

4 - Indicadores antropométricos, aptidão funcional e bem-estar subjetivos dos idosos praticantes de exercício físico

Ana Póvoa, Joana Pereira, João Moutão, Teresa Bento, João Brito & Luís Cid

4.1. Introdução

4.1.1. Enquadramento

Dados recentes indicam que a população na Europa tende a envelhecer, estando esta situação associada ao aumento da esperança média de vida à nascença e à redução da taxa de natalidade, prevendo-se um aumento significativo da percentagem de pessoas com mais de 65 anos nos próximos 50 anos (UE, 2009). Em Portugal a situação não é diferente e é cada vez mais evidente o envelhecimento demográfico da população nacional. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), o índice de envelhecimento aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011, verificando-se neste período um aumento da percentagem de idosos (população com mais de 65 anos de idade) de 16,6% para 19,0%.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), a inatividade física é identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, estando demonstrado que a atividade física regular produz grandes benefícios para a saúde, tanto em adultos dos 18-64 anos, como acima dos 65 anos. No entanto, apesar de ultimamente haja um conjunto de preocupações acerca do impacto da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso, existe uma falta de consistência em torno desta temática (Rajeski & Mihalko, 2001), e embora haja consenso geral sobre os efeitos positivos da prática de atividade física sobre os indicadores de bem-estar nos idosos, há ainda alguma lacuna de informação no que se refere aos fatores que medeiam esses efeitos benéficos (Solberg, Hopkins, Ommundsen, & Halvari, 2012), em especial no que diz respeito aos indicadores de saúde mental e bem-estar subjetivo.

A investigação tem demonstrado que existe uma relação entre a atividade física e alguns indicadores de bem-estar subjetivo, como é o caso dos afetos positivos e da satisfação com a

vida percebida por idosos, sendo também claro que essa relação dependerá em grande medida, da forma como o programa de atividade é prescrito. Assim, e especificamente no que diz respeito aos idosos, torna-se claro que a atividade física "envolve mais do que o desempenho de um simples ato físico", podendo essa percepção ser influenciada pelo próprio contexto social e ambiental da atividade física (Solberg et al, 2012, pp 27). Segundo Diener (1994), o bem-estar é um estado a longo termo com a presença de aspectos positivos (e.g., satisfação com a vida, autoestima, vitalidade subjetiva) e a ausência de afetos desagradáveis, e de satisfação com a vida, sendo este fundamental para a saúde e longevidade (Diener & Chan, 2011). Diener e Fujita (1987) afirmam que as pessoas com elevado bem-estar subjetivo apresentam uma tendência global para experimentar os eventos de uma forma positiva, as emoções de tonalidade negativa, própria de pessoas inseguras, externas, ambivalentes, pouco eficazes e depressivas, favorece o desenvolvimento de crenças negativas sobre a *self* e o mundo.

Desta forma torna-se pertinente compreender não só os benefícios que o exercício físico tem para as pessoas idosas, mas também perceber se as pessoas idosas com melhor aptidão física (decorrente do facto de serem ativas fisicamente) são aquelas que possuem melhores níveis de bem-estar subjetivo.

4.1.2. Apresentação do problema

Será que existem diferenças estatisticamente significativas na vitalidade, satisfação com a vida e autoestima global dos idosos, em função do seu índice de massa corporal (IMC), percentagem de massa gorda (%MG) e de indicadores de aptidão física/equilíbrio (ApF)?

4.1.3. Objetivos e hipóteses

Com o presente estudo pretendeu-se analisar a influência dos indicadores antropométricos e de aptidão física/equilíbrio no bem-estar subjetivo dos idosos, nomeadamente, na vitalidade subjetiva, satisfação com a vida e autoestima global.

Tomando em consideração a revisão da literatura e o problema levantado, colocamos a seguinte hipótese: os indicadores de bem-estar subjetivo dos idosos (vitalidade subjetiva, satisfação com a vida e autoestima global) são diferenciados em função dos seus indicadores antropométricos e de aptidão física/equilíbrio.

