos e experimentam sentimentos negativos ocasionalmente e em situações apropriadas. Exemplo disso é o medo, emoção que às vezes é necessária para um indivíduo evitar situações de perigo, sendo também um sentimento comum de se vivenciar com a perda de uma pessoa próxima (Diener & Tay, 2013).

Diener e colaboradores (1999), concluiriam que a satisfação com a vida, diminui com a idade, assim como não se verifica o aumento de afetos negativos.

Ryff (1989) encontrou algumas componentes do bem-estar subjetivo que mostravam uma relação positiva com a idade. O mesmo autor chegou à conclusão de que os idosos não se sentiam infelizes com as suas vidas atuais e não se mostravam interessados em mudá-las. Deneve et al. (2013), constataram que indivíduos que experienciam um elevado nível de bem-estar subjetivo reduzem o risco de morte, resultado perceptível tanto em pessoas saudáveis quanto em portadores de alguma doença, estão propensos a melhores hábitos alimentares e praticar exercícios físicos e menos suscetíveis ao tabagismo. Pavot e Diener (2013), analisaram algumas diferenças à cerca dos níveis de bem-estar subjetivo em relação a várias variáveis. Em relação ao sexo, apesar de não existirem diferenças relevantes nos relatos de bem-estar subjetivo entre homens e mulheres, concluiu-se que as mulheres são mais propensas a experimentarem níveis

extremos, tanto muito alto como muito baixo, do que os homens. No entanto, a média permanece sem diferenças entre os dois sexos. Outra variável importante é a idade. Uma crença comum de que com o envelhecimento as pessoas tornam-se mais infelizes, muda a partir de pesquisas que mostram que a componente cognitiva tende a aumentar e a componente afetivo tende a permanecer estável com o aumento da idade. Assim, o bem-estar subjetivo aumenta com o passar dos anos, e só diminui perto da morte. Em relação ao estado civil há uma tendência para que os indivíduos casados atinjam níveis maiores de bem-estar subjetivo.

3. Autopercepções

“O autoconceito é a auto descrição das capacidades, das qualidades, das características das filosofias pessoais, da moral e dos valores, e dos papéis adotados pelo “Eu”.”

(Carless & Fox, 2003)

3.1. Definição

O autoconceito engloba todos os aspectos do que pensamos que somos, é, portanto, central na vida consciente, o que faz dele a medida mais importante do bem-estar psicológico (Weinberg & Gould, 2001).

Segundo Brander (2000), o nosso autoconceito é quem e o que, consciente e inconscientemente, achamos que somos, ou seja, as nossas características físicas e psicológicas, pontos positivos e negativos e, acima de tudo, a autoestima, que é o componente avaliador do autoconceito.

3.2. Autoconceito Físico

O corpo fornece o veículo através do qual intervimos na vida. Através da personificação nós exploramos, aprendemos, expressamos a nossa sexualidade,

demonstramos o nosso estado de saúde, as nossas capacidades e a nossa aparência (Fox, 1998). Assim, o “EU” físico, é o elemento central de todo o Eu. A percepção que temos do nosso físico fornece-nos uma chave para entendermos a constituição da nossa identidade, a base da nossa autoestima, e muitos dos nossos padrões comportamentais (Fox, 1998).

Fox (1997) salientou que somos entidades físicas, sendo a nossa saúde e emoções expressas pelo nosso corpo, o qual determina também os nossos desejos e comportamentos, ao mesmo tempo, o nosso corpo coloca-nos em exposição perante a interpretação de outros e por conseguinte faz de cada um de nós propriedade pública. Não é surpreendente que a aparência e as capacidades do nosso corpo cedo se tornam aparentes para nos, mostrando-nos como crescemos e aprendemos, formando eventualmente uma abstração mental – o autoconceito físico (Fox, 1997).

O “Eu” físico emergiu consistentemente como uma componente chave da identidade e da autoestima. O reconhecimento da autoestima como um primeiro elemento do bem-estar mental indicou que a compreensão do funcionamento de uma pessoa seria difícil no isolamento dos aspetos físicos do EU. (Fox, 1998).

Para Fox (1997), a nossa autopercepção é claramente a questão principal da nossa longa missão pela vida, e o autoconceito físico está necessariamente implicado nos comportamentos que envolvem condição física e saúde, participação em atividades físicas e no restabelecimento de doenças e lesões.

3.3. Avaliação das autopercepções

Fonseca e Fox (2002) consideraram o *Physical Self-perception Profile* (PSPP; Fox & Corbin, 1989) um dos instrumentos que mais se tem destacado pela positiva.

O *Physical Self-perception Profile* (PSPP), permite aos inquiridos indicar as percepções que tem de si próprios relativamente a vários aspetos do seu “eu físico”, sendo constituído por cinco escalas: competência desportiva (i.e., percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas, e confiança em contextos desportivos), condição física (i.e., percepções acerca do nível da condição física, capacidade para persistir na pratica de atividade física, e confiança em contextos de atividade física e fitness), aparência física (i.e., percepções acerca da atracção

exercida nos outros pela sua figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente, e confiança na aparência), força física (i.e., percepções acerca da força física, desenvolvimento muscular, e confiança em situações que exigem força) e autoestima física (i.e., sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no seu “eu físico”). Cada escala é igualmente constituída por seis itens, relativamente a cada um dos quais os inquiridos se pronunciam através de uma estrutura de resposta com formato de estrutura alternativa, constituindo cada item num par de afirmações contrárias (Fonseca & Fox, 2002). Fox e Corbin (1989) realizaram um estudo confirmando a fiabilidade e validade do *PSPP* recomendando, assim, a sua utilização para avaliar as autopercepções do indivíduo.

3.4. Autopercepções e o envelhecimento

Ryff (1989) realizou um estudo com grupos de indivíduos de meia-idade e de idosos que avaliaram a sua vida atual e passada. Uma das primeiras conclusões que chegou foi a que os idosos não se sentiam infelizes com as suas vidas atuais e não se mostraram interessados em mudá-las. Ao definirem maturidade, plenitude e a pessoa ideal, os idosos sublinharam repetidamente o serem capaz de cuidar dos outros, terem um bom relacionamento com a família e os amigos ,sendo tudo aspetos de uma dimensão de orientação para os outros, que não costuma ser considerada nas dimensões de bem-estar psicológico e que dão um claro ênfase ao seu individual e ao balanço do seu afeto e felicidade. Outra das dimensões salientes foi a aceitação da mudança, das mudanças no “EU” devido ao envelhecimento biológico, mas também do mundo externo, num crescimento contínuo, adaptativo e promotor de desenvolvimento, paralelamente a estes aspetos, surge a alegria de viver e um certo sentido de estabilidade, relativo a alguns valores, interesses, neste estudo.

A aceitação da mudança, ou seja, o medo de envelhecer, bem como a satisfação com a vida, tem a ver, segundo Montepare e Lachman (1989), com as autopercepções da idade.

A prática de atividade física é apresentada com uma possibilidade diferenciada de perceber as alterações que ocorrem no seu comportamento, envelhecer será

entendido como uma possibilidade de conhecimento mais profundo do Eu. Desta forma, não é a atividade física que suscita no idoso o desejo de viver, mas sim, a interpretação que ele dá às manifestações do seu desejo em viver e à convicção de que possui este direito (Costa, 2000).

4. Autoestima

“A autoestima é a maneira como as pessoas se veem quando olham para si próprias e a maneira como se descrevem nas suas variadas dimensões”

(Rosenberg, 1986)

4.1 Definição

Durante muitos anos a autoestima foi considerada como um constructo unidimensional. Os instrumentos de avaliação eram inventários solicitando aos sujeitos para atribuir uma nota a si mesmos para uma ampla variedade das suas qualidades pessoais. Somando as notas de cada qualidade, temos a pontuação da autoestima de cada sujeito (Becker, 2001).

O maior avanço na teoria da autoestima surgiu com a aceitação da multidimensionalidade da mesma. A pessoa pode ter diferentes avaliações ou percepções de si mesmo em vários aspetos da sua vida (Becker, 2001).

Pracidelli et al (2002), consideraram a autoestima como sendo a confiança que o indivíduo tem em si e na sua capacidade funcional e intelectual, e para que esta seja positiva é fundamental que o indivíduo tenha uma imagem corporal extremamente valorizada.

4.2. A autoestima e o envelhecimento

Um dos fatores que pode facilmente influenciar a autoestima dos idosos, são as alterações físicas e fisiológicas que ocorrem nesta fase da vida e que podem resultar da própria indefinição da identidade do indivíduo (estatuto, integridade e realização pessoal). Esta indefinição pode mesmo resultar, segundo Campbell (1990), num decréscimo da autoestima.

Spiriduso (1995) considerou que os idosos, ao atravessarem esta fase, à qual se terão que adaptar, poderão estar menos confiantes, contudo os esforços poderão levar a resultados de sucesso. Campbell (1990) afirma serem estas as convicções dos sujeitos de baixa autoestima, no entanto, segundo outros investigadores a autoestima tende a aumentar através das adaptações que os indivíduos realizam, que podem decorrer eventualmente, da diminuição das pretensões dos sujeitos, aumentando a sua possibilidade de sucesso relativo.

Estudos realizados com idosos, verificou-se que a manutenção da tonicidade muscular, da força corporal, da resistência e da manutenção física através do exercício, tem melhorias positivas na autoestima global destes (Spriduso, 1995).

Terry *et al* (1997), onde se afirma que a atividade física, para os idosos, pode minimizar o declínio psicológico podendo contribuir para um estilo de vida independente, bem como, contribuir vivamente para fomentar a própria autoestima do indivíduo.

5. Atividade Física

“A atividade física constitui-se como um movimento humano intencional que como unidade existencial procura um objetivo afim de desenvolver as suas potencialidades físicas, psicológicas e sociais num contexto histórico determinado.”

Girginov (1990)

5.1. Definição

A atividade física é definida como qualquer movimento produzido por uma contração músculo-esquelético que resulta num aumento substancial no requerimento de calorías sobre o gasto energético em repouso (American College of Sports Medicine ACSM, 2013).

5.2. Os benefícios da prática de atividade física

São cada vez mais reconhecidos os benefícios físicos e psicológicos da atividade física, onde se incluem a melhoria da saúde, a diminuição da mortalidade e o aumento da longevidade (Balaguer, 2005).

Ao nível psicológico individual: melhora a autoimagem e bem-estar; aumenta a autoconfiança e o estado de vigília; provoca alterações positivas no humor, diminui a tensão, depressão e ansiedade; melhora o bem-estar psicológico, vigilância e clareza de pensamento; aumenta a energia e capacidade para lidar com as situações; aumenta o prazer no exercício e nos contactos sociais (Serpa, 1993).

A prática de qualquer modalidade defende sempre um carácter lúdico e pode ser uma boa medida preventiva e terapêutica, visto que desenvolve os aspetos sociais, lúdicos e bioquímicos, favorecendo o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo. (Sanchez, 1996). De acordo com o autor, o exercício físico apresenta-se mesmo como um valioso papel dentro do contexto psiquiátrico de reabilitação em termos de benefícios de saúde físicos e mentais. A atividade física apresenta também uma vertente de cariz social muito relevante, na medida em que fomenta o aumento da autossuficiência, do autocontrolo e autonomia. Promove ainda a integração social, o relacionamento inter pessoal, a socioempatia, a disciplina, a superação e maturidade pessoal, assim como o trabalho e funcionamento em grupo.

O exercício físico constitui-se assim como uma parcela essencial para um estilo de vida saudável, pois ajuda a manter a boa forma física e hábitos saudáveis. Para além de aumentar os níveis de energia, ajuda também a melhorar o estado geral de saúde, circulação e postura corporal.

Cossenza e Carvalho (1997) sugerem que a atividade física pode ser um meio alternativo excelente para descarregar ou liberar tensões, emoções e frustrações, acumuladas pelas pressões e exigências da vida moderna.

Alguns autores relacionam a prática sistemática do exercício físico com uma acentuada sensação de autocontrolo e das funções corporais, gerando uma melhor percepção do estado geral de bem-estar. Assim, mesmo a motivação se deve incluir como um elemento básico para compreender o exercício físico na saúde psicológica de um desportista, definindo o tipo de satisfação desejado (condição física, competência técnica, sensação de bem-estar). (Sanchez, 1996).

Fracnhi KMB *et al* (2005) revelaram que a prática de atividade física promove a melhoria da composição corporal, diminuição de dores articulares, aumento da densidade óssea, melhoria na utilização da glicose, melhoria do perfil lipídico, aumento da capacidade aeróbia, melhoria da força e flexibilidade e diminuição da resistência vascular. Tendo ainda, benefícios a níveis psicossociais, levando ao alívio da depressão, ao aumento da autoconfiança e melhoria da autoestima.

Virtuoso e Tribess (2005) referem que a prática regular de atividade física tem benefícios como: redução das mudanças biológicas decorrentes da idade, controle e redução das doenças crónicas, maximização da saúde psicológica, aumento da mobilidade e capacidade funcional, ajuda na reabilitação de doenças crónicas agudas.

5.3. A atividade física e o idoso

Um objetivo importante da saúde pública para a sociedade envelhecida é minimizar o impacto das doenças crónicas e incapacidades das pessoas idosas, para prevenir a dependência e melhorar a qualidade de vida (Carrière *et al*, 2005).

