



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Relação entre exercício físico, autoestima, autoimagem,
morbilidade psicológica e qualidade de vida nas mulheres.

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Rita Carvalho Maia

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

JANEIRO 2020



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Relação entre exercício físico, autoestima, autoimagem,
morbilidade psicológica e qualidade de vida nas mulheres.

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Rita Carvalho Maia

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Índice

Índice de anexos	II
Índice de acrónimos	II
Índice de tabelas	II
1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	
2.1 Exercício físico	2
2.2 Autoestima	3
2.3 Autoimagem	4
2.4 Morbilidade psicológica	5
2.5 Qualidade de vida	8
3. Metodologia	
3.1 Objetivos do estudo	9
3.2 Participantes	10
3.3 Materiais	
3.3.1 Procedimento de recolha e análise de dados	10
3.3.2 Instrumentos	10
3.3.2.1 Questionário Sociodemográfico	10
3.3.2.2 Escala de Ansiedade e depressão	10
3.3.2.3 International Physical Activity Questionnaire	11
3.3.2.4 Escala de Autoestima de Rosenberg	12
3.3.2.5 World Health Organization Quality of Life – Bref	12
3.3.2.6 Escala de ansiedade, depressão e stress	13
3.3.2.7 Escala de Autoimagem	13
4. Análise de Dados	14
5. Resultados	
5.1 Descrição da amostra	15
5.2 Diferença de grupos	20
5.3 Relação entre a atividade física vigorosa, autoestima, autoimagem e qualidade de vida física e psicológica	20
5.3.1 Análise da variância	21
5.4 Relação entre atividade física vigorosa e morbilidade psicológica	22
6. Discussão de resultados	24

Índice de anexos

Anexo I: Cronograma

Anexo II: Questionário Sociodemográfico

Anexo III: BSI – Brief Symptom Inventory

Anexo IV: IPAQ – International Physical Activity Questionnaire

Anexo V: Escala de Autoestima de Rosenberg

Anexo VI: WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life

Anexo VII: EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Anexo VIII: Escala de Autoimagem

Índice de acrónimos

EF: Exercício Físico

AE: Autoestima

AI: Autoimagem

QV: Qualidade de vida

BSI: Escala de ansiedade e depressão

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire

WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life - Bref

EADS: Escala de ansiedade, depressão e stress

Índice de tabelas

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 2: Resultados descritivos das variáveis psicossociais

Tabela 3: Resultados descritivos: exercício físico

Tabela 4: Resultados descritivos da influência da atividade física vigorosa ao nível da autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida física e psicológica.

Tabela 5: Resultados descritivos da prática de exercício físico vigoroso

Tabela 6: Relação entre a atividade física vigorosa, autoestima, autoimagem e qualidade de vida física e psicológica

Tabela 7: Análise da homogeneidade de variâncias

Tabela 8: Análise da variância

Tabela 9: Relação entre atividade física vigorosa e morbilidade psicológica

Resumo

Uma atividade física regular está bastante relacionada com bastantes benefícios para a saúde, e esta foi integrada com sucesso na prevenção primária, tratamento e reabilitação de várias doenças crónicas. O presente estudo teve como objetivos avaliar se existem diferenças entre o grupo que pratica exercício físico e o que não pratica ao nível da autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida, e analisar a relação entre o exercício físico, a autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida. Tratou-se de um estudo transversal, com 100 participantes do sexo feminino. Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico; escala de ansiedade e depressão; international physical activity questionnaire; escala de autoestima de rosenberg; world health organization quality of life-BREF; escala de ansiedade, depressão e stress; escala de autoimagem.