4.2. Métodos

4.2.1. Caracterização da amostra

Participaram neste estudo 80 indivíduos ($n=80$), com idades compreendidas entre os 60 e os 90 anos ($M= 70,25$; $SD= 7,04$), todos do género feminino. Estas idosas estavam integradas num programa de atividade física, desenvolvido pela Câmara Municipal de Esposende, sendo que 61,3% dos indivíduos da amostra participavam em atividades de grupo e 38,8% participavam em atividades combinadas (idosas que participavam em mais do que uma atividades, como por exemplo aulas de grupo e atividades aquáticas ou então realizavam aulas de grupo, treino de força e atividades aquáticas). As idosas praticavam estas atividades de 1 a 4 sessões semanais, com uma duração de 45 minutos cada sessão.

4.2.2. Equipamentos e materiais

Para a avaliação dos indicadores antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal, percentagem de massa gorda), foram utilizados os seguintes instrumentos: balança com estadiómetro SECA (SECA, Hamburg, Germany); Omron BF 303 (Omron HealthCare Europe B.V., Matsusaka, Japan).

Para a avaliação dos indicadores de aptidão física/equilíbrio, foram utilizados os seguintes instrumentos: bateria de avaliação da aptidão física funcional de Fullerton de Rikli e Jones (1999), adaptada para a população idosa portuguesa por Baptista e Sardinha (2005); bateria de avaliação do equilíbrio de *Fullerton Advanced Balance* (FAB) de Rose, Lucchese e Wiersma (2006), adaptada para a população idosa portuguesa por Baptista e Sardinha (2005).

Para a avaliação dos indicadores de bem-estar subjetivo, foram utilizados os seguintes instrumentos: *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES: Rosenberg, 1965). Este instrumento é constituído por 10 itens, aos quais se responde numa escala de *Likert* com 5 alternativas de resposta, que variam entre o “Discordo Totalmente” (1) e o “Concordo Totalmente” (5). Posteriormente os itens são agrupados em dois fatores que representam o nível de autoestima do sujeito (positiva e negativa). No presente estudos foi utilizada a versão portuguesa traduzida e validada por Santos e Maia (2003) e Azevedo e Faria (2004); *Satisfaction With Life Scale* (SWLS: Diener, Emmons, Larson, & Griffin, 1985). Este instrumento é constituído por 5 itens, aos quais se responde numa escala tipo *Likert* com 7 alternativas de resposta, que variam entre o “Discordo Totalmente” (1) e o “Concordo Totalmente” (7). Posteriormente os itens são agrupados num único fator que representa o nível de satisfação com a vida do

sujeito. No presente estudo utilizamos a versão Portuguesa da escala traduzida e validada por Neto (1993); *Subjective Vitality Scale* (SVS: Ryan & Frederick, 1997). Este instrumento é constituído por 6 itens, aos quais se responde numa escala de *Likert* com 7 alternativas de resposta, que variam entre o “Discordo Totalmente” (1) e o “Concordo Totalmente” (6). Posteriormente os itens são agrupados num único fator que representa o nível de vitalidade do sujeito. No presente estudo utilizámos a versão portuguesa foi traduzida e validada por Moutão, Alves e Cid (2013).

4.2.3. Tarefas, procedimentos e protocolos

A aplicação dos questionários foi realizada individualmente e em forma de entrevista, de modo a facilitar a compreensão das questões, uma vez que a amostra do presente estudo era constituída por idosos com um nível de escolaridade baixo (e em alguns casos analfabetos). Durante a entrevista foi utilizado um protocolo de aplicação no qual estavam descritos alguns sinónimos para as palavras dos questionários que poderiam suscitar dúvidas. O local escolhido para a recolha de dados foi adequado e confortável, de modo a impossibilitar a influência de terceiros. Cada entrevista teve uma duração de 15 a 20 minutos, sendo que as perguntas tiveram que ser lidas pausadamente e de forma perceptível, algumas das quais houve necessidade de recorrer ao protocolo acima mencionado para aplicar alguns sinónimos às palavras mais complicadas.