Segundo Brill *et al* (2000) as atividades físicas diárias requerem um nível mínimo de força muscular, flexibilidade, coordenação e equilíbrio e, desta forma permitem a manutenção da capacidade funcional. Tal facto assume-se como crucial se tivermos em consideração os resultados de diversas pesquisas que apontam para que embora 25% da população idosa mundial seja dependente de outros para realizar as suas tarefas quotidianas, a grande maioria, apesar de apresentar alguma dificuldade na realização dessas atividades, é independente (Andeotti & Okuma, 1999).

De acordo com vários autores, muitas perdas físicas associadas à inatividade física, podem ser prevenidas e mesmo reversíveis, caso haja uma intervenção adequada ao nível da atividade física. De facto, a senescência associada ao declínio das diversas funções e órgãos, não deve ser atribuída exclusivamente ao envelhecimento por si só, mas fundamentalmente à inatividade física e desuso (Spirduso, 2005).

O exercício não só diminui, como retarda os efeitos deletérios do envelhecimento que poderão originar perda de mobilidade para prevenir lesões e melhorar níveis de força, proporcionando ao idoso a realização das tarefas do dia-a-dia sem grandes problemas (Hilgert & Aquini, 2003).

A maior parte das pessoas idosas leva uma vida sedentária, com pouco exercício e dificilmente são motivadas para a sua prática. Para a maioria destes indivíduos o exercício deve ser iniciado suavemente e a intensidade aumentada de forma gradual. Deve ser aumentado através de tarefas da vida diária, como subir escadas, caminhar, entre outras, e com o passar do tempo, deve-se então começar a enveredar por atividades mais vigorosas.

A atividade física, quando praticada regularmente, mesmo numa intensidade pouco elevada, produz efeitos positivos no sistema músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e endócrino. No que respeita à saúde, o efeito benéfico nestes sistemas está associado a inúmeros benefícios, incluindo o decréscimo da mortalidade, diminuição do risco de doenças coronárias e combate à hipertensão, devido à redução da pressão arterial em repouso e combate à diabetes mellitus devido à melhoria do metabolismo da glicose (Duarte & Nashas, 2003).

Segundo Virtuso e Tribess (2005) a prática regular de atividade física tem benefícios ao nível da redução das mudanças biológicas decorrentes da idade, controle e redução das doenças crónicas, maximização da saúde psicológica, aumento da mobilidade e capacidade funcional, ajuda na reabilitação das doenças crónicas agudas.

Para Heath *et al* (2002) o recurso ao exercício como intervenção terapêutica para pessoas idosas frágeis tem sido pouco utilizado, devido a barreiras criadas pelos próprios idosos, pelos cuidadores e profissionais na área da saúde. As barreiras ao exercício incluem a falta de conhecimento sobre os benefícios do exercício nos idosos e

pelos fatores envolvidos que não encorajam o exercício. Perceber e responder a estas barreiras são a chave para mobilizar os idosos para a alteração do seu estilo de vida.

Vários investigadores concluem que o exercício para idosos promove alterações na massa muscular, na densidade óssea e no sistema cardiovascular contribuindo para uma alteração na mobilidade e na segurança, o que é crucial para a independência funcional (Espinoza & Walston, 2005). O exercício, para além destes benefícios, pode ser uma terapia específica para algumas doenças crónicas dos idosos frágeis: Osteoartrites, diabetes, doenças vasculares periféricas, doenças cardíacas, obesidade e depressão (Samulski, 2002)

Vários estudos indicam benefícios a nível de aspetos psicológicos e sociais, dá-se uma maior perceção da eficácia pessoal e controle pessoal, um maior afastamento e distração face aos problemas do quotidiano, o aumento dos contactos sociais e uma melhoria emocional (Heath *et al*, 2002).

Outros estudos encontraram resultados semelhantes, Meuleman *et al* (2000) relataram um aumento da força muscular após um treino de resistência em pessoas idosas debilitadas.

Segundo as investigadoras Shneider e Bronder (2002) os programas para idosos frágeis devem iniciar-se com objetivos de curto prazo e progredir suavemente e deve inclui exercícios de flexibilidade, de treino de força e resistência muscular, treino aeróbio e exercícios de equilíbrio.

Puggaard (2003) defende que o exercício físico realizado de forma regular funciona como um remédio profilático; contribuindo para a redução do declínio físico e funcional e, preservação da independência dos idosos. Não há nenhum segmento da população que possa ser mais beneficiado com a prática regular de exercício físico do que a população idosa (WHO, 2009).

Cooper (1979), com o intuito de alcançar uma medicina mais preventiva, realizou na década de 70 um programa de exercícios aeróbios com 60 homens de meia-idade, tendo posteriormente atribuindo à prática do exercício físico uma melhoria na autoestima dessas pessoas.

Outra pesquisa realizada com quatro grupos de homens de 50 a 80 anos, com duração de 12 semanas, provou uma redução nos níveis de depressão (Vallianti & Asu,

1985). O exercício físico surge assim e de forma cada vez mais sustentada como uma intervenção efetiva ou suplementar para problemas de saúde mental, em populações clínicas.

Na perspectiva de Shephard (2003), a atividade desportiva moderada e também regular atua significativamente na prevenção de algumas doenças cardiovasculares. Caso, tais doenças já estejam manifestadas nos indivíduos, os casos de morbidade, assim como de mortalidade serão influenciados de uma forma favorável por um treino progressivo moderado. O mesmo autor relata que o programa de exercício leve pode melhorar tanto a qualidade de vida quanto o prognóstico daqueles que possuem insuficiência cardíaca.

Segundo López (2002), a atividade física está intimamente relacionada com um envelhecimento saudável, podendo a inatividade originar muitas patologias. Com efeito, a diminuição dos níveis de atividade física durante o envelhecimento leva a uma redução de aptidões funcionais e cognitivas no idoso e o sedentarismo parece um fator de risco para a sarcopenia em idosos (Colón *et al*, 2014).

A inatividade física pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento, transformando-se em fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando, assim, a qualidade de vida. Por consequência o idoso sofre declínio na sua capacidade funcional, o que contribui para a redução da sua capacidade para a realização das atividades da vida diária (Matsudo & Neto, 2001).

Quanto aos benefícios sociais Phelan e Larson (2002) afirmam que a prática de atividade física nos idosos beneficia as relações sociais com a família e amigos, na integração social e no bem-estar.

Mac Auley (2001), analisou os efeitos psicossociais de um programa de exercícios físicos de seis meses em pessoas da terceira-idade. Os exercícios aumentam o nível de autoestima, autoeficácia e bem-estar das pessoas envolvidas no programa e melhoram as funções cognitivas como a atenção, concentração e memória. Infelizmente, após um período de seis meses sem a prática de exercícios físicos, os ganhos psicológicos diminuíram gradualmente (Samulski, 2002).

Em relação à melhoria da qualidade de vida, segundo Berger, Pargman e Weinberg (2002), são vários os aspetos que são beneficiados, tais como: reforça o bem-

estar psicológico; favorece estados de humor positivos e reduz estados de humor negativos; é importante na gestão do stress, reforça o autoconceito, autoconsciência e imagem corporal; facilita o emagrecimento; favorece a força física, resistência e flexibilidade; reforça a saúde e possivelmente aumenta a longevidade, atrasando o processo de envelhecimento.

Segundo Santana e Maia (2009), há evidências de que o idoso que se exercita obtém uma variedade de benefícios, inclusive a diminuição de enfermidades e o aumento na capacidade de enfrentar o stress. Enquanto os idosos fisicamente ativos apresentam baixo risco de incapacidade ou limitações funcionais, melhor bem-estar físico e maior envolvimento em atividades sociais, os idosos inativos apresentam maiores riscos de saúde, nomeadamente em termos de atrofia muscular, reduzida resistência e força muscular e aumento da mortalidade (Shephard, 2003).

6.4. Prescrição da atividade física para idosos

Um programa de atividade física para idosos deve ser multifatorial e incluir atividades que trabalhem todas as componentes da aptidão física sendo que em todos os casos a atividade física para esta população deve ser adaptada as características e limitações de cada um, pressupondo que antes de se iniciar um programa de atividade física se proceda a uma avaliação da aptidão física funcional dos adultos seniores (Hagberg, 1994).

Os programas de atividade física para este escalão etário, devem ser orientados no sentido de melhorar a capacidade física geral do indivíduo, atenuando os efeitos deletérios do envelhecimento.

Os programas de prática sistemática, controlada e orientada devem incluir no mínimo 2 ou 3 sessões de cerca de 45 minutos, contendo uma fase inicial de aquecimento, onde devem ser incluídos exercícios de alongamentos, uma fase principal que englobe as diversas componentes da aptidão física e um período final de retorno à calma que inclua exercícios de respiração e de relaxamento (Evans, 1999).

As atividades deverão ser atrativas e variadas com conteúdos simples e de fácil compreensão, não devendo ser realizadas logo nas primeiras horas da manhã, nem logo a seguir ao almoço. São recomendados os exercícios em grupo de forma a promover a

socialização dos indivíduos, pois estes proporcionam a comunicação e a interação entre os praticantes, fator este fundamental e muitas vezes esquecido.

Um aspeto também apelativo à participação nas atividades é a música e a utilização de diversos materiais, pois estes são essenciais para a dinâmica da sessão e para a motivação para a prática.

5.6. A atividade física e as autopercepções

Alferman e Stoll (2000) verificaram que a prática de exercício aumenta o autoconceito, o foco de estudo visou o efeito de um programa de exercício após seis meses de intervenção relativamente as variáveis psicológicas da saúde mental, nomeadamente autoconceito e bem-estar, em adultos de meia-idade. Verificou-se que o grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo aumentou o autoconceito físico e o bem-estar subjetivo após meio ano de exercício regular. Foi possível verificar como resultado da investigação que o autoconceito físico melhora com o exercício.

Num estudo desenvolvido por Carapeta *et al* (2002) concluiu-se que a experiência desportiva estava associada a um autoconceito global mais elevado, verificando-se repercussões ao nível de alguns domínios do autoconceito, como é o caso da competência física e aparência física e conseqüentemente ao nível do autoconceito físico total.

O trabalho desenvolvido por Fox (2000) no domínio desportivo alerta, entre outros aspetos, para o facto de as mudanças corporais resultantes do exercício e da atividade física poderem promover e aumentar o autoconceito.

Os resultados deste estudo apontam para o facto de existirem diferenças significativas em alguns domínios do autoconceito, entre sujeitos não praticantes, ex-praticantes e praticantes. Os resultados sugeriram ainda que a prática de atividade física poderá ser considerada uma variável influente no autoconceito global. Os homens e as mulheres apresentaram diferenças ao nível de algumas dimensões específicas do autoconceito, embora essas diferenças se diluam ao nível do autoconceito global.

Levy e colaboradores (2002) examinaram que os indivíduos que possuem uma autopercepção mais positiva acerca do envelhecimento (crenças individuais de idosos acerca do seu próprio envelhecimento) e constataram que estes apresentam um grau de funcionalidade acima dos 18 anos quando comparados com aqueles que tem uma autopercepções mais negativa do seu envelhecimento. Estes autores sugerem que a forma como os indivíduos percebem o seu envelhecimento, afeta a sua saúde funcional.

Alferman e Stoll (2000), constataram que o exercício influencia e primeiro lugar o autoconceito físico desenvolvendo um grau elevado de competência e aceitação física conduzindo consequentemente a elevados sentimentos e autoestima global. Verificaram também que o exercício aumenta o autoconceito físico repercutindo-se no aumento do bem-estar. Os mesmos autores afirmaram que o autoconceito e bem-estar são ambos aspetos centrais da saúde mental.

Um grande número de estudos demonstrou que a autopercepção do estado de saúde é um importante predador de mortalidade.

Menec e colaboradores (1999) realizaram um estudo com idosos para examinar a relação entre percepção de saúde e o alcance de outros resultados além da mortalidade, incluindo crenças de controlo e morbidade. Os resultados mostraram que os idosos que consideravam a sua saúde má ou frágil eram mais prováveis de morrer com menos três a três anos e meio do que aqueles que perceberam a sua saúde como excelente.

5.7. A atividade física e a autoestima

As autoras Berger e McInman (1993), realizaram alguns estudos que mostram que os idosos praticantes de atividade física tem características de personalidade mais positivas que os idosos não praticantes, para estas autoras, os idosos fisicamente mais ativos tendem a ter melhor saúde e mais facilidade para lidar com situações de stress e tensão e a manifestar atitudes mais positivas para o trabalho, reforçando a correlação forte que existe entre a satisfação com a vida e a atividade física.

Na Universidade do Tennessee, investigadores confirmaram que o exercício se reflete na autoestima. Mulheres que caminharam ou correram cerca de 2,5 km, com uma

frequência semanal de duas vezes, apresentaram progressos psicológicos, tornando-se mais autoconfiantes, passaram a aceitar-se melhor, além de aumentarem a agilidade e a satisfação em geral.

Alfermann e Stoll (2000), realizaram um estudo onde procuraram verificar as relações entre exercício/autoconceito e bem, onde foi possível verificar como resultado da investigação, que o autoconceito físico melhora com o exercício, não se verificando o mesmo para a autoestima contrariamente aquilo que seria inicialmente previsto.