Os resultados revelam uma relação negativa não significativa entre o exercício físico e a morbilidade psicológica. Verificou-se uma relação significativa positiva entre a morbilidade psicológica e o *stress*, ansiedade e depressão, bem como entre o *stress* e a ansiedade, entre o *stress* e a depressão e entre a ansiedade e a depressão. Estes dados permitem verificar a importância da atividade física, uma vez que os participantes fisicamente ativos apresentaram maiores índices de autoestima, autoimagem, qualidade de vida física e psicológica e menores índices de *stress*, depressão e ansiedade. Foi possível verificar uma relação significativa positiva entre o exercício físico vigoroso e a autoestima, bem como entre a autoestima e a autoimagem, qualidade de vida física e qualidade de vida psicológica.

No que concerne às limitações do estudo, este tratou-se de um estudo transversal, o que não permite fazer inferências causais. Devido ao tipo de amostra e ao processo de recolha de dados, não é possível fazer uma generalização dos resultados. É importante referir que o instrumento IPAQ não permitiu a obtenção de um total relativo à prática de exercício físico, pelo que foi necessário selecionar apenas uma pergunta do questionário o que não permitiu a utilização dos resultados completos do mesmo.

O presente estudo permitiu verificar que a atividade física leva a maiores índices de autoestima, autoimagem, qualidade de vida física e qualidade de vida psicológica. Apesar de ter sido encontrada uma relação negativa não significativa entre a atividade física e a morbilidade psicológica, concluiu-se que praticantes de atividade física demonstram valores menores de *stress*, depressão e ansiedade. São necessários mais

estudos para investigar a importância da motivação para a prática de exercício físico, bem como estudos para explicar os níveis elevados de sedentarismo em Portugal.

Palavras-chave: exercício físico, autoimagem, autoestima, stress, depressão, ansiedade e qualidade de vida.

Abstract

Regular physical activity is closely related to many health benefits, and it has been successfully integrated into the primary prevention, treatment and rehabilitation of various chronic diseases. The present study aimed to evaluate if there are differences between the group that practices physical exercise and the one that does not practice in terms of self-esteem, self-image, psychological morbidity and quality of life, and to analyze the relationship between physical exercise, self-esteem, self-image, psychological morbidity and quality of life. This was a cross-sectional study with 100 female participants. The following instruments were used: sociodemographic questionnaire; anxiety and depression scale; international physical activity questionnaire; rosenberg self-esteem scale; world health organization quality of life-BREF; anxiety, depression and stress scale; self-image scale.

The results reveal a non-significant negative relationship between physical exercise and psychological morbidity. There was a significant positive relationship between psychological morbidity and stress, anxiety and depression, as well as between stress and anxiety, between stress and depression and between anxiety and depression. These data allow us to verify the importance of physical activity, since the physically active participants had higher rates of self-esteem, self-image, physical and psychological quality of life and lower rates of stress, depression and anxiety. It was possible to verify a significant positive relationship between vigorous exercise and self-esteem, as well as between self-esteem and self-image, physical quality of life and psychological quality of life.

Regarding the limitations of the study, this was a cross-sectional study, which does not allow making causal inferences. Due to the sample type and data collection process, it is not possible to generalize the results. It is important to mention that the IPAQ instrument did not allow to obtain a total related to the practice of physical exercise, so it was necessary to select only one question from the questionnaire, which did not allow the use of its complete results.

The present study showed that physical activity leads to higher rates of self-esteem, self-image, physical quality of life and psychological quality of life. Although a non-significant negative relationship was found between physical activity and psychological morbidity, it was concluded that practitioners of physical activity demonstrate lower values of stress, depression and anxiety. Further studies are needed to investigate the

importance of motivation to exercise, as well as studies to explain the high levels of physical inactivity in Portugal.

Keywords: physical exercise, self-image, self-esteem, stress, depression, anxiety and quality of life.