Depois de explicados os objetivos do estudo, foi pedida a colaboração dos indivíduos para nele participarem, tendo-se obtido o seu consentimento informado. Foi ainda garantido que toda a informação prestada durante a entrevista seria confidencial, salvaguardando-se que em momento algum esta seria transmitida de forma individualizada a terceiros.

Após a recolha de dados verificou-se que relativamente ao IMC e %MG, todos os indivíduos da amostra tinham excesso de peso ou obesidade. Desta forma, houve a necessidade de criar dois grupos na amostra: Abaixo do Percentil 50 e Acima do Percentil 50 (referente aos valores obtidos na nossa amostra), para verificar se estas variáveis influenciavam o bem-estar subjetivo nestes indivíduos. Também foi utilizada uma estratégia semelhante para obter um único indicador de aptidão física e equilíbrio dos idosos, constituído pela média de todas as provas realizadas.

4.2.4. Desenho experimental e limitações

Relativamente ao presente estudo existiram algumas limitações no que diz respeito aos instrumentos utilizados para a recolha de dados, tendo em atenção o facto do grupo da mostra serem idosos pouco alfabetizados e com bastantes dificuldades na compreensão de

algumas questões. Os questionários para a população alvo devem conter itens o mais explícitos possível, utilizando termos acessíveis e de utilização quotidiana.

As dificuldades auditivas e por vezes de compreensão de grande parte dos idosos, fez com que as questões tivessem que ser repetidas mais que uma vez e pausadamente. Neste tipo de população podem surgir por vezes também idosos com necessidade de conversar, pois a solidão na terceira idade é muito comum e desta forma alguns idosos poderão estender o tempo de algumas respostas. Assim o tempo disponível para a entrevista com os idosos deve ser levada muito em conta.

Este estudo afastou-se um pouco dos objetivos estabelecidos no projeto inicial, sendo que se pretendia realizar dois momentos de avaliação da população idosa. O primeiro momento de avaliação seria na fase inicial do programa de atividade física e a segunda fase de avaliação seria após 8 meses de exercício, com o objetivo de avaliar de que forma o exercício físico teria impacto nas variáveis estudadas. No entanto, não foi possível realizar este estudo, pois para além de não estar garantida a possibilidade de controlo das condições de realização do programa de exercício ao longo do tempo, também não era possível garantir uma taxa de participação adequada dos idosos durante todo o programa.

4.2.5. Variáveis em estudo e análise estatística

Variáveis independentes: Indicadores antropométricos e indicadores da aptidão física/equilíbrio.

Variáveis dependentes: vitalidade subjetiva, satisfação com a vida e autoestima global.

Análise estatística: Ao verificar o cumprimento dos pressupostos subjacentes à normalidade da distribuição dos dados (teste Kolmogorov-Smirnov ou teste Shapiro-Wilk), concluímos que nem todas as variáveis possuam uma distribuição normal, pelo que utilizaram-se testes estatísticos não-paramétricos. Desta forma, para além da análise uni variada de medidas de localização e tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvios-padrão), utilizamos o teste *Mann-Whitney* para análise das diferenças entre grupos. O nível de significância adotado foi de $p < ,05$, que corresponde a uma probabilidade de rejeição errada da hipótese nula de 5%. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software* informático SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*, na versão 20.0.

4.3. Apresentação e discussão dos resultados

De acordo com os resultados do quadro 4.1., no que diz respeito ao IMC, podemos observar que os dois grupos apresentam valores médios altos nas variáveis satisfação com a vida ($4,76 \pm 0,94$ e $4,71 \pm 0,89$ respectivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50) e vitalidade ($5,13 \pm 0,72$ e $5,15 \pm 0,87$ respectivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50). Verificamos também que ambos os grupos apresentam valores baixos a moderados na autoestima negativa ($2,38 \pm 0,74$ e $2,45 \pm 0,85$ respectivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50).

Quadro 4.1. Análise das diferenças em função do índice de massa corporal (IMC).