Os autores sugerem que uma das causas para o facto de a autoestima não aumentar, talvez se deva à pouca intensidade do programa, uma vez que este é um constructo relativamente estável, estes autores referem também, que um programa de exercício com uma frequência de duas vezes por semana, ao contrário do seu que só tinha uma frequência unitária semanal, talvez induza mudanças neste conceito.

Mac Auley (2001), analisou os efeitos psicológicos de um programa de exercícios físicos de seis meses em pessoas de terceira idade. Os exercícios aumentaram o nível de autoestima, autoeficácia e bem-estar das pessoas envolvidas no programa e melhoram as funções cognitivas como atenção, concentração e memória. Após um período de seis meses sem a prática de exercício físico, os ganhos psicológicos diminuíram gradualmente (Samulski, 2002).

Sontroem (1984), concluiu que a participação de exercício, está relacionada com o aumento o score dos sujeitos nos testes de autoestima, propondo várias explicações para o facto de a autoestima aumentar positivamente com a atividade física. A primeira e mais provável, esta relacionada com o aumento da aptidão física, outra explicação pode ser o facto de os participantes sentirem que os objetivos dos exercícios são para eles tangíveis, sentindo-se mais competentes, demonstrando sentimentos de mestria e controlo e por fim as experiências sociais que o exercício proporciona que se revestem também de importância fulcral neste grupo populacional. Todos estes fatores contribuem decisivamente para o aumento da autoestima.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3. Metodologia

3.1 Amostra

A amostra foi constituída por 251 indivíduos (N= 250) de ambos os sexos. 170 participantes são do sexo feminino (n =170) e 81 participantes do sexo masculino (n=81) com idade igual ou superior a 65 anos, oriundos do concelho de Santa Maria da Feira divididos em dois grupos, praticantes de atividade física regular, e não praticantes de atividade física regular. Os idosos têm idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos de idade.

Os praticantes estão inseridos no programa “Movimento e bem-estar” promovido pela Câmara Municipal de Santa Maria da Feira.

Este programa é destinado a residentes no concelho de Santa Maria da Feira, maiores de 65 anos e o seu objetivo é promover a prática de atividade física, associada a um estilo de vida mais ativo. O programa decorre semanalmente em diversas instituições particulares de solidariedade social do concelho, sendo aberto a utentes e não utentes das referidas instituições e que se deslocam ao centro-de-dia, unicamente para frequentar as aulas de atividade física. Uma das aulas é hidroginástica, sendo que os idosos se deslocam às piscinas municipais do concelho. O grupo de não praticantes pertencentes à comunidade foi contactado individualmente, via telefónica pela Câmara Municipal, para participarem no presente estudo.

3.2 Variáveis em estudo

Passamos se de seguida à descrição de cada uma das variáveis analisadas no presente estudo.

3.2.1. Variáveis independentes

As variáveis independentes definidas para o presente estudo são: a idade, o sexo, a prática regular de exercício.

- ✓ Idade – variável quantitativa, continua com arredondamento em meses;
- ✓ Sexo – variável qualitativa, organizada em grupos: feminino e
- ✓ masculino;
- ✓ Prática de exercício físico regular – variável qualitativa, em que só são consideradas apenas, os idosos que frequentam o programa “Movimento e Bem-estar” promovido pela Câmara de Santa Maria da Feira;

3.2.2. Variáveis dependentes

- ✓ Autoestima Global – variável nominal qualitativa; é uma componente avaliada do Autoconceito, sendo que reflete o nível de satisfação do indivíduo relativamente a si próprio;
- ✓ Perceção do domínio físico variável nominal discreta, constituída por 6 fatores propostos (Funcionalidade, saúde física, competência desportiva, atracção corporal, força física e auto valorização física) replica ou não na população portuguesa;
- ✓ Bem-estar subjetivo – variável nominal qualitativa, subdividido em duas escalas: - Satisfação com a Vida no Momento (Vida Presente) e Stress Percecionado (*Perceived Stress Scale*)

3.3. Instrumentos de medida

Neste estudo foram aplicadas as escalas de satisfação com a vida *Satisfaction with Life Scale* (SWLS), *Physical Self Perceptions Profile* (Fox, et al 2007) e um questionário demográfico para identificação e caracterização socio afetiva dos sujeitos.

O questionário demográfico de identificação e caracterização sociodemográfica, por nos elaborados, foi composto por três partes distintas. A primeira parte permitiu-nos proceder à caracterização da amostra, através do sexo, idade, naturalidade, profissão, estado civil e local de residência. A segunda parte correspondeu à atividade física dos idosos procurando fazer uma análise dos hábitos desportivos relativamente ao passado e ao presente, e em caso afirmativo saber qual o tipo de atividade praticada e o tempo semanal despendido na mesma, na terceira parte questionamos se os idosos consideram que a sua atividade física é suficiente e se gostariam de ser mais ativos.

3.3.1. Questionário de avaliação do bem-estar subjetivo

No nosso estudo, para obter os dados relativos ao bem-estar subjetivo, foi aplicado um questionário, constituído pelos seguintes instrumentos de medida *Satisfaction with life Scale (SWLS)*, a *Self-Anchoring Rating Scale* (escada) Cantril (1965), visando a avaliação da *satisfação com a vida* (componente do BES).

Para avaliar a satisfação com a vida global utilizaremos uma versão traduzida e adaptada à realidade nacional da *Satisfaction with life Scale (SWLS)*, desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), Traduzido e adaptado por Ferreira, J.P. (2007), tendo o recurso ao coeficiente de Cronbach revelado uma consciência interna aceitável (alfa= 0.72). Este instrumento contém cinco itens de construção positiva e baseia-se na ideia de que para se avaliar a satisfação com a vida global faz mais sentido perguntar à pessoa qual a avaliação global que faz da sua vida, do que efetuar a soma da satisfação em domínios específicos (Neto, 1999).

A *SWLS* é classificada mediante o grau de concordância do sujeito, que pode variar entre um e sete, desde “discordo plenamente” (1 ponto) a “concordo plenamente” (7 pontos), sendo a resposta central nem concordo nem discordo (4 pontos). Através do somatório dos 5 itens calculamos o grau de satisfação com a vida de acordo com a escala que varia entre 5 e 35 valores.

O *Self-Anchoring Rating Scale* consiste no desenho de uma escada com 10 degraus, representativa da escala de medição da Satisfação com a Vida no Momento. O topo da escala (nível 10) representa a melhor vida possível que o sujeito pode imaginar

de si próprio, sendo o degrau mais baixo (nível 0) o pior possível. Pretende-se que o sujeito assinale o que considera o seu grau de satisfação para com a vida no momento.

3.3.2 – Perfil de autopercepção física: PSPP (versão clínica reduzida)

Fox (1998), referiu que uma das principais limitações ao desenvolvimento da investigação no domínio das autopercepções físicas consistia na escassez de instrumentos fiáveis e válidos para proceder à caracterização e avaliação do modo com os indivíduos percebem a sua dimensão física. No entanto, nos últimos anos foram desenvolvidos alguns instrumentos que têm vindo a revelar-se como fiáveis e válidos para este fim, contribuindo, desse modo, para o desenvolvimento do conhecimento neste domínio.

Relativamente ao questionário de autopercepções físicas, utilizaremos o *Physical Self-perception profile* (PSPP) validada para a população idosa por Ferreira, Cruz, Salgueiro e Fox (2017)

O *PSPP* permite aos inquiridos indicar as perceções que tem de si próprio relativamente a vários aspetos do seu “eu físico”, sendo constituído por cinco escalas: competência desportiva (i.e., perceções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas, e confiança em contextos desportivos), condição física (i.e., perceções acerca do nível da condição física, capacidade para persistir na prática de atividade física, e confiança em contextos de atividade física e fitness), aparência física (i.e., perceções acerca da atracção exercida nos outros pela sua figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente, e confiança na aparência), força física (i.e., perceções acerca da força física, desenvolvimento muscular, e confiança em situações que exigem força) e autoestima física (i.e., sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no seu “eu físico”). Cada escala é igualmente constituída por seis itens, relativamente a cada um dos quais os inquiridos se pronunciam através de uma estrutura de resposta com formato de estrutura alternativa, constituindo cada item num par de afirmações contrárias (Fonseca e Fox, 2002).

Cada item abarca um par de afirmações contrárias (e.g., “*Algumas sentem que não são muito boas na prática de atividade física*” mas “*Outras por outro lado*”

executam muito bem as diferentes atividades físicas”), sendo que a resposta varia de acordo com uma escala de quatro categorias: no sentido positivo, realmente verdade para mim, e quase verdade para mim. Este molde de oferecer quatro possibilidades de resposta para o mesmo item foi adotado de modo a reduzir respostas socialmente desejáveis (Fox, 1998). O inquirido inicialmente seleciona a afirmação que melhor o descreve, para, em seguida, indicar o grau de semelhança que considere que tenha a ver consigo.

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

3.4. Procedimentos

As sessões desportivas foram bissemanais, sendo duas aulas de ginástica de manutenção e uma aula de hidrogenástica, tendo a duração de 45 minutos cada. A ginástica de manutenção foi caracterizada por um trabalho generalizado, incluindo uma parte sócio afetiva (15 minutos), um aquecimento (10 minutos), exercícios aeróbios (marcha, dança, “jogging”), exercícios de força, de equilíbrio, de coordenação (20 minutos) e relaxamento (10 minutos). A hidrogenástica foi caracterizada por um trabalho generalizado, incluindo um aquecimento (10 minutos), exercícios aeróbios e exercícios de força e coordenação (20 minutos) e relaxamento (10 minutos). A primeira aplicação dos questionários foi realizada no início de fevereiro e a segunda em abril.

3.4.1. Ética

A participação teve um carácter voluntário. Os idosos foram informados de todas as implicações da participação num programa deste teor e das tarefas realizadas nos procedimentos de avaliação, sendo solicitado o consentimento para a sua participação,

quer no programa de atividade física, quer para todos os procedimentos de avaliação a desenvolver.

Todos os idosos apresentaram uma declaração médica atestando a sua aptidão para a prática da atividade física proposta, bem como as referências às suas limitações.

As sessões desportivas foram bissemanais, sendo duas aulas de ginástica de manutenção e uma aula de hidroginástica, tendo a duração de 45 minutos cada. A ginástica de manutenção foi caracterizada por um trabalho generalizado, incluindo uma parte sócio afetiva (15 minutos), um aquecimento (10 minutos), exercícios aeróbios (marcha, dança, “jogging”), exercícios de força, de equilíbrio, de coordenação (20 minutos) e relaxamento (10 minutos). A hidroginástica foi caracterizada por um trabalho generalizado, incluindo um aquecimento (10 minutos), exercícios aeróbios e exercícios de força e coordenação (20 minutos) e relaxamento (10 minutos).

A primeira aplicação dos questionários foi realizada no início de fevereiro e a segunda em abril.

3.5. Análise e tratamento de dados

Com o intuito de caracterizar a amostra, recorreu-se à estatística descritiva, utilizando a média como medida de tendência central, o desvio padrão como medida de dispersão e o valor máximo e o valor mínimo para os diferentes domínios das variáveis. A normalidade da amostra foi testada e confirmada através do cálculo dos valores de Skewness e Kurtosis, dos respetivos histogramas. Como a amostra foi constituída por 251 indivíduos, recorreu-se à estatística paramétrica onde se utilizou o teste T-Student para verificar as diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Para analisar a existência de correlação entre as variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson. A totalidade dos dados recolhidos foi analisado através do programa informático SPSS “Statistical Package for the Social Sciences, version 17.0 for Windows”. Foi adotado um nível de significância $p \leq 0,05$, valor usualmente assumido para pesquisas em Ciências Sociais e Humanas.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4. 1. Análise Descritiva das Variáveis Independentes

A estatística descritiva neste estudo terá por base o cálculo de alguns parâmetros descritivos como a média, o desvio padrão e a frequência das variáveis com o objetivo de descrever as características globais da amostra.

A tabela 1 apresenta a frequência e a percentagem dos idosos de acordo com a idade.

Tabela 1- Valores de média e desvio padrão por classes relativas à idade

<i>Idade</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>
65-70	105	41,8	1,75	0,434
71-75	51	19,9	1,63	0,488
76-80	35	14,7	1,63	0,490
81-85	41	16,3	1,59	0,499
+85	18	7,2	1,67	0,485

Pela análise dos dados individuais dos idosos, recolhidos através dos questionários, podemos verificar que os idosos têm idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos de idade. A tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com a idade, por classes. Desta forma verificámos que a maior parte dos idosos se inclui na classe dos 65 aos 70 anos (41,8%; n=105), seguindo-se os idosos com idades compreendidas entre os 71 e os 75 anos de idade (19,9%; n=51). A classe menos representada, com apenas 18 idosos (7,2%; n=18) é a dos idosos com mais de 85 anos de idade.

A tabela 2 apresenta a frequência e a percentagem dos idosos de acordo o estado civil.

Tabela 2- Frequências relativas ao estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Solteiro	9	3,6
Casado	153	61,0
Divorciado	8	3,2
Viúvo	77	30,7

Da observação da tabela 2, pode-se verificar que a maior parte dos idosos, 61,0 % (n=153) são casados, 30,7 % (n=77) são viúvos, 3,2% (n=8) são divorciados e apenas 3,6% (n=9) são solteiros. Quatro idosos não responderam a esta questão.