1 Introdução

A relação entre a atividade física e a saúde mental assenta em 3 áreas: bioquímica, fisiologia e psicologia. (Crone, Smith & Gough, 2006). A estratégia global de 2006 da Organização Mundial de Saúde para a dieta, atividade física e saúde, aponta para pelo menos 30 minutos de atividade física regular com intensidade moderada na maioria dos dias para que o risco de doenças cardiovasculares e diabetes fosse reduzido. Gomes, Gonçalves e Costa (2015) defendem que a prática regular de atividade física melhora não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar psicológico. Gotova (2015) refere que a prática desportiva contribui não só para o bem-estar físico, mas também para o desenvolvimento emocional e humano. Pode fazer-nos sentir bem, com boa aparência e prevenir transtornos mentais que podem deixar uma marca duradoura na nossa saúde psíquica.

Edwards, Ngcobo, Edwards e Palavar (2005) referem que as possíveis explicações psicológicas do modo como o exercício pode melhorar o bem-estar psicológico incluem os seguintes aspetos: sentimentos elevados de controlo, melhoria da autoimagem, autoestima e auto eficácia e interações sociais mais positivas. Estes autores defendem que o papel dos agentes sociais como determinantes adicionais do bem-estar psicológico sublinha a necessidade de os profissionais de saúde promoverem o exercício social e os desportos de equipa em particular. Contudo, apesar dos benefícios cientificamente comprovados da prática regular de exercício físico sobre o “corpo e a mente”, recentes estudos de carácter epidemiológico (European Commission, 2014) sugerem que muitos segmentos da população portuguesa não praticam atividade física suficiente para promover a boa saúde.

2 Enquadramento Teórico

2.1 Exercício Físico

No decorrer dos últimos 50 anos, a atividade física ocupacional teve decréscimo acentuado, pois a mecanização do trabalho e das atividades domésticas diminuiu de forma significativa a atividade física da vida moderna (Brownson, Boehmer, & Luke, 2005).

Com base na mesma amostra Europeia, foi descrito que a participação em qualquer tipo de atividade física decresce significativamente com o aumento do índice de massa corporal. A par desta situação encontra-se a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade na população portuguesa (Varo, Martinez-Gonzalez, De Irala-Estévez, Kearney, Gibney, & Martínez, 2003)..

Segundo Caspersen, Powell e Christenson (1985), o exercício físico (EF) é definido como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que resulta num aumento do dispêndio energético, constituindo-se processo complexo e dinâmico. Durante a vida, o indivíduo passa por fases que evidenciam diferentes níveis de EF, determinados por diversos fatores. Como determinantes desse complexo comportamento, duas categorias podem influenciar os padrões de atividade física: as características individuais, incluindo motivações, auto eficácia, habilidades motoras e outros comportamentos de saúde; e as características ambientais, como o acesso ao trabalho ou espaços de lazer, custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sociocultural (Sherwood & Jeffery, 2000).

Características sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil parecem assumir-se como fatores determinantes de um estilo de vida sedentário (Elizondo-Armendariz, Grima, & Ontoso, 2005). O consumo de tabaco e de álcool são alguns dos fatores comportamentais, que se encontram também associados ao EF. Maiores níveis de atividade física reduzem o risco de fumar durante a adolescência e o consumo moderado de álcool está associado a estilos de vida saudáveis (Mukamal, Ding, & Djoussé, 2006).

Apesar de uma maior sensibilização para os perigos da inatividade física, 66% da população adulta europeia apresenta um nível insuficiente de EF, estimando-se que ocorram cerca de 600000 mortes/ano devido ao sedentarismo (Kohl et. al., 2012). Portugal apresenta um dos níveis de EF mais baixos da União Europeia (European Commission, 2014).

2.2 Autoestima

A imagem que se tem de si próprio apresenta-se central à vida de cada sujeito, na medida em que tem influência nos seus pensamentos, emoções e comportamentos, e constitui-se numa atitude – isto é, em factos, opiniões e valores – relativa ao *self*, que pode ter uma orientação favorável ou desfavorável (Rosenberg, 1965).