	IMC (<Percentil 50) M \pm DP	IMC (>Percentil 50) M \pm DP	Valor U	Valor P
Satisfação com a vida	4,76 \pm 0,94	4,71 \pm 0,89	764,5	,734
Autoestima positiva	3,99 \pm 0,43	4,27 \pm 0,39	1070,0	,008
Autoestima negativa	2,38 \pm 0,74	2,45 \pm 0,85	849,0	,632
Vitalidade	5,13 \pm 0,72	5,15 \pm 0,87	815,5	,877
P < ,05				

Relativamente à comparação de valores nos dois grupos verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis satisfação com a vida ($U=764,5$, $p=,734$), vitalidade ($U=815,5$; $p=0,877$) e autoestima negativa ($U=849$, $p=,632$). No entanto verificamos existirem diferenças estatisticamente significativas na variável autoestima positiva ($U=1070,0$; $p=0,008$), sendo o grupo com maior percentil de IMC (>Percentil 50) que apresenta valores mais altos ($4,27 \pm 0,39$).

Estes resultados podem, em parte, ser corroborados pelo estudo realizado por Chaim, Izzo e Sera (2009), que teve como objetivo investigar a relação entre a satisfação com a imagem corporal e a autoestima de idosos, e onde se concluiu que a imagem corporal nos idosos não era um fator preponderante da autoestima, pois os resultados indicaram que os idosos mais insatisfeitos com a sua imagem corporal possuíam também uma elevada autoestima. Num outro estudo, realizado por Bevilacqua, Daronco e Balsan (2012), cujo objetivo foi investigar a percepção da imagem corporal e autoestima em mulheres ativas, concluiu que as mulheres que praticavam atividade física regularmente, apresentaram alta prevalência de autoestima, mesmo mostrando-se insatisfeitas com a sua imagem corporal, principalmente pelo excesso de peso. No entanto, os resultados não são consensuais, pois Tribess, Virtuoso-Júnior e Petroski (2009), ao tentaram identificar os aspetos associados à inatividade física em mulheres idosas, verificaram que em relação à percepção da imagem corporal, a insatisfação

com a aparência corporal foi prevalente em 54% das idosas e, principalmente, pelo excesso de peso corporal. Por outro lado, também se observou que a satisfação corporal se manteve associada com a atividade física, e que as idosas insatisfeitas devido ao excesso de peso possuíam aproximadamente duas vezes mais hipóteses de serem inativas, do que as idosas satisfeitas com a imagem corporal.

Quadro 4.2. Análise das diferenças em função da percentagem de massa gorda (%MG).

	%MG (<Percentil 50) M± DP	%MG (>Percentil 50) M± DP	Valor U	Valor P
Satisfação com a vida	4,75 ± 0,90	4,71 ± 0,92	721,0	,694
Autoestima positiva	4,12 ± 0,46	4,14 ± 0,41	749,5	,915
Autoestima negativa	2,31 ± 0,74	2,58 ± 0,80	931,0	,086
Vitalidade	5,26 ± 0,76	4,98 ± 0,78	608,0	,127
P < 0,05				

De acordo com os resultados do quadro 4.2., no que diz respeito à %MG, podemos observar que os dois grupos apresentam valores médios altos nas variáveis satisfação com a vida ($4,75 \pm 0,90$ e $4,71 \pm 0,92$ respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50), autoestima positiva ($4,12 \pm 0,46$ e $4,14 \pm 0,41$ respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50) e vitalidade ($5,26 \pm 0,76$ e $4,98 \pm 0,78$ respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50). Verificamos ainda que ambos os grupos apresentam valores baixos a moderados na autoestima negativa ($2,31 \pm 0,74$ e $2,58 \pm 0,80$ respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50). No que diz respeito aos resultados comparativos nos dois grupos verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis satisfação com a vida ($U=721,0$; $p=,694$), vitalidade ($U=608,0$; $p=,127$), autoestima positiva ($U=749,5$; $p=0,915$) e autoestima negativa ($U=931,0$; $p=,086$).