A tabela 3 apresenta a frequência e a percentagem dos idosos de acordo com a prática desportiva atual.

Tabela 3 Frequências relativas á frequência de exercício físico atual

<i>Frequência do Exercício Atual</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Nenhuma	117	46,6
1 a 2 vezes por semana	61	24,3
3 a 4 vezes por semana	66	26,3
5 ou mais sessões	7	2,8

No que respeita ao tempo que os idosos dedicam à prática de exercício, verifica-se que 117 idosos não são praticantes. Dos idosos praticantes 66 (26,3%) tem uma frequência de prática de 3 a 4 vezes por semana, 61 idosos (24,3%) tem uma frequência de prática de uma a duas vezes por semana. Apenas sete idosos (2,8%) referiram ter uma frequência de prática desportiva de cinco ou mais vezes por semana.

A tabela 4 apresenta a frequência e a percentagem dos idosos de acordo com a prática desportiva anterior.

Tabela 4- Frequências relativa á prática de exercício físico anterior

<i>Exercício Físico Anterior</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Sim	38	15,1
Não	213	84,9

No que respeito á pratica desportiva anterior, podemos constatar através da tabela 6 que a maioria dos idosos não praticava nenhum desporto (38,0%; n=213). Apenas 38 idosos eram já praticantes (15,1%; n=38).

4.2 Análise inferencial

4.2.1 Diferenças em Função do sexo

A tabela 5 apresenta os valores da média e desvio padrão das diferentes dimensões do PSPP – versão clínica reduzida, em função do género.

Tabela 5- Valores descritivos das diferentes dimensões do PSPP em função do género

	<i>N</i>	<i>Feminino</i>	<i>N</i>	<i>Masculino</i>	<i>t-test</i>	
		<i>M ± Dp</i>		<i>M ± Dp</i>	<i>T</i>	<i>Sig</i>
Func.	170	7,90±2,80	81	7,90±2,81	0,019	0,985
Saúde física	168	7,33±2,34	80	7,29±2,08	-0,130	0,887
Comp. Desp.	167	7,02±2,47	81	7,28±2,29	0,796	0,427
Atracção Corporal	170	6,98±2,47	81	6,77±2,61	-0,638	0,524
Força física	167	6,96±2,52	79	7,00±2,28	0,107	0,914
AVF	169	7,66±2,51	81	7,21±2,46	-1,326	0,186

**P <0,01 *P <0,05

Relativamente aos resultados da tabela 5, podemos afirmar que não se verificaram diferenças significativas no que diz respeito aos fatores das auto percepções, em função do género. Os fatores que apresentaram valores médios superiores para o sexo feminino, foram o fator Funcionalidade (7,90±2,80) e o fator Autovalorização

Física (7,66±2,51). No que concerne ao sexo masculino os fatores com média mais elevada são o fator Funcionalidade (7,90±2,81) e o fator Saúde Física (7,29±2,08).

A tabela 6 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar Subjetivo, Vida Presente, Stress Percecionado e Autoestima Global em função do género.

Tabela 6- Valores descritivos do Bem-estar subjetivo, Vida Presente e stress percecionado e autoestima Global

	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>t-test</i>	
	<i>N</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>N</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
BES_TOTAL	165	20,49±7,42	81	21,49±7,08	1,012	0,313
Vida presente	170	5,52±1,97	81	5,44±1,69	-0,312	0,755
SP_TOT	164	43,29±5,10	77	42,60±6,02	1,286	0,200
AEG	166	23,23±2,97	80	23,73±2,54	-0,922	0,358

**P <0,01 *P <0,05

No que diz respeito ao Bem-estar subjetivo, Vida Presente, Stress Percecionado e a Autoestima Global em função do género, não se verificam diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino.

A distribuição dos fatores com média mais elevada para o sexo feminino são a Vida Presente (5,52±1,97) e o Stress Percecionado (43,29±5,10). Em relação ao sexo masculino os fatores com média mais elevada são o Bem-estar subjetivo (21,49±7,08) e Autoestima Global (23,73±2,54).

4.2.2. Diferenças em função dos escalões etários

A tabela 7 apresenta os valores da média e desvio padrão das diferentes dimensões do PSPP – versão clínica reduzida, em função dos escalões etários.

Tabela 7- Autopercepções físicas em função dos escalões etários

	<i>65-70</i>	<i>71-75</i>	<i>76-80</i>	<i>81-85</i>	<i>+85</i>	<i>ANOVA</i>	
	<i>M ± Dp</i>	F	Sig				
Func.	8,97±2,25	7,80±2,94	7,22±3,15	6,78±2,56	5,83±2,66	9,709	,000**
Saúde física	7,99±2,03	6,94±2,25	7,08±2,60	6,65±1,93	6,44±2,55	4,543	,001*
Comp. Desp.	7,74±2,34	6,94±2,30	7,00±2,45	6,29±2,34	5,94±2,36	4,340	,002*
Atracção Corporal	7,32±2,41	6,80±2,51	6,76±2,72	6,44±2,47	6,22±2,69	1,473	,211
Força física	7,79±2,18	6,86±2,57	6,38±2,69	6,10±2,19	5,65±2,06	6,499	,000**
AVF	8,36±2,13	7,67±2,82	6,78±2,57	6,56±2,26	5,78±1,99	8,437	,000**

**P <0,01 *P <0,05

Relativamente aos resultados da tabela 7, podemos afirmar que os fatores com média mais elevada e significativa para o escalão etário dos 65 aos 70, são o fator Funcionalidade (8,97±2,25), em que, o Autovalorizarão Física (8,36±2,13). O mesmo se verificou no escalão e etário dos 71 aos 75 em que o facto Funcionalidade (7,80±2,94) e Autovalorizarão Física (7,67±2,82) apresentam valores médios mais elevados sendo os valores estatisticamente significativos. No que concerne ao escalão etário dos 76 aos 80 os fatores com média mais elevada e significativos são a Funcionalidade (7,22±3,15) e a Saúde Física (7,08±2,60). Os fatores que apresentam valores médios superiores para o escalão etário dos 81 aos 85 são a Funcionalidade (6,78±2,65) e a Saúde Física (6,65±1,93), ambos os valores significativos.

O fator da Saúde Física (6,44±2,25) apresenta os valores médios superiores e significativos para o escalão etário com mais de 85 anos de idade, logo a seguir ao fator Atracção Corporal (6,22±2,69), contudo este não é significativo.

A tabela 8 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar Subjetivo, Vida Presente, Stress Percecionado e Autoestima Global em função dos escalões etários.

Tabela 8- Bem-estar subjetivo, Vida Presente e stress percecionado e autoestima Global em função dos escalões etários

	<i>65-70</i>	<i>71-75</i>	<i>76-80</i>	<i>81-85</i>	<i>+85</i>	<i>ANOVA</i>	
	<i>M ± Dp</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>				
BES_TOTAL	22,57±6,43	21,18±7,10	18,92±7,78	18,73±7,53	18,56±8,99	3,50	,008**
Vida presente	6,00±1,92	5,20±1,59	5,35±2,00	4,98±1,75	4,85±1,78	3,68	,006**
SP_TOT	41,91±5,30	43,81±5,80	44,56±4,56	43,79±5,86	43,19±4,58	2,30	,059
AEG	22,91±3,18	23,69±2,16	18,92±7,78	23,63±3,04	23,89±2,14	1,28	,278

**P <0,01 *P <0,05

No que diz respeito ao Bem-estar subjetivo, Vida Presente, Stress Percecionado e a Autoestima Global em função dos escalões etários, apenas se verificam diferenças significativas no Bem-estar subjetivo e na Vida Presente nos diferentes escalões etários.

O Stress Percecionado é o fator que apresenta os valores com média mais elevada para os diferentes escalões etários. Sendo o escalão etário dos 76 aos 80 os que apresentam o valor médio mais elevado (44,56±4,56).

4.2.3. Diferenças em função do Estado Civil

A tabela 9 apresenta os valores da média e desvio padrão das diferentes dimensões do PSPP – versão clínica reduzida, em função dos diferentes estados civis.

Tabela 9- Autopercepções físicas em função dos estados civis

	<i>Solteiro</i>	<i>Casado</i>	<i>Divorciado</i>	<i>Viúvo</i>	<i>ANOVA</i>	
	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Func.	6,50±3,56	8,31±2,66	7,75±2,87	7,06±2,84	3,77	,011*
Saúde física	7,56±1,67	7,31±2,23	7,63±2,13	7,22±2,40	0,12	,947
Comp. Desp.	8,00±2,78	7,24±2,38	7,63±1,51	6,70±2,52	1,41	,241
Atracção Corporal	8,56±3,13	7,04±2,51	7,00±2,51	6,55±2,44	1,96	,121
Força física	6,56±2,65	7,34±2,38	6,88±3,00	6,35±2,39	2,94	,034*
AVF	7,78±3,11	7,80±2,44	7,25±2,82	7,01±2,48	1,77	,154

**P <0,01 *P <0,05

Relativamente aos resultados da tabela 9, podemos afirmar que os fatores com valores significativos são a Funcionalidade ($p=,011$) e a Força Corporal ($p=,034$).

Os valores médios mais elevados para o estado civil “solteiro” são para o fator atracção corporal ($8,56\pm 3,13$) e componente desportiva ($8,00\pm 2,78$). No que concerne ao estado civil “casado” os valores médios mais elevados são o fator Funcionalidade ($8,56\pm 3,13$) e Autovalorização Física ($7,80\pm 2,44$). Os fatores que apresentam valores médios superiores para o estado civil “Divorciado” são a Funcionalidade ($7,75\pm 2,87$), a Saúde Física ($7,63\pm 2,13$) e a Componente desportiva ($7,63\pm 1,51$). Em relação ao estado civil “Viúvo” os valores médios mais elevados são a Saúde Física ($7,22\pm 2,40$) e a Funcionalidade ($7,06\pm 2,84$).

A tabela 10 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar subjetivo, Vida Presente, Stress Percecionado e Autoestima Global em função do estado civil.

Tabela 10- Autopercepções físicas em função do estado civil

	<i>Solteiro</i> <i>M ± Dp</i>	<i>Casado</i> <i>M ± Dp</i>	<i>Divorciado</i> <i>M ± Dp</i>	<i>Viúvo</i> <i>M ± Dp</i>	<i>ANOVA</i>	
					<i>F</i>	<i>Sig</i>
BES_TOTAL	22,44±8,55	21,97±6,73	19,13±8,31	18,77±7,89	3,56	,015*
Vida presente	5,89±2,61	5,66±1,79	6,25±2,61	5,09±1,87	2,16	,094
SP_TOT	45,11±7,49	42,99±5,49	39,50±2,67	43,34±5,21	1,65	,178
AEG	22,78±3,07	23,23±3,00	23,38±1,69	23,83±2,59	0,88	,452

**P <0,01 *P <0,05

De acordo com os dados da tabela 10 podemos constatar que se verificam diferenças significativas ao nível do Bem-estar subjetivo ($p=,015$).

O Stress Percecionado é o fator que apresenta os valores com média mais elevada para os diferentes estados civis. Sendo que são os solteiros que apresentam o valor médio mais elevado ($45,11\pm 7,49$).

4.2.4 Diferenças em função da prática de atividade física atual

A tabela 11 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar subjetivo, Vida Presente, Stress percecionado e Autoestima Global em função da atividade física atual.

Tabela 11- Valores descritivos das diferentes dimensões do PSPP em função da atividade física

	<i>Praticante</i> <i>M ± Dp</i>	<i>Não Praticante</i> <i>M ± Dp</i>	<i>t-test</i>	
			<i>T</i>	<i>Sig</i>
Func.	9,40±2,87	6,17±2,35	11,167	0,000**
Saúde física	8,02±2,23	6,51±2,14	5,591	0,000**
Comp. Desp.	8,11±2,11	5,97±1,98	7,730	0,000**
Atração Corporal	8,09±2,20	5,56±2,17	9,147	0,000**
Força física	8,01±2,31	5,80±2,03	7,912	0,000**
AVF	8,94±2,06	5,89±1,90	12,152	0,000**

**P <0,01 *P <0,05

De acordo com os dados da tabela 11 podemos constatar que se verificam diferenças significativas ao nível de todos os fatores das Autopercepções.

Observando os resultados e os valores médios mais altos obtidos podemos verificar que os idosos praticantes de atividade física apresentam como fatores com média mais elevada a Funcionalidade (9,40±2,87) e a Autovalorização Física (8,94±2,06).

Em relação aos idosos não praticantes de atividade física o fator que apresenta a média mais elevada é a Saúde física (6,51±2,14) e a Funcionalidade (6,17±2,35).

A tabela 12 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar subjetivo, Vida Presente, stress percecionado e Autoestima Global em função da atividade física atual.

Tabela 12 - Valores descritivos do Bem-estar subjetivo, Vida Presente e stress percecionado e autoestima Global em função da atividade física atual

	<i>Praticante</i> <i>M ± Dp</i>	<i>Não Praticante</i> <i>M ± Dp</i>	<i>t-test</i>	
			<i>T</i>	<i>Sig.</i>
BES_TOTAL	23,74±6,04	17,61±7,26	7,223	0,000**
Vida presente	6,25±1,76	4,64±1,63	7,472	0,000**
SP_TOT	42,09±5,48	44,23±5,11	-3,106	0,002**
AEG	22,62±2,87	24,25 ±2,55	-4,677	0,000**

**P <0,01 *P <0,05

De acordo com os dados da tabela 12 podemos constatar que se verificam diferenças significativas ao nível do Bem-estar subjetivo (p=, 000), da Vida Presente (p=, 000), do Stress Percecionado (p=, 002) e da Autoestima Global (p=,000).