A autoestima (AE) tem sido contextualizada de forma dicotómica, podendo manifestar-se elevada ou baixa. A AE elevada tem sido referida enquanto a presença de sentimentos de satisfação em relação a si mesmo, assim como de sentimentos de respeito, de aceitação e de valor próprio, reconhecendo as próprias limitações e existindo desejo de crescer e melhorar (Rosenberg, 1965). A baixa AE tem sido desde cedo alvo de preocupação clínica. Se, por um lado, pode ser vista como derivada de uma compreensão precisa e fundamentada das falhas do próprio enquanto pessoa, por outro lado poderá advir de um sentido de insegurança e de inferioridade distorcidos e, até patológicos. Em todo o caso, níveis baixos de AE tendem a ser associados a problemáticas como a depressão (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

A AE pode ainda diferenciar-se quanto à AE global e quanto à AE específica; enquanto que a primeira se refere a sentimentos relativos ao *self*, a segunda parece relacionar-se, principalmente, com pensamentos relacionados com o self (Dutton & Brown, 1997). Com efeito, a AE pode ser avaliada tanto a nível global como quanto a aspetos específicos que constituem o autoconceito, e é considerado que concepções mais globais ou mais específicas da AE podem complementar-se em certo ponto (Santos & Maia, 2003).

Partindo da concepção de AE como “(...) uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objeto particular, a saber, o self” (Rosenberg, 1965), a AE global consiste, seguindo Rosenberg (1986, cit in Faria, Pepi & Alesi, 2004), na soma de juízos de valor que um indivíduo gera acerca de si mesmo, sendo uma avaliação de carácter geral dos vários elementos da AE – valor pessoal, respeito por si mesmo, autoconfiança e amor-próprio.

Silva (1998), realizou um estudo no qual o objetivo era relacionar a prática de atividade física com o autoconceito físico, o social e a autoestima global, em mulheres adultas da cidade do Porto, entre os 17 e os 47 anos, comparando os indivíduos em função da intensidade com que praticavam atividade física (ausente, média, intensa), da idade, do nível sócio económico e do estado civil. Os resultados apontaram para a existência de

diferenças significativas na autoestima global a favor do grupo de prática intensa, em comparação com os outros grupos.

Doan & Sherman (1987, cit in McAuley, 1994) fizeram uma revisão da literatura de forma a investigar a relação entre a atividade física, o desenvolvimento da aptidão física e a autoestima. 43% dos estudos apresentavam um aumento nos valores da autoestima; 41% não apresentou qualquer alteração; em 7% dos estudos ocorreu o inverso e em 16% não se verificou melhorias em nenhuma das variáveis. A maioria dos estudos revistos apontam para melhorias na autoestima, quando o exercício físico é praticado mais de três vezes por semana (Collingwood, 1972).

2.3 Autoimagem

Embora o conceito de autoimagem (AI) pareça tautológico, expressando a percepção que a pessoa tem de si, envolve elementos que necessitam de ser diferenciados. Para alguns autores existem três tipos principais de AI que podem ser identificados: uma dimensão individualista do eu, reunindo conceitos como independente, autônomo e separado; uma outra denominada coletivista, que acentua as relações entre o indivíduo e a coletividade; e uma terceira dimensão, que recebe o nome de relacional, cujo foco de atenção são os indivíduos entre si (Kashima, Yamaguchi, Kim, Choi, Gelfand, & Yuki, 1995; Triandis, 1989). Não obstante, parece mais parcimoniosa e teoricamente consistente, a clássica definição que prediz dois tipos de autoimagem, não exatamente expressando conteúdos opostos ou conflitantes: independente e interdependente (Markus & Kitayama, 1991).

Para Gouveia, Singelis, Guerra, Santos e Vasconcelos (2005), a AI expressa a percepção que a pessoa tem de si e do seu reflexo em comparação ao retorno de sentimentos, pensamentos ou ações nos seus relacionamentos interpessoais. É importante evidenciar que a AI é uma condição de organização da própria pessoa, sendo constituída por uma parte mais real e por outra mais subjetiva, conduzindo-se para uma maneira determinante e compreensiva do meio em que se vive (Andrade & Angerami, 2001).