Apesar do grupo de idosos com menor percentagem de massa gorda apresentar melhores valores absolutos de vitalidade e menores de autoestima negativa, as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que aparentemente a percentagem de massa gorda não tem qualquer influência nos indicadores de bem-estar subjetivo dos idosos. No entanto, isso não invalida o facto de que a manutenção de uma atividade física regular ao longo da vida pode colaborar para a manutenção ideal do peso, para menores índices de percentagem de gordura e IMC, além de contribuir para a minimização das perdas de massa muscular (Kura, Ribeiro, Niquetti e Filho, 2004).

Quadro 4.3. Análise das diferenças em função da aptidão física/equilíbrio.

	Aptidão Física (<Percentil 50) M± DP	Aptidão Física (>Percentil 50) M± DP	Valor U	Valor P
Satisfação com a vida	4,60 ± 0,94	4,79 ± 0,90	721,0	, 402
Autoestima positiva	4,04 ± 0,38	4,18 ± 0,45	767,0	, 178
Autoestima negativa	2,68 ± 0,75	2,30 ± 0,79	437,0	, 025
Vitalidade	4,85 ± 0,80	5,26 ± 0,77	843,0	, 031
P < 0,05				

De acordo com os resultados do quadro 4.3., no que diz respeito à aptidão física/equilíbrio, podemos observar que os dois grupos apresentam valores médios altos nas variáveis satisfação com a vida (4,60±0,94 e 4,79±0,90 respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50), autoestima positiva (4,04±0,38 e 4,18±0,45 respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50) e vitalidade subjetiva (4,85±0,80 e 5,26±0,77 respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50). Verificamos ainda que ambos os grupos apresentam valores baixos a moderados na autoestima negativa (2,68±0,75 e 2,30±0,79 respetivamente para o grupo <Percentil 50 e >Percentil 50). E em relação aos resultados da estatística inferencial, os valores comparativos entre os dois grupos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis satisfação com a vida (U=721,0; p=, 402) e autoestima positiva (U=767,0; p=, 178). Mas nas variáveis vitalidade (U=843,0; p=, 031) e autoestima negativa (U=437,0; p=, 025), verificámos existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apresentando os idosos com melhor aptidão física um maior nível de vitalidade subjetiva e uma menor autoestima negativa.

De acordo com Saldanha (2009), um estilo de vida sedentário pode contudo agravar todas as modificações causadas pelo envelhecimento, sendo sabido que o sedentarismo representa a causa mais importante para o aparecimento precoce da lentidão dos movimentos, mas também da diminuição funcional de órgãos revestidos por músculos. Naturalmente se o idoso for ativo reduz as consequências do envelhecimento, mantém a sua autonomia o que contribui para a sua autoestima, vitalidade e bem-estar em geral. De certa forma, os resultados do estudo realizado por Ryff (1989) confirmam isso mesmo, pois observou que os idosos consideravam a saúde com o elemento mais importante para a qualidade de vida e a sua falta o maior motivo de infelicidade. Eles associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outros, às mudanças positivas relacionadas com o envelhecimento e ao significado de bem-estar. Também Fernandez, Vasconcelos-Raposo, Pereira, Ramalho e Oliveira (2009), analisaram os níveis de atividade física em idosos e a sua influência nos domínios da satisfação com a vida, autoestima e crescimento pessoal, e verificaram que um aumento dos níveis de prática de atividade física traduz-se em níveis superiores de satisfação com a vida, autoestima e crescimento pessoal.

Um estudo realizado por Safons (2000), verificou que uma prática regular de atividade física contribui de forma significativa para a melhoria da autoimagem e autoestima nos idosos. Também o estudo realizado por Meurer, Benedetti e Mazo (2009), corrobora estes resultados, pois verificou que os idosos praticantes de exercício físico apresentaram autoimagem e autoestima alta. Para além disso, este estudo ainda verificou que os idosos ativos não se cansavam com tanta facilidade, demonstrando com isto uma percepção positiva das condições fisiológicas do seu corpo e da sua capacidade funcional. Estes resultados corroboram os do nosso estudo, pois os idosos com um melhor nível de aptidão física/equilíbrio (grupo > percentil 50) apresentaram melhores resultados na vitalidade, sendo este indicador relacionado com a quantidade de energia que o idoso sente no seu dia-a-dia.