Observando os resultados e os valores médios mais altos obtidos podemos verificar que os idosos praticantes de atividade física apresentam como fatores com média mais elevada o Stress percecionado (42,09±5,48) e o Bem-estar Percecionado (23,74±6,04).

Em relação os idosos não praticantes de atividade física verificamos que os valores médios mais elevados são o Stress Percecionado (44,23±5,11) e a Autoestima Global (24,25±2,55).

4.2.5 Diferenças em função do número de sessões de atividade física

A tabela 13 apresenta os valores da média e desvio padrão das diferentes dimensões do PSPP – versão clínica reduzida, em função do número de sessões da atividade física.

Tabela 13- Autopercepções físicas em função do número de sessões de atividade física

	<i>Nenhuma</i>	<i>1 a 2</i>	<i>3 a 4</i>	<i>+5</i>	<i>ANOVA</i>	
	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Func.	6,17±2,35	9,66±1,97	9,14±2,43	9,71±2,36	42,12	,000**
Saúde física	6,51±2,14	7,69±2,14	8,36±2,06	7,86±2,12	11,52	,000**
Comp. Desp.	5,97±1,98	7,87±2,20	8,22±2,39	9,14±2,73	20,79	,000**
Atração Corporal	5,56±2,17	7,74±2,16	8,42±2,18	8,00±2,45	29,07	,000**
Força física	5,80±2,03	8,11±2,25	7,91±2,42	8,00±2,00	20,81	,000**
AVF	5,89±1,89	8,74±1,80	9,11±2,26	9,14±2,27	49,45	,000**

**P < 0,01 *P < 0,05

De acordo com os dados da tabela 13 podemos constatar que se verificam diferenças significativas ao nível de todos os fatores das Autopercepções.

Os valores médios mais elevados para os idosos que não praticam exercício físico são para o fator Saúde Física (6,51±2,14) e a Funcionalidade (6,17±2,35). No que concerne à prática desportiva uma a duas vezes por semana os valores médios mais elevados são o fator Funcionalidade (9,66±1,97) e Autovalorização Física (8,74±1,80). Os fatores que apresentam valores médios superiores para os idosos que praticam três a quatro vezes por semana são a Funcionalidade (9,14±2,43) e a Autovalorização Física (9,11±2,26). Em relação aos idosos que praticam mais de cinco vezes por semana os valores médios mais elevados são a Funcionalidade (9,71±2,36) e a Autovalorização Física (9,14±2,27).

A tabela 14 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar subjetivo, Vida Presente, stress percecionado e Autoestima Global em função do número de sessões de atividade física.

Tabela 14- Valores descritivos do Bem-estar subjetivo, Vida Presente e stress percecionado e autoestima Global em função do número de sessões de atividade física

	<i>Nenhuma</i> <i>M ± Dp</i>	<i>1 a 2</i> <i>M ± Dp</i>	<i>3 a 4</i> <i>M ± Dp</i>	<i>+5</i> <i>M ± Dp</i>	<i>ANOVA</i>	
					<i>F</i>	<i>Sig</i>
BES_TOTAL	17,61±7,26	23,86±6,08	23,86±5,91	27,57±6,24	18,38	,000**
Vida presente	4,64±1,63	6,34±1,75	6,08±1,75	7,00±2,00	19,38	,000**
SP_TOT	44,23±5,12	42,56±5,11	41,85±5,94	40,43±4,04	3,63	0,014*
AEG	24,25±2,55	22,61±2,50	22,59±3,20	23,00±3,06	7,28	,000**

**P <0,01 *P <0,05

De acordo com os dados da tabela 14 podemos constatar que se verificam diferenças significativas ao nível do Bem-estar subjetivo ($p=,000$), da Vida Presente ($p=,000$), do Stress Percecionado ($p=,014$) e da Autoestima Global ($p=,000$).

Observando os resultados e os valores médios mais altos obtidos podemos verificar que os idosos que não praticam atividade física, como os que praticam independentemente do número de sessões semanais é o Stress Percecionado o fator que apresenta os valores médios superiores mais elevados.

4.2.6 Diferenças em função da prática de atividade física anterior

A tabela 15 apresenta os valores da média e desvio padrão das diferentes dimensões do PSPP – versão clínica reduzida, em função da prática desportiva anterior.

Tabela 15- Autopercepções físicas em função da prática desportiva anterior

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>t-test</i>	
	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	<i>T</i>	<i>Sig</i>
Func.	8,24±2,91	7,84±2,78	0,814	0,416
Saúde física	7,78±2,19	7,23±2,61	1,375	0,170
Comp. Desp.	7,84±2,37	7,84±2,40	2,050	0,041*
Atração Corporal	7,87±2,59	7,87±2,47	2,570	0,011*
Força física	7,25±2,25	7,25±2,48	0,729	0,467
AVF	7,95±2,78	7,95±2,44	1,168	0,244

**P <0,01 *P <0,05

De acordo com os dados da tabela 15 podemos constatar que se verificam diferenças significativas ao nível do fator Componente Desportiva (p=, 041) e Atração Corporal (p=,011).

Observando os resultados e os valores médios mais altos obtidos podemos verificar que os idosos que praticaram atividade física anteriormente apresentam como fatores com média mais elevada a Funcionalidade (8,24±2,91) e a Autovalorização Física (7,95±2,78).

Em relação aos idosos não praticantes de atividade física na vida ativa os fatores que apresentaram a média mais elevada foram a Autovalorização Física (7,95±2,44) e a atração Corporal (7,87±2,47).

A tabela 16 apresenta os valores da média e desvio padrão do Bem-estar subjetivo, Vida Presente, Stress Percecionado e Autoestima Global em função da atividade física anterior.

Tabela 16- Valores descritivos do Bem-estar subjetivo, Vida Presente e stress percecionado e autoestima Global em função da atividade física anterior

	<i>Sim</i> <i>M ± Dp</i>	<i>Não</i> <i>M ± Dp</i>	<i>t-test</i>	
			<i>T</i>	<i>Sig.</i>
BES_TOTAL	22,74±6,64	22,74±7,38	1,765	0,079
Vida presente	6,21±1,80	6,21±1,86	2,572	0,011*
SP_TOT	42,91±5,68	42,91±5,38	-0,180	0,858
AEG	24,05±2,40	23,27±2,90	1,570	0,118

**P <0,01 *P <0,05

Relativamente aos dados da tabela 16 podemos constatar que apenas se verificam diferenças significativas ao nível da Vida presente (p=, 011).

Observando os resultados podemos verificar que os idosos que praticaram atividade física anteriormente e os que não praticaram apresentam valores médios idênticos a nível do Bem-estar subjetivo, da vida presente do Stress Percecionado bem como da Autoestima Global.

O valor mais médio mais elevado para os idosos que praticaram anteriormente e para os que não praticaram foi ao nível do Stress Percecionado.

4. 3. Análise das correlações

4. 3. 1 Relação entre Variáveis

Seguidamente apresentamos os valores do r produto – momento de Pearson que traduz os valores de relação entre as diferentes variáveis em estudo por género (as diferentes dimensões do PSPP-VCR, da Autoestima Global, do Stress Percecionado e do Bem-estar subjetivo).

Tabela 17- Relações significativas entre as variáveis do PSPP- Versão Clínica, stress percecionado Autoestima Global e do Bem-estar subjetivo no

sexo masculino

	<i>AEG</i>	<i>FUN</i>	<i>SAÚDE FÍSICA</i>	<i>COMP. DESP.</i>	<i>ATRAÇÃO CORPORAL</i>	<i>FORÇA FÍSICA</i>	<i>AVF</i>	<i>BES_TOT</i>	<i>Vida Presente</i>	<i>SP_TOT</i>
<i>AEG</i>										
<i>FUN</i>										
<i>SAÚDE FÍSICA</i>	-,26*	,38**								
<i>COMP. DESP.</i>		,66**	,60**							
<i>ATRAÇÃO CORPORAL</i>		,72**	,49**	,64**						
<i>FORÇA FÍSICA</i>		,74**	,37**	,57**	,61**					
<i>AVF</i>	-,23*	,77**	,48**	,61**	,72**	,75**				
<i>BES_TOT</i>		,54**	,22*	,39**	,52**	,53**	,51**		,73**	
<i>Vida Presente</i>		,59**	,41**	,50*	,63**	,43**	,54**	,73**		
<i>SP_TOT</i>			-,24*	-,26*						

**P <0,01 *P <0,05

Como se pode verificar na tabela 17, a Autoestima Global apresenta uma relação moderada e negativa com os fatores da escala do PSPP- Versão Clínica na Saúde Física ($r = -,26$; $p < .05$) e Autovalorização Física ($r = -,23$; $p < .05$).

No que concerne às relações observadas entre os fatores do PSPP, as que se relacionam de forma mais elevada são: a Funcionalidade e a Autovalorização Física ($r = ,77$; $p < .01$), a Força Física e a Autovalorização Física ($r = ,75$; $p < .01$), assim como a Funcionalidade e a Atracção Corporal ($r = ,74$; $p < .01$).

No que diz respeito ao Bem-Estar subjetivo a relação mais elevada observada foi com a Vida presente ($r = ,73$; $p < .01$). Neste contexto o Bem-Estar subjetivo também apresenta uma correlação significativa com todos os fatores do PSPP- Versão Clínica: Funcionalidade ($r = ,54$; $p < .01$); Saúde Física ($r = ,22$; $p < .01$); Competência Desportiva ($r = ,39$; $p < .01$); Autovalorização Física ($r = ,51$; $p < .01$); Atracção Corporal ($r = ,52$; $p < .01$); e Força Física ($r = ,53$; $p < .01$).

Relativamente à Vida Presente a relação mais elevada observada foi com o Bem-Estar subjetivo ($r = ,73$; $p < .01$). Em relação aos fatores do PSPP – Versão Clínica

apresenta uma relação moderada: Funcionalidade ($r = .59$; $p < .01$); Saúde Física ($r = .41$; $p < .05$); Competência Desportiva ($r = .50$; $p < .01$); Autovalorização Física ($r = .54$; $p < .01$); Atracção Corporal ($r = .63$; $p < .01$); e Força Física ($r = .43$; $p < .01$).

No que diz respeito ao stress percecionado relaciona-se de forma inversa com os fatores do PSPP - Versão Clínica, Saúde física ($r = -.24$; $p < .05$) e Componente Desportiva ($r = -.26$; $p < .05$).

Tabela 18- Relações significativas entre as variáveis do PSPP- Versão Clínica, stress percecionado Autoestima Global e do Bem-estar subjetivo no

sexo feminino

	AEG	FUN	SAÚDE FÍSICA	COMP. DESP.	ATRAÇÃO CORPORAL	FORÇA FÍSICA	AVF	BES_TOT	Vida Presente	SP_TOT
AEG										
FUN	-,22**									
SAÚDE FÍSICA	-,15*	,55**								
COMP. DESP.	-,24**	,70**	,63**							
ATRAÇÃO CORPORAL	-,19*	,57**	,35**	,49**						
FORÇA FÍSICA	-,17*	,76**	,66**	,69**	,49*					
AVF	-,25**	,81**	,54**	,65**	,73**	,74**				
BES_TOT		-,56**	,42**	,39**	,48**	,46**	,55**			
VIDA PRESENTE		,55**	,41**	,46**	,53**	,48**	,59**	,72**		
SP_TOT		-,15*								

**P < 0,01 *P < 0,05

Relativamente à tabela 18 podemos afirmar que a Autoestima Global tem uma relação inversa e moderada com todos os fatores do PSPP – Versão Clínica: Funcionalidade ($r = -.22$; $p < .01$); Saúde Física ($r = -.15$; $p < .05$); Componente Desportiva ($r = -.24$; $p < .01$), Atracção Corporal ($r = -.19$; $p < .05$); Força Física ($r = -.17$; $p < .05$), Autovalorização Física ($r = -.25$; $p < .01$).

No que concerne às relações observadas entre os fatores do PSPP, as que se relacionam de forma mais elevada são: Funcionalidade e Autovalorização Física ($r =$

,81; $p < .01$), a Funcionalidade e Força Física ($r = ,76$; $p < .01$), a Força Física e Autovalorização Física ($r = ,74$; $p < .01$), assim como Autovalorização Física e Atracção Corporal ($r = ,73$; $p < .01$) e a Funcionalidade e a Competência Desportiva ($r = ,70$; $p < .01$). Relativamente ao Bem-estar subjetivo apresenta uma relação moderada com todos os fatores do PSPP, contudo com a Funcionalidade tem uma relação ($r = -,56$; $p < .01$).

No sexo feminino relativamente à Vida Presente a relação mais elevada foi observada com o Bem-estar subjetivo ($r = ,72$; $p < .01$), apresentando uma relação moderada com os fatores do PSPP – Versão Clínica: Funcionalidade ($r = ,55$; $p < .01$); Saúde Física ($r = ,41$; $p < .05$); Componente Desportiva ($r = ,56$; $p < .01$), Atracção Corporal ($r = ,53$; $p < .05$); Força Física ($r = ,48$; $p < .05$), Autovalorização Física ($r = ,59$; $p < .01$).