Segundo Hamachek (1986), uma vez que através do exercício se desenvolve o grau de funcionalidade do corpo e com ele a AI (Weinberg & Gould, 1995; cit in por Cruz, Machado, & Mota, 1996), sendo que esta última parece estar intimamente ligada à AI (Berscheid, Walster, & Bohrnstedt, 1973; Fisher & Cleveland, 1968; Hamachek, 1987; Secord & Jourard, 1953; Zion, 1965, cit in. Leith, 1994) parece haver uma relação entre a prática de exercício físico e melhorias na AI.

Segundo Weiss (1987; cit. por Abrantes, 1998), o facto de o indivíduo, ao realizar exercício, ser confrontado diretamente com uma dificuldade física ou com um desafio psicológico e o conseguir ultrapassar com sucesso, vai provocar modificações na imagem corporal do praticante, na sua autoimagem (Melnick & Mookerjee, 1991; Batista & Vasconcelos, 1995; ambos cit in Abrantes, 1998; Emery et al., 1989; cit in Shefard, 1990), bem como no seu sentido de realização.

Um estudo efetuado por Batista (1995), investigou a satisfação com a imagem corporal, a autoestima global, as convicções de controlo referenciadas ao corpo e as características antropométricas em adolescentes do sexo feminino (entre os 11 e 17 anos) envolvidas em 4 níveis diferenciados de atividade física. Os resultados demonstraram que a atividade física se encontra significativamente associada com a autoestima e a satisfação com a imagem corporal

Assim, o ser humano constrói a sua imagem corporal na relação com o mundo vivido, sendo que essa perceção não ocorre sempre da mesma maneira, isto é, se for alterada negativa ou positivamente, mudará a sua AI (Leite, Paul, & Sequiros, 2006).

2.4 Morbilidade Psicológica

Conforme o DSM-5 (2014), a depressão é caracterizada pela presença de humor triste, vazio ou irritável, além de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente o funcionamento do indivíduo. Entre as características que envolvem o humor deprimido estão: a perda de interesse por quase todas as atividades; alterações no apetite, no sono; perda de peso; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal; diminuição da autoconfiança; sentimento de culpa; dificuldade em tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre morte ou tentativas suicidas. Os sintomas devem estar presentes pelo menos por duas semanas para se configurar como uma perturbação depressiva mais grave.

Assim, a depressão refere-se a uma ampla gama de problemas de saúde mental caracterizada por sintomas emocionais negativos (perda de interesse e prazer - anedonia) e sintomas cognitivos, físicos e comportamentais associados. Distinguir mudanças de humor consideradas normais, com graus de alteração menos graves, mas clinicamente significativos de depressão pode não ser fácil, dado que nesta patologia os sintomas ocorrem num continuum de gravidade entre o normal, a tristeza que todos sentimos, e o patológico (Sampaio, Figueira, & Afonso, 2014).

Segundo Cordioli, atualmente o termo depressão é muitas vezes comum e erradamente utilizado para descrever estados emocionais não patológicos. De facto,

sentimentos de tristeza são comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos, e caracterizam um estado emocional normal, não patológico. Na depressão, contrariamente ao que acontece numa reação normal a uma adversidade, os sintomas referidos não desaparecem espontaneamente e o sofrimento acentuado compromete o funcionamento quotidiano do indivíduo (Cordioli, 2010). A identificação de depressão clinicamente significativa é baseada não apenas na sua severidade, mas também na persistência, na presença de outros sintomas e no grau de prejuízo funcional e social. Quanto maior a gravidade da depressão, maior a morbilidade e consequências adversas (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

A depressão é, portanto, um problema de saúde pública e um dos transtornos mentais mais comuns, apresentando altos níveis de prevalência em muitos países desenvolvidos e produzindo grande sofrimento, prejuízo pessoal e social, podendo mesmo causar incapacidade temporária ou permanente (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013).