Por outro lado, verificámos também no nosso estudo, que os indivíduos com um nível de aptidão física/equilíbrio superior (grupo > Percentil 50), tinham valores menores de autoestima negativa, mas curiosamente, apesar deste grupo apresentar também maiores níveis de autoestima positiva, estes não foram estatisticamente significativos. Seja como for, estes resultados vão ao encontro de alguns estudos já realizados, por exemplo, um estudo realizado por Spence, McGannon e Poon (2005), verificou que as mudanças ocorridas na aptidão funcional pela prática de exercício físicos foi o aspeto que mais influenciou a autoestima global dos praticantes, o que confirma o modelo multidimensional de exercício físico e autoestima que foi proposto por Sonstroem e Morgan (1989), onde se entende que as mudanças na aptidão física conduzem a uma melhoria na autoeficácia, levando a uma percepção aumentada da autoestima global.

Em suma, os resultados encontrados no presente estudo (em especial no que diz respeito à autoestima e vitalidade subjetiva), pressupõem que o exercício físico é um fator importante para o bem-estar desta população, podendo-se esperar que os idosos mais ativos possam obter melhores níveis de aptidão física/equilíbrio e com isso promover outros benefícios, quer ao nível físico, quer psicológico e social, permitindo aos idosos redescobrir novas e melhores formas de estar na vida de uma forma mais autónoma e independente (Fernandez et al. 2009). Por isso, o apelo à atividade física como modalidade de intervenção para melhorar a saúde e o bem-estar continua a ser pertinente e a investigação nesta área deve continuar (Biddle & Ekkekakis, 2005).

4.4. Conclusões e recomendações

4.4.1. Conclusões

Com o presente estudo podemos concluir que nem o índice de massa corporal, nem a percentagem de massa gorda influenciam o bem-estar subjetivo dos idosos, pois não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo, sendo a única exceção a autoestima positiva onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, embora tenha sido o grupo com um percentil acima de 50 (maior IMC) com valores mais altos na autoestima positiva. Contudo, estes resultados não se verificaram no que diz respeito às diferenças entre grupos constituídos em função do percentil de massa gorda.

Relativamente ao nível de aptidão física/equilíbrio verificamos que este indicador influencia apenas alguns indicadores de bem-estar subjetivo, nomeadamente, a vitalidade e autoestima negativa dos idosos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os idosos com maior aptidão física/equilíbrio apresentaram maiores níveis de vitalidade subjetiva e menores níveis de autoestima negativa.

4.4.2. Recomendações para a prática e para estudos futuros

Tomando em consideração as limitações já mencionadas anteriormente, a opção de realizar entrevista com a amostra foi uma das vantagens do estudo, contudo o tempo disponível para a sua realização deveria ter sido maior. As dificuldades auditivas, e por vezes de compreensão, de grande parte dos idosos, fez com que as questões tivessem que ser repetidas mais que uma vez e pausadamente. Neste tipo de população podem surgir, por vezes, idosos com necessidade de conversar, pois a solidão na terceira idade é muito comum e desta forma alguns idosos poderão estender o tempo de algumas respostas. Assim o tempo disponível para a entrevista com os idosos deve ser levada muito em conta em futuros estudos.

Tal como também já foi mencionado, este estudo afastou-se um pouco dos objetivos estabelecidos no projeto inicial, sendo que se pretendia realizar um estudo experimental, com dois momentos de avaliação (pré e pós programa de exercício), para avaliar com maior profundidade os efeitos do programa de exercício nas variáveis estudadas.

Por último, gostaríamos ainda de referir, que independentemente dos resultados encontrados, parece-nos fundamental e necessário fazer chegar a atividade física à população idosa, fazendo-os perceber que esta pode trazer melhorias significativas para a sua saúde e bem-estar, tornando-se imprescindível “quebrar” as barreiras que impedem os idosos de praticar exercício físico.