No que diz respeito ao stress percecionado relaciona-se de forma inversa com o fator do PSPP - Versão Clínica: Funcionalidade ($r = -,15$; $p < .05$).

4.2. Efeitos do exercício físico ao nível da Autoestima, Autoconceito físico, Bem-estar subjetivo e Stress Percecionado dos idosos face ao exercício físico

De seguida iremos apresentar o resultado das comparações entre o primeiro momento e o segundo momento dos fatores do PSPP- versão Clínica, Autoestima Global, Bem-estar subjetivo e Stress Percecionado, para os idosos praticantes e não praticantes de Exercício Físico. Entre estes dois momentos existiu um espaço temporal de 14 semanas.

Quadro 25- Paired Sample Test para a variável Bem-Estar subjetivo TOT, Vida presente, variáveis independentes do PSPP – Versão Clínica e Autoestima Global, para uma amostra de idosos praticantes de exercício físico.

		<i>Momento 1</i>	<i>Momento 2</i>	
	N	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	P
AEG – AEG_2	48	22,13±2,69	23,81±2,46	,000**
FUNCION – FUNCION_2	49	9,43±2,29	10,04±2,05	,014*
SAUDFIS – SAUDFIS_2	49	7,80±2,07	8,71±1,74	,001*
COMPDESP – COMPDESP_2	46	7,54±2,12	9,17±1,64	,000**
ATRACORP – ATRACORP_2	49	8,35±2,03	7,86±2,09	,044*
FORCFIS – FOSCFIS_2	47	7,94±2,29	8,96±2,02	,000**
AVF – AVF_2	48	8,96±2,02	9,36±1,82	,000**
AVF – AVF_2	48	24,10±5,85	9,10±2,03	,558
BES_TOT - BES_TOT_2	48	6,51±1,83	24,52±6,67	,544
VIDAPRESENTE – VIDAPRESENTE_2	49	42,54±5,30	6,45±1,60	,705
SP_TOT – SP_TOT_2	48		44,29±6,28	,047*

**P < 0,01 *P < 0,05

Relativamente a esta tabela, podemos afirmar que se verificaram resultados estatisticamente significativos nos parâmetros Autoestima Global (p=,000) Funcionalidade (p=,014), Saúde física(p=,001), Componente desportiva (p=,000), Atracção Corporal (p=,044) , Força física(p=,000) e Stress Percecionado(p=,047).

Observando os resultados e os valores médios verificamos que em todos os parâmetros houve uma melhoria após as catorze semanas de exercício físico.

Quadro 26- Paired Sample Test para a variável Bem-Estar Subjetivo TOT, Vida presente, variáveis independentes do PSPP – Versão Clínica e Autoestima Global, para uma amostra de idosos não praticantes de exercício físico.

**P <0,01 *P <0,05

		<i>Momento 1</i>	<i>Momento 2</i>	
	N	<i>M ± Dp</i>	<i>M ± Dp</i>	p
AEG – AEG_2	48	23,25±2,8	24,30±2,25	,015*
FUNCION – FUNCION_2	49	7	5,86±1,84	,141
SAUDFIS – SAUDFIS_2	50	6,10±2,20	6,12±1,61	,000**
COMPDESP – COMPDESP_2	50	7,04±2,04	5,76±1,60	,000**
ATRACORP – ATRACORP_2	49	6,48±1,95	4,33±1,28	,000**
FORCFIS – FOSCFIS_2	48	5,63±1,73	5,50±1,60	,109
AVF – AVF_2	50	5,81±1,94	5,26±1,48	,000**
BES_TOT - BES_TOT_2	50	6,04±1,75	15,80±7,14	,002**
VIDAPRESENTE – VIDAPRESENTE_2	50	6	45,35±5,66	,005**
SP_TOT – SP_TOT_2	43	4,80±1,11	44,79±5,9	,374
		9		

Relativamente á tabela 26, podemos afirmar que nos parâmetros Autoestima Global, a Saúde Física, a Componente Desportiva, a Atracção Corporal a Autovalorização Física, o Bem-estar subjetivo e a Vida Presente observaram-se resultados significativos estatisticamente significativos.

Observando os resultados e os valores médios verificamos que apenas a Autoestima Global e o Stress Percecionado é que registaram um aumento durante as catorze as semanas. Nos restantes parâmetros verificou-se uma diminuição dos valores médios nos idosos que não praticaram exercício físico.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando os resultados de outros estudos realizados no domínio, procedemos de seguida à discussão e interpretação dos resultados relativos à autoestima, às autopercepções físicas ao bem-estar subjetivo, bem como ao modo como a atividade física se relaciona com eles.

O objetivo fulcral do nosso estudo foi o de verificar as autopercepções, a autoestima, o bem-estar subjetivo em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. Pretendíamos igualmente verificar a influencia do género nas variáveis.

Com base nos resultados obtidos através da análise descritiva verificamos que dos 251 indivíduos que constituem a amostra em estudo, 47,9% (N= 170) dos inquiridos são do sexo feminino, e 22,8% (n= 22,8) são do sexo masculino. Na amostra total, 37,7% (n= 134) dos indivíduos declara pertencer ao grupo dos praticantes de exercício físico regular (99 do sexo feminino e 35 do sexo masculino) e 33,0% (N= 117) afirmam não serem praticantes de exercício físico regular (71 do sexo feminino e 46 do sexo masculino).

Apesar de se ter denotado em ambos os sexos uma frequência á pratica de atividade física é notória a superioridade da percentagem de mulheres a frequentar o programa “Movimento e bem-estar”. Estes resultados indicam que as mulheres, à semelhança do que foi descrito em outros estudos despenderam mais tempo do que os homens em atividades físicas.

A maioria dos idosos não praticava nenhum desporto antes de pertencer ao programa “movimento e bem-estar” (38,0%; n=213) e a maior parte dos idosos, 61,0 % (n=153) são casados.

O bem-estar subjetivo vem sendo definido na literatura como uma avaliação global da vida em termos de satisfação e equilíbrio entre afetos positivos e negativos (Diener, 2000; Ryff *et al.*, 2002)

Comparando os valores médios dos idosos sexos feminino e dos idosos do sexo masculino participantes no nosso estudo observou-se que os idosos do sexo masculino ($21,49 \pm 7,08$) apresentaram níveis mais elevados de bem-estar subjetivo que o sexo feminino ($20,49 \pm 7,08$).

Resultados idênticos foram encontrados por Pinquart e Sorensen (2001) num estudo onde concluíram através de uma meta-análise de 300 estudos empíricos que as mulheres manifestam níveis mais baixos de bem-estar subjetivo, quando comparadas com os homens. Assim, embora homens e mulheres não, difiram substancialmente em termos de valores médios do bem-estar subjetivo vários estudos indicaram que as mulheres experimentavam, mais vezes e de uma forma mais intensa, emoções positivas e negativas em relação aos homens (Diener e Ryan, 2009).

Os idosos entre os 65 a 70 anos de idade ($22,57 \pm 6,43$), apresentaram níveis mais elevados do bem-estar subjetivo e são os solteiros ($22,44 \pm 8,55$) que apresentam a média mais elevada para o bem-estar subjetivo.

Os idosos praticantes de atividade física apresentaram níveis mais elevados de bem-estar subjetivo ($23,74 \pm 6,04$) do que os não praticantes.

Relativamente às variáveis psicológicas do bem-estar subjetivo, os idosos do sexo feminino ($5,52 \pm 1,97$) apresentam valores superiores mais elevados na variável satisfação com a Vida no Momento (VP) do que os idosos do sexo masculino ($5,44 \pm 1,69$). A satisfação com a vida foi definida por Diener *et al.*, (1985) como a avaliação global feita pelo individuo acerca da sua qualidade de vida segundo os seus próprios critérios. Ora o facto de os idosos do sexo feminino terem dedicado a sua vida à família remete-nos para o que diz Patel & Prince (2001) em que a dimensão cognitiva, relativa à componente cognitiva do bem-estar subjetivo envolve julgamentos da vida do próprio sujeito, quer seja a satisfação com a vida como um todo, ou a satisfação em diversos domínios da vida, como o trabalho, família, entretenimento, saúde. Assim sendo o facto dos idosos do sexo feminino apresentarem uma satisfação com a vida superior ao do sexo masculino, pode ter fundamento na realidade em que os idosos do viverem toda a

sua vida num meio rural e numa fase mais ativa nunca aspiraram grandes feitos ou sonhos para a sua vida indo de encontro ao que citou Wilson (1967) em que os indivíduos se comparam a referências múltiplas incluindo aspirações futuras, níveis ideais de satisfação e necessidades ou objetivos de vida. Os julgamentos são então baseados nas discrepâncias entre as condições correntes e estas referências. Uma discrepância que envolva uma comparação superior (estando a referência mais alta), irá resultar num decréscimo de satisfação, enquanto que, se envolver uma comparação inferior, irá haver um acréscimo da satisfação com a vida. Assim sendo, facilmente se pode incrementar satisfação em pessoas que durante a sua apenas viveram a rotina do dia-a-dia sendo facilmente estimuladas para novas experiências como a atividade física.

Ao compararmos os resultados obtidos após o programa de 14 semanas de duração verificamos que em termos globais os resultados da nossa amostra sugeriram que a prática desportiva está associada a valores médios mais elevados para o bem-estar subjetivo, assim sendo no primeiro momento verificou-se que o bem-estar subjetivo tinha um valor médio mais baixo ($24,10 \pm 5,85$) e após o programa o valor do bem-estar subjetivo aumentou ($24,52 \pm 6,67$), contudo os resultados não foram estatisticamente significativos ($p=,544$).

No âmbito das autopercepções físicas, os resultados evidenciaram que não existiram diferenças significativas entre os idosos do sexo feminino e os idosos do sexo masculino, contudo o sexo feminino, contudo foram o fator Funcionalidade ($7,90 \pm 2,80$) e o fator Autovalorização Física ($7,66 \pm 2,51$) que apresentaram os valores mais elevados. No que concerne ao sexo masculino os fatores com média mais elevada foram o fator Funcionalidade ($7,90 \pm 2,81$) e o fator Saúde Física ($7,29 \pm 2,08$).

O fator Funcionalidade apresentou valores mais elevados em todos os escalões etários, 65 aos 70 ($8,97 \pm 2,25$), 71 aos 75 ($7,80 \pm 2,94$); 76 aos 80 ($7,22 \pm 3,15$) dos 81 aos 85 são a Funcionalidade ($6,78 \pm 2,65$). A funcionalidade pode ser entendida como a capacidade que a pessoa tem de desempenhar determinadas atividades ou funções de forma independente, utilizando as habilidades diversas para a realização de interações sociais, atividades de lazer bem como atividades do dia-a-dia. (Duarte, Andrade, Lebrão, 2007). Entende-se então que a limitação ou a não realização dessas atividades, desenvolve um quadro de incapacidade funcional do idoso sendo que a atividade física

poderá ser vista como uma mais valia no aumento da funcionalidade. Levy e colaboradores (2002) examinaram que os indivíduos que possuem uma autopercepção mais positiva acerca do envelhecimento (crenças individuais de idosos acerca do seu próprio envelhecimento) e constataram que estes apresentam um grau de funcionalidade acima dos 18 anos quando comparados com aqueles que tem uma autopercepções mais negativa do seu envelhecimento. Estes autores sugerem que a forma como os indivíduos percebem o seu envelhecimento, afeta a sua saúde funcional.

Os idosos praticantes de atividade física apresentaram como fatores com média mais elevada a Funcionalidade ($9,40 \pm 2,87$) e a Autovalorização Física ($8,94 \pm 2,06$), indo de encontro ao estudo realizado por Alferman e Stoll (2000) que verificaram no seu estudo que a prática de exercício aumenta o autoconceito.

Em relação aos idosos não praticantes de atividade física o fator que apresentou a média mais elevada foi a Saúde física ($6,51 \pm 2,14$) e a Funcionalidade ($6,17 \pm 2,35$). Para Fox (1997), a nossa autopercepção é claramente a questão principal da nossa longa missão pela vida, e o autoconceito físico está necessariamente implicado nos comportamentos que envolvem condição física e saúde, participação em atividades físicas e no restabelecimento de doenças e lesões.

Observando os resultados e os valores médios mais altos obtidos podemos verificar que os idosos que praticaram atividade física anteriormente apresentam como fatores com média mais elevada a Funcionalidade ($8,24 \pm 2,91$) e a Autovalorização Física ($7,95 \pm 2,78$).

Em relação aos idosos não praticantes de atividade física na vida ativa os fatores que apresentaram a média mais elevada foram a Autovalorização Física ($7,95 \pm 2,44$) e a atração Corporal ($7,87 \pm 2,47$).

Observando os resultados e os valores médios verificamos que em todos os parâmetros das autopercepções houve uma melhoria após as catorze semanas de exercício físico, o que vai ao encontro de Benno jr., (2000) que citou que a prática de atividade física produz modificações na aparência física da pessoa. Entre essas mudanças estão a redução do peso, aumento do nível de energia e aumento do tônus muscular, o que contribui para a melhora da imagem corporal e da autopercepção.