Num estudo que contou com a participação de 4655 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e 65 anos, estudou-se a associação entre a obesidade e sintomas depressivos através de uma população epidemiológica, observando-se que a obesidade e a depressão se encontram positivamente associadas (Linde et al., 2007). Na mesma perspetiva, Dragan e Akhtar-Danesh (2007), estudaram a relação entre o índice de massa corporal e depressão numa amostra de 12376 indivíduos, verificando-se uma forte associação entre estas duas variáveis e diferenças de género. Nos homens, altos níveis de índice de massa corporal encontram-se associados a níveis severos de depressão, e ainda que, altos níveis de depressão encontram-se associados a índices de massa corporal baixos. Na maior parte das mulheres, não se verificou uma relação direta, nem estatisticamente significativa, entre obesidade e depressão. De realçar, a relação inversa entre a atividade física e o índice de massa corporal que se traduz na expressão “mais atividade física – menos problemas de peso”.

De acordo com o DSM-5 (2014), a ansiedade caracteriza-se por preocupação excessiva acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades e dificuldade em controlar a apreensão, agitação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações no sono. Para a Análise do Comportamento, a ansiedade é um fenómeno que sinaliza um estímulo pré-aversivo, responsável por deliberar determinadas condições fisiológicas e reduzir as respostas mantidas por reforço positivo (Coelho; Tourinho, 2008).

Todas as pessoas, em algum momento da vida, experimentam a ansiedade. No entanto, quando ela é excedente, em vez de contribuir para a adaptação, acaba por desencadear a falência da capacidade adaptativa do indivíduo (Benute, Nomura, Pereira, Lucia, & Zugaib, 2009).

Ansiedade e Depressão tendem a exibir elevada associação, pelo que Clark e Watson (1991), propõem um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira estrutura que designam por distress ou afeto negativo, inclui sintomas relativamente inespecíficos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos, mais humor deprimido e ansioso, assim como insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Para além deste fator inespecífico, a ansiedade e a depressão constituiriam as outras duas estruturas, com a tensão somática e a hiperatividade como específicas da ansiedade, e a anedonia e a ausência de afeto positivo como relativamente específicas da depressão.

Entre os critérios apontados pelo DSM-5 (2014) o stress ocorre como uma resposta ao evento traumático, consistindo no desenvolvimento de sintomas dissociativos, podendo ocasionar diminuição nas reações emocionais, dificuldade em experimentar prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, sentimento frequente de culpa ao desempenhar tarefas do dia a dia, prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outros setores da vida do indivíduo. Pode envolver dificuldade de concentração, sentimento de desligamento do corpo ou sentir o mundo como irreal.

Selye (1959, cit in Ribeiro Porto & Vandenbergue, 2013) descreve o stress como a síndrome produzida por vários agentes nocivos que causam uma resposta não específica do organismo a situações que o enfraquecem ou que o fazem adoecer. Para Selye as manifestações do stress são compostas por três fases que caracterizam a adaptação: alerta; resistência e exaustão ou esgotamento.

Duas meta-análises na temática do EF e saúde mental, divulgaram que o EF é tão eficaz na diminuição da ansiedade e da depressão quanto tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos. No entanto, é importante gerir a motivação e adaptar o exercício individualmente, já que vários estudos também referem a depressão e a baixa motivação como fatores de abandono nos programas de exercício físico (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991; Craft & Landers, 1998; Norvell & Belles, 1993; Raflin, Morgam, & Luchsinger, 1990, cit in Werneck, Filho, & Ribeiro, 2006).