Os profissionais da área do exercício têm um papel imprescindível na quebra das falácias relativas à relação entre exercício físico e o processo de envelhecimento. Entre essas falácias, está a de que o exercício físico oferece risco à saúde dos idosos, porque pode precipitar um ataque cardíaco, ou agravar problemas médicos. Tudo isso mais a carga de preconceitos existentes em torno da população idosa, priva essa população de alcançar melhores níveis de qualidade de vida e/ou um estilo de vida mais ativo e saudável.

4.5. Referências bibliográficas

- Azevedo, A., & Faria, L. (2004). Autoestima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In Carla Machado, Leandro Almeida, Miguel Gonçalves, & Vera Ramalho (eds.), *X Conferencia Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 415-421). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Baptista, F., & Sardinha, L. (2005). *Avaliação da aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas- Baterias de Fullerton*. Lisboa: Edições FMH.
- Bevilacqua, L., Daronco, L., & Balsan, L. (2012). Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e auto-estima em mulheres ativas. *Salusvita*, 31, 55 - 69.
- Biddle, S., & Ekkekakis, P. (2005). Physically active lifestyles and well-being. In F. Huppert, N. Baylis, & B. Kayerne (eds.), *The Science of Well-Being* (pp.141-168). London: Oxford University Press.
- Chaim, J., Izzo, H., & Sera, C. (2009). Cuidar em saúde: satisfação com a imagem corporal e autoestima de idosos. *O mundo da saúde*, 33(2), 175-181.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., & Chan, M. (2011). Live longer: Subjective Well-Being Contributes to Helath and Longevity. *Applied of Psychology*, 3 (1), 1-43.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, pp. 71-75.
- Diner, E., & Fujita, F. (1997). Social comparison and subjective Well-being. In B. Buunk & Gibbons (eds.), *Health, coping, and well-being. Perspective from social comparison theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Doron, R., Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Climepsi Editores.

- Fernandez, H., Vasconcelos-Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da atividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5(1), 33-50.
- INE (2011). O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Retrieved Setembro, 2011, from <http://www.ine.pt/>.
- Kura, G., Ribeiro, L., Niquetti, R., & Filho, H. (2004). Nível de atividade física, IMC e índices de força muscular estática entre idosos praticantes de hidroginástica e ginástica. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4, 30-40.
- Meurer, S., Benedetti, T., & Mazo, G. (2009). Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. 15, 788-796.
- Moutão, J., Alves, S., & Cid, L. (2013). Traducción y validación de la subjetive vitality scale (SVS) en una muestra de practicantes de ejercicio portugueses. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45 (2), 221-228.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of youth and adolescence*, 22, 125-139.
- OMS (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- Rejeski, W., & Mihalko, L. (2001). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *Journals of Gerontology*, 56A, 23-25.
- Rikli, R., Jones, C. (1999). Development and validation of a functional fitness test for community-residing in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 6, pp.363-375.
- Rose, D; Lucchese, N; Wiersma, L. (2006). Development of a multidimensional balance scale for use of functionally independent older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 1478-1485.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529 - 565.
- Ryff, C. (1989). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle age and older adults. *Psychol Aging*, 4, 195-210.
- Safons, M. (2000). Contribuição da atividade física, para a melhoria da auto-imagem e auto-estima de idosos. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes*, 22.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer*. Lidel.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268.
- Spence, J., McGannon, K., & Poon, P. (2005). The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27, 311-334.

- Solberg, A., Hopkins, W., Ommundsen, Y., & Halvari, H. (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 407-417.
- Sonstroem, Rg., & Morgan, W. (1989). Exercise and Self-esteem: Rationale and Model. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 21, 329 - 337.
- Tribess, S., Virtuoso-Júnior, J., & Petroski, E. (2009). Fatores associados à inatividade física em mulheres idosas em comunidades de baixa renda. *Revista Salud Pública*, 11(1), 39 - 49.
- UE (2009). *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Luxembourg: European Communities - Directorate -General for Economic and Financial Affairs.