No presente estudo verificou-se uma diminuição dos valores médios nos idosos que não praticaram exercício físico, tal como citaram Matsudo e Neto (2001) que a inatividade física pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento, transformando-se em fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando, assim, a qualidade de vida. Por consequência o idoso sofre declínio na sua capacidade funcional, o que contribui para a redução da sua capacidade para a realização das atividades da vida diária.

Tendo em conta que a autoestima depende das experiências vivenciadas por cada indivíduo, em diferentes contextos, bem como da importância atribuída a cada um desses momentos, podemos ser levados a concluir que a autoestima tende a modificar-se ao longo dos vários “ciclos” de vida. Assim sendo verificamos que quanto maior o valor que o indivíduo apresenta, melhor ele se sente.

No nosso estudo, tendo em conta a variável género, verificámos que o sexo feminino ($23,23 \pm 2,97$) apresenta um valor idêntico ao do sexo masculino ($23,73 \pm 2,54$), contudo o sexo masculino apresentou valores ligeiramente mais elevados. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Lima (2002) que verificou ao longo das várias idades, não se verificaram diferenças significativas na autoestima global entre os dois sexos, visto que nesta fase da vida os objetivos e ambições pessoais assim como os problemas e preocupações tornam-se bastante idênticos para ambos os sexos, o que não poderá acontecer noutras fases da vida.

No que concerne aos valores médios baixos de autoestima global, podemos afirmar que os resultados vão de encontro a Spirduso (1995) que considerou que os idosos, ao atravessarem esta fase, à qual se terão que adaptar, poderão estar menos confiantes.

Uma das outras justificações possíveis é o facto de a maioria dos idosos que frequentam o programa de atividade física “Movimento e bem-estar” não possuírem níveis de escolaridade muito avançada, ou até mesmo nenhuma escolaridade, este facto vai de encontro do estudo de Fox (2000) que referiu que a autoestima elevada é considerada um resultado importante em domínios múltiplos como: académicos, desportivos e psicoterapêuticos. Os idosos que cedo iniciaram a vida de trabalho não tiveram a oportunidade de estudar revelam níveis baixos de autoestima.

O facto de alguns idosos pertencentes ao nosso estudo permanecerem muito tempo em lares e centros de dia, influência na autoestima Global, visto que vivem longe da família, sendo muitas vezes abandonados pela mesma, vivendo momentos de solidão. Estes resultados vão de encontro a Watson (2002), que refere que a baixa Autoestima está relacionada com doenças mentais e psicopatológicas, como a depressão e a ansiedade.

No intuito de verificar se existe uma associação positiva entre o programa de atividade física “Movimento e Bem-estar” e a autoestima dos idosos com 14 semanas de duração e a autoestima dos idosos da amostra estudada, iremos analisar os resultados da nossa investigação.

Assim, no que diz respeito aos resultados encontrados na nossa investigação em relação à autoestima global, podemos constatar que foram encontradas melhorias ($p=,000$) para esta amostra, verificando-se um aumento do início do programa de atividade física de ($22,13\pm 2,69$) referente ao primeiro momento de avaliação, para ($23,81\pm 2,46$), correspondente à avaliação efetuada no momento final do programa, depois das 14 semanas da intervenção. Desta forma, podemos inferir a partir destes resultados que parece existir uma relevância correspondente à participação no programa de atividade física que se traduz na melhoria da autoestima Global dos idosos.

A melhoria da autoestima pela participação no programa de exercício físico do “Movimento e Bem-estar”, pode ser justificada como referiu Spirduso *et al* (2005) por variadas razões que se prendem pelo facto de os idosos melhorarem a sua condição física.

Resultados coincidentes com o nosso estudo foram encontrados por Cooper (1979) que num estudo realizado com 60 homens de meia-idade, atribuiu à prática de exercício físico uma melhoria da autoestima.

Também para Mac Auley (2001), num trabalho onde analisou os efeitos psicológicos de um programa de exercícios físicos com a duração de seis meses em pessoas de terceira idade, concluiu que os exercícios aumentaram o nível de autoestima, autoeficácia e bem-estar das pessoas envolvidas no programa, indo de encontro aos resultados do nosso estudo.

Ao analisarmos os resultados dos idosos que não praticam exercício físico verificamos que inicialmente possuíam uma autoestima mais elevada ($23,25 \pm 2,87$) do que os praticantes de exercício físico regular, contudo os idosos que frequentaram o programa durante as 14 semanas tiveram um aumento maior de autoestima do que os idosos que não frequentaram, desta forma podemos inferir a partir destes resultados que parece existir uma relevância correspondente à participação no programa de atividade física que se traduza melhoria da autoestima global dos idosos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES

A população portuguesa está a envelhecer a um ritmo elevado, sendo idoso um em cada cinco portugueses, aproximadamente. Para além do envelhecimento populacional, a população idosa tende a usufruir o seu tempo livre de uma forma menos diversificada e mais isolada que no passado, não despendendo muito tempo em atividades.

Há evidências científicas que indicam claramente que a participação em programas de atividades físicas é uma forma independente para reduzir e/ou prevenir uma série de declínios funcionais associados ao envelhecimento. Sendo assim, deve-se estimular a população idosa à prática de atividade física capazes de promover a melhoria da aptidão física, adotando um estilo de vida saudável e uma melhor qualidade de vida, aumentando assim a autoestima as autopercepções e o bem-estar subjetivo.

A atividade física, influencia de maneira significativa que o idoso vê a sua forma física e como ele vislumbra o seu corpo. Os idosos praticantes de atividade física possuem uma melhor autoimagem, uma satisfação corporal maior e conseqüentemente uma autopercepção corporal positiva quando comparados com idosos sedentários.

A prática de uma atividade física dentro de um grupo, como o caso do “Movimento e Bem-estar” faz com que os idosos para além de beneficiarem da prática da atividade física, beneficiam também de um convívio uns com os outros. Por se tratar de um ambiente descontraído, os idosos beneficiam de um ambiente relaxado, onde podem esquecer os seus problemas diários e aproveitar ao máximo todos os benefícios que a atividade física oferece.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a atividade física melhorou em todos os parâmetros do bem-estar subjetivo, da autoestima e das autopercepções nos idosos.

Apesar dos resultados encorajadores, a avaliação do bem-estar subjetivo, da autoestima e das autopercepções pode ser afetada por determinadas influências como demonstraram vários estudos, podendo os resultados serem influenciados pelo humor no momento ao responder os questionários, pela ordem dos itens, bem como por outros fatores situacionais. Outro problema detetado é o facto de os idosos poderem responder a questionários de forma socialmente desejável. Por fim, por se tratar de um instrumento de autoavaliação, os participantes podem distorcer conscientemente as suas respostas.

Será necessário, no futuro compreender mais detalhadamente os fatores associados às práticas de atividades físicas em idosos, para a elaboração de estratégias específicas de intervenção promovendo a adesão dessa população a essas atividades, criando desportos adaptados e competições para que haja um maior interesse por parte do sexo masculino.

CAPÍTULO IV

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFERMANN, D.; STOLL, O. (2000). *Effects of physical exercise on self-concept and well-being*. Sport Psychology, nº30, 47-65.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (2013). *ACSM'S guidelines for exercise testing and prescription* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.

ANDREOTTI, R.A. e OKUMA, S.S. (1999). Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*. 13, 1 (jun. 1999), 46-66. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.1999.137759>.

ANGUAS, A. (1977). *“El Significado Del Bienestar Subjetivo, Su Valoracion En México”* “Universidade Nacional Autónoma De México.

ARRUDA, I. (2007). Reflexões sobre o idoso e o programa universidade da terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 4(2), 94-113.

BALAGUER, I. DUDA, J. C. (2005). Enhancing athletes' self-regulation, task involvement, and self-determination via psychological skills training. *Handbook of Applied Sport Psychology Research*. 159-181.

BAKER, M.; ATLANTIS, E.; FIATARONE, M. (2007). *Multimodal exercise programs for older adults*. Age aging, 36(4), 375-381.

BECKER JR, B. (2001). *Manual de Psicologia do Esporte e Exercício*. Porto Alegre. Editora Nova Prova

BENNO, JR., (2000) *Manual de Psicologia do Esporte & Exercício*. Porto Alegre: Nova Prova.

BERGER, B. e MOTL, R. (2001). *Physical Activity and Quality of Life*. In: R. N. Singer, H.A. Hausenblas, C.M. Janelle (Eds.). *Hand Book of Sport Psychology*: (2ª ed.) 636-671. John Wiley and Sons, Inc. New York.

BERGER, BG, PARGMAN, D., & WEINBERG, RS (2002). *Fundamentos da psicologia do exercício*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. Capa dura, US \$ 54. 392 pp. ISBN 1-885693-34-6.

BOTELHO, A. 2007. “*Sequências de uma sociologia política brasileira*”. *DADOS Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Iuperj, vol. 50, no 1, pp. 49-82.

BRILL, P.,A., MACERA,C.A.,DAVIS,D,R.,, BLAIR,S.N., E GORDON. N. (2000). Muscular strength and physical function. *Med Sci Sports Exerc.*,32, 412-416.

CAMPBELL, JD (1990). Autoestima e clareza do autoconceito. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 538-549.

CARAPETA, C.; RAMIRES, A. C., VIANA, M.F. (2002). *Autoconceito e participação desportiva*. *Análise psicológica*, nº1 (XIX) 51-58

CARLESS, D., J FOX. (2003). *The psysical self*. In: *Everett T., Donagly. M., Feaver, S. (Eds). Interventions for Mental health*. An Evidence-Based Approach for Physiotherapists and Occupation Therapists Butter Wonth Heinemann, Edinburg pp 69-81.

CARRIÈRE I, COLVEZ A, Favier F, JEANDEL C, Blain H. (2005) *Hierarchical components of physical frailty predicted incidence of dependency in a cohort of elderly women*. J Clin Epidemiol. 2005;58(11):1180-7.

CUADRA , Y FLORENZANO Florenz, R. (2003). *El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XII(1), 89-96.

COHEN-MANSFIELD, J., MARX, M.S., & GURALNIK, J. M. (2003). *Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population*. Journal of aging and physical activity, 11 (2), 242-253

COHEN., S., KAMARCK, T., & MERMELSTEIN, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385–396.

COLÓN, C.; COLLADO , P.; CUEVAS , M. (2014). *Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia*. Nutr Hosp., 29 (5), 979-988.

COOPER, HM. BURGER, JM (1979) O desejo de controle. *Motiv Emot* 3, 381-393 (1979).

COSENZA,C. E.; CARVALHO, N.(1997). *Personal training para grupos especiais*. Rio de Janeiro: Sprint.

COSTA, E. R. (2000). *As estratégias de aprendizagem e a ansiedade de alunos do ensino fundamental: Implicações para a prática educacional*. Dissertação de Mestrado em Educação não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Educacional, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP

DUARTE, Y, A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Revista Escola Enfermagem/USP, 41(2):317-25, 2007

DUARTE, M. & NAHAS, M. (2003). *Atividade Física e Saúde Mental*, In Duarte, M. & Nahas, M. (ed). *Programa de Envelhecimento e Saúde*.: 25-28. Florianópolis: s.n.

DENEVE, J.E., DIENER, E., TAY, L., & XUERE, C. (2013). *The objectives benefits of subjective well-being*. In J. F. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds). World Happiness report 2, 54-79. New York: UN Sustainable Network Development Solutions Network.

DIENER, E. (2013). *The remarkable changes in the science of subjective well-being*. Perspectives on Psychological Science, 8(6), 663-6.

DIENER E. (1984). *Bem-estar subjetivo*. Psychological Bulletin, 95, 542 - 575.

DIENER, E. AND C. DIENER (1996). *Most people are happy psychological science* 7. No.3,181-4

DIENER, E., DIENER, M., & DIENER, C. (1995). *Fatores que predizem o bem-estar subjetivo das nações*. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 851–864.

DIENER, E. (2000). *Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index*. American Psychologist, 55 (1), 34-43.

DIENER E., & BISWAS- DISWAS- DIENER, R. (2002). *Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research*. Social Indicators Research, 57 (2), 119-169.

DIENER, E., & CHAN, M (2011). *Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity*. Applied Psychology: Health and well-being, 3(1), 1-43.

DIENER, E.; EMMONS, R.; LARSEN, R.; GRIFFIN, S. (1985). *The satisfaction with life scale*. Journal of personality Assessment, 49 (1), 71-75.

DIENER, E., LUCAS, RE (2000) *Explicando as diferenças nos níveis sociais de felicidade: padrões relativos, satisfação de necessidades, cultura e teoria de avaliação*. Journal of Happiness Studies **1**, 41-78.

DIENER, E., RYAN, K. (2009). *Contas nacionais de bem-estar para políticas públicas*. Convidado para um livro baseado na Conferência de Claremont sobre Psicologia Positiva,

DIENER, E., SUH, E., LUCAS, R., & SMITH (1999). Subjective well-being: three decades of progress. Psychological Bulletin, 125 (2), 276-302.

DIENER, E., SUH E., & OISHI, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. Indian Journal of Clinical Psychology, 24(1), 25-41.

DIENER, E. & TAY, L (2013). *Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll*. International Journal of psychology, 50 (2), 135-49.

EDDINGTON, N., & SHUMAN, R. (2004). *Bem-estar subjetivo*. Austin, Educação Continuada em Psicologia.

EMMONS, R. L. KING (1986). "Conflict Among Personal Strivings: Immediate and Long-Term Implications For Psychological And Physical Well-being." Journal Of Personality And Social Psychology 54(6):1040-1048.

EVANS, P., & RAUCH , J. (1999). *Bureaucracy and Growth: A Cross-National Analysis of the Effects of "Weberian" State Structures on Economic Growth*. American Sociological Review, 64(5), 748-765.

ESPINOZA S, WALSTON JD. (2005). *Frailty in older adults: insights and interventions*. Cleve Clin J Med. 72(12):1105-12. doi: 10.3949/ccjm.72.12.1105. PMID: 16392724

FERREIRA, J. P. (2005). *Reflexão sobre que modelo de medida para as auto-percepções no domínio físico a partir da versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile*. In J. Dosil Díaz, & D. Garcia Prieto (Eds.) *Actas do I Congresso GalegoPortuguês de Psicologia da Actividade Física e do Desporto* – Universidade de Vigo (pp. 141 – 151), Vigo, Espanha

FERREIRA, J. P., CRUZ, M.H, SALGUEIRO, T.,&FOX , K.R. (2017). Psychometric properties of a short clinical version of the Physical Self-Perception Profile with a geriatric population. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 10(2): 3-13 (ISSN:1803-3857) <http://eujapa.upol.cz/index.php/EUJAPA/article/view/257/88>.

FARINATTI, V. (2008) *Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas*. Volume 1. Barueri, SP: Manole.

FERREIRA, J. P., & Fox, K. R. (2002a). Physical Self-Perception and Global Self-Esteem in Portuguese Students (vol. 2, p. 959). Paper present at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens, Greece.

FERREIRA, J. P., & Fox, K. R. (2002b). Cross-cultural validity of a Portuguese version of Physical Self-Perception Profile (vol. 1, p. 531). Paper present at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens, Greece.

FERREIRA, J. P., & Fox, K. R. (2003). Evidence of cross-cultural validity and reliability of a Portuguese version of Physical Self-Perception Profile. In R. Stelter (ed.) *Proceedings of the 11th European Congress of Sport Psychology – FEPSAC* (pp. 58-59). Compenhaga, Dinamarca.

FONSECA, A. M.; FOX , K. (2002) *Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP)*. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, Vol 2, nº 5 11-23

FOX, J. (1997). *Applied regression analysis, linear models, and related methods*. Sage Publications, Inc.

FOX, K.R. (1998) *Advances in the Measurement of the Physical Self* In: Duda, J.D. (ed) *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement*. 295-310. Fitness Information Technology, Inc. Purdue University Editor.

FOX, K. (2000). *Self-esteem, self-perceptions and Exercise*. Sport Psychology, nº31, 228-24

FOX, K.R.; CORBIN, C.B. (1989) *The Physical Self-Perception Profile: Development and Illinois Validation*. Journal of Sport & Exercise Psychology, nº 11 408-430

FOX, K. R., STATHI, A., MCKENNA, J., & DAVIS, M. G. (2007). *Physical activity and mental well-being in older people participation in the Better aging Project*. European Journal of Applied Physiology, 100 (5), 591-602. Doi: 10.1007/s00421-007-0392-0

FRANCHI, K.; JÚNIOR, R. (2005) *Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade*. [Http://www.unifor.br/notitia/file/609.pdf](http://www.unifor.br/notitia/file/609.pdf). 2005

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. (2012) *O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos*. InterSciencePlace, Rio de Janeiro, v.1, n.20, p.106- 194.

FRIES, A. T., PEREIRA, D. C. (2013). *Teorias do Envelhecimento Humano*. Revista Contexto & Saúde, 11 (20),507-514.

GIRGINOV Vassil G. (1990) *Tiempo libre y. Deporte*. Bucarest. Editorial FIEP. 2da edición.

HAGBERG., A MD.; SKJELDAL, MD. (1994). *Variantes Rett: um modelo de inclusão*. Artigo de revisão, volume 11, edição1 P5-11.

HEATH, AC, TODOROV AA, NELSON EC, (2002) *Efeitos da interação gene-ambiente na variação comportamental e risco de transtornos complexos: O exemplo do alcoolismo e outros transtornos psiquiátricos*. *Twin Research*; 5: 30–37.

HILGERT, F. & AQUINI, L. (2003) *A atividade física e qualidade de vida na terceira idade*. *Revista Horizonte*, vol. XVIII, nº 109. 2003.

LANG, FR e HECKHAUSEN , J. (2001). *Controle percebido sobre o desenvolvimento e bem-estar subjetivo: benefícios diferenciais na idade adulta*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (3), 509-523.

LEVY, BR, SLADE, MD, KUNKEL, SR e KASL, SV (2002). *A longevidade é aumentada por autopercepções positivas do envelhecimento*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 261–270.

LÓPEZ, R. (2002). *Ejercicio físico: el mejor remedio*. In R. Fernández-Ballesteros (dir.), *vivir com vitalidade*, vol. II – cuide su cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide.

LYUBOMIRSKY, S. (2001). *Por que algumas pessoas são mais felizes do que outras? O papel dos processos cognitivos e motivacionais no bem-estar*. *American Psychologist*, 56 (3), 239–249.

KAUFMAN, G. F. (2012) *Novo Velho: envelhecimento, olhares e perspectivas*. São Paulo: Casapsi.

KUNZMANN, U., LITTLE, TD, & SMITH, J. (2000). A estabilidade do bem-estar subjetivo relacionada à idade é um paradoxo? Evidências transversais e longitudinais do Berlin Ageing Study. *Psychology and Aging*, 15 (3), 511-526.

KEYES, C. L. M., & RYFF, C. D. (1999). *Psychological well-being in midlife*. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (p. 161–180).

LIMA, Steven. (2002). *Putting predators back into behavioral predator-prey interactions*. *Trends in Ecology & Evolution*. 17. 70-75.

MACAULEY (2001). *Physical activity, aging and psychological function*. In *Proceedings of the 10th World Congress in sport Psychology*. Skiathos. Greece 9, Vol 1, 33-39

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. (2001) *Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos*. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MENEC, G. CHIPPERFIELD, J. RAYMOND P. PERRY. (1999) *Self-Perceptions of Health: A Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health*. *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 54B, Issue 2, Pages P85 – P93

MEULEMAN JR, BRECHUE WF, KUBILIS PS, LOWENTHAL DT. (2000). *Treinamento físico em idosos debilitados: força e resultados funcionais*. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 312-8.

MONTEIRO, C., DIAS, C., CORTE-REAL, N., & FONSECA, A. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 14 (1), 57-76

MONTEPARE, JM, & LACHMAN, ME (1989). *"Você tem a idade que sente": autopercepções da idade, medos do envelhecimento e satisfação com a vida desde a adolescência até a velhice. Psychology and Aging, 4 (1), 73-78.*

MORAES, R. C. C. (2010) Educação a distância e ensino superior: introdução didática a um tema polêmico. São Paulo: Senac,

NETO, F. (1999). *Satisfação com a vida e características de personalidade. Psychologica, 22, 55-70.*

NETO, J. T., LIMA C.A, GOMES,M.C., SANTOS,M.C., &TOLENTINO, F.M. (2012). *Bem-estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. Motricidade 8(29, 1097-1104*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2013). *Active Ageing – A Police Framework. Madrid.*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015) *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.*

PATEL, V.; PRINCE, M. (2001). *Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, Índia. Psychological Medicine, v. 31, n. 1, p. 29-38, 2001.*

PAVOT, W., & DIENER, E. (2013). *Happiness experienced: The science of subjective well-being.* In S. A. David, I. Boniwell, & A. Conley Ayers (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of happiness* (p. 134–151). Oxford University Press.

PAVOT, W., & DIENER, E. (2008). *The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. The Journal of Positive Psychology, 3 (2), 137-152.*

PAVOT, W. et al. (1991) *Artefatos de resposta na medição do bem-estar subjetivo. Soc Indic Res* **24**, 35-56.

PHELAN, E. A. AND LARSON, E. B. (2002). “*Successful aging*” – where next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1306–1308

PINQUART M, SORENSEN,S,(2001).*Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis*, *The Journals of Gerontology: Series B* , Volume 56, Issue 4, Pages P195 – P213,

PORTADA (2018). *Retrato de Portugal*. Edição 2018. Lisboa.

PRACIDELLI, F.; IZZO H.; ARANHA, C; FERNANDES, C. (2002). *The Body Image of Elderly Hospitalized in the Geriatric Unit - A Physical-Therapeutic and Psychological View*. *Mundo saúde (Impr.)* ; 25(4): 404-410.

PUGGARD, L. (2003). *Effects of training on functional performance in 65, 75 and 85 year-old women: Experiences deriving from community based studies in Odense, Denmark*. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 13. 70-6. 10.1034/j.

RAUCHBACH, R. (2001) *A Atividade física para terceira idade; envelhecimento ativo, uma proposta para a vida*. 2. ed. Londrina: Midiograf,.

ROSENBERG, M.; (1965) *Society and adolescence self-image*. Priceton University Press. Princeton, NJ.

ROSENBERG, M.; (1986). *Self-concept from middle childhood through adolescence*. In J. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspective on the self* (Vol.3, pp. 107-135). Hillsdate, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

RYFF, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.

RYFF, C. D., & Singer, B. (2000a). *Biopsychosocial challenges of the new millennium. Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 69, 170–177. *Ryff, C. D., & Singer, B. (2000b). Interpersonal.

SAMULSKI, D. (2002). *Psicologia do Esporte*. Editora Manole Brasil.

SERPA, I (1993) Rio de Janeiro, RJ). *In: ENCICLOPÉDIA Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileiras*. São Paulo: Itaú Cultural, 2020. Disponível em: <<http://enciclopedia.itaucultural.org.br/evento357265/ivan-serpa-1993-rio-de-janeiro-rj>>.

SHEPHARD, R. (2003). *Envelhecimento: Atividade física e Saúde*. São Paulo. Phorte.

SCHNEIDER, R. H., IRIGARAY, T. Q. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.

SIQUEIRA, MMM, & PADOVAM , VAR (2008). *Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho* [Bases teóricas do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico e do bem-estar no trabalho]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201–209.

STATHI A, FOX KR e MCKENNA J (2002) *Atividade física e dimensões do bem-estar subjetivo em idosos*. *J Envelhecimento Phys Activ* 10: 76 – 92.

TAY, L., KUYKENDALL, L., & DEINER, E. (2014). Satisfaction and Happiness – The Bright Side of Quality of Life. *Global Handbook of Quality of Life*, 839-853

TAYLOR, W, & JOHNSON, J. (2015) *Fisiologia do exercício na terceira idade*. Baruari: Manole.

TERRY, P. C; BIDDLE, S. J. H.; CHATZISARANTIS, N.; Bell, R. B. (1997). *Development of a Test to Asses the Attitudes of Older Adults Toward Physical Activity and Exercise*. Journal of Aainq and Physical Activity. 5: 111-125.

SANCHEZ, R, MAHONEY, T. (1996). *Modularidade, flexibilidade e gestão do conhecimento no design de produtos e organizações*. Jornal Straregic Management.

SANTANA, M. S.; MAIA. E. M. C. (2009). Atividade física e bem-estar na velhice. *Revista de saúde pública*, Bogotá, v.11, n.2, p.225-236.

SCHNEIDER, JK; BRONDER, DR; COOK, JH; SMITH, CA; DEENAM, A; SNOW, M; LORENZ, RA; KOLMAN, T. HERNING MM; (2002) *Journal of Geriatric Physical Therapy*: Volume 25 - Edição 3 - p 31-32

SONSTROEM, RJ. (1984) *Exercício e autoestima*. Avaliações de Ciências do Exercício e do Esporte.; 12: 123-155.

SPIRDUSO, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.

SPIRDUSO, W. (1995). *Heath, fitness and well-being*. In W. Spirduso (Edds.). Physical dimenions of aging, 303-324. University of Texas: Human kinetics Publisher.

SPIRDUSO, W.W. FRANCIS, K. L., & MACRAE, P.G. (1995). *Psysical dimensions of aging*.

VAILIANT, P.M., ASU, M. E. (1985) *Exercise and its effects on cognition and physiology in older adults*. Journal of Perceptual and Motor Skills. Missoula, v.61, n.3, p.1031- 1038.

VIRTUOSO, Jr, J S & TRIBESS, S. (2005). *Prescrição de exercícios físicos para idosos*. Rev. Saúde.com, 1 (2), 163-172, 2005.

WATSON, Jane. (2002) *Discussion: statistical literacy before adulthood*. International Statistical Review, n. 70.

WATSON, JM (1988). *Teste de ansiedade de realização: Dimensionalidade e utilidade*. Journal of Educational Psychology, 80 (4), 585–591.

WEINBERG, R., & GOULD, D. (2001). *Foundations of sport and exercise psychology*. 2 ed. Artmed. Porto Alegre.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). (2009b). *what is "active ageing" ?*. Disponível em http://who.int/ageing/active_ageing/en/

WILSON, WR (1967). *Correlatos de felicidade declarada*. Psychological Bulletin, 67 (4), 294–306.

WORD HEALTH ORGANIZATION (2015). *World Health Organization*. World Report on Ageing and Health. Geneva.

WOYCIEKOSKI, C., Et. (2012). « *Determinantes do Bem-estar Subjetivo*. » *Determinantes Do Bem-estar Subjetivo*. »Universidade Federal Do Rio Grande do Sul 43 :280-288.