Contudo, Becker (2002, cit in Godoy, 2002) refere que, para se verificar efeitos substanciais do EF na área emocional, é necessário praticar entre 4 e 20 semanas, tendo em conta a sua intensidade, pois o nível moderado parece ser o mais adequado, ou seja, a intensidade terá de ser individualmente adaptada de forma a não ultrapassar a capacidade aeróbia máxima, pois a prática de EF de nível severo está associado à sensação de estados afetivos negativos (Hall, Ekkakis, & Petruzzello, 2002). Por sua vez, Berger (1996, cit in Werneck, Filho, & Ribeiro, 2006), propor que o EF, para melhoria do humor, deve ser agradável, de carater aeróbio, não competitivo, de intensidade moderada e de duração entre 20 a 40 minutos, regular durante a semana, praticada em ambientes previsíveis e especialmente fixos. Quanto à duração, há evidências que apontam para uma maior eficácia dos exercícios de longa duração na melhoria dos estados de humor, comparativamente aos de curta duração. Nota-se alguma prudência quanto à prescrição de EF como terapia, ao que deve ser de intensidade leve a moderada, num treino progressivo e controlado (Araújo, Mello, & Leite, 2007)

2.5 Qualidade de vida

Inicialmente, logo após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de qualidade de vida (QV) estava diretamente relacionado a variáveis económicas capitalistas, levando-se em consideração a obtenção de bens materiais para avaliar o nível de QV dos sujeitos. Aos poucos o conceito foi sendo ampliado e passou a integrar também outros aspectos sociais, como educação, saúde e lazer; estando inclusive intimamente ligado ao movimento da promoção de saúde, iniciado em 1974, no Canadá (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

O conceito é demasiado abrangente e subjetivo para se conseguir facilmente definir, porém, inclui, de modo complexo, a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (DGS, 2004). Taveira (1999) considera QV um conceito multidimensional de bem-estar físico, mental e social percebido por cada indivíduo ou grupo de indivíduos, envolvendo conceitos de vida como a saúde, o trabalho, a família, o estado emocional da pessoa, o nível socioeconómico, entre outros.

Pais-Ribeiro (2009), diz-nos que, para além desta multidimensionalidade, é um constructo subjetivo baseado na autopercepção e que é variável com o tempo, ou seja, baseia-se em aspetos imateriais. Nestes aspetos incluem-se a percepção da QV em geral e indicadores tais como o bem-estar social e emocional, a felicidade e a satisfação com a vida.

Os modelos de QV vão desde a satisfação com a vida, ao bem-estar social, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Nos dias de hoje, este constructo encontra-se, também, relacionado com dimensões menos tangíveis, como é o caso do sentido de segurança, da dignidade pessoal, das oportunidades de atingir objetivos pessoais, da satisfação com a vida, da alegria e do sentido positivo de si (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Estudos epidemiológicos e documentos institucionais propõem que a prática regular de atividade física e uma maior aptidão física estão associadas a uma menor mortalidade e melhor qualidade de vida em população adulta. Não são poucos os trabalhos científicos que destacam o sedentarismo e o estresse como responsáveis por doenças hipocinéticas e reduções na qualidade de vida (Rejeski, Brawley, & Shumaker 1996). Existem cada vez mais dados que demonstram que o exercício, a aptidão e a atividade física estão relacionados com a prevenção, com a reabilitação de doenças e com a qualidade de vida (Pate et al, 1995; Pate, 1990).

A qualidade de vida em adultos tem sido estudada no que respeita à sua relação com diversas variáveis, de entre as quais destacamos a prática de exercício físico (Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007; Brown et al., 2003; Vuillemin et al., 2005). Assim, a prática de exercício físico parece associar-se a uma perceção elevada de Qualidade de Vida relacionada com a saúde.

Tendo em conta a literatura a cima apresentada, os objetivos do estudo passam por avaliar se existem diferenças entre o grupo que pratica exercício físico e o que não pratica ao nível da autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida e analisar a relação entre o exercício físico, autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida.

3 Metodologia

3.1 Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivo: (1) Avaliar se existem diferenças entre o grupo que pratica exercício físico e o que não pratica ao nível da autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida. (2) Analisar a relação entre o exercício físico, autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida.

Tendo por base os objetivos de estudo, foram definidas as seguintes hipóteses: (1) Espera-se que existam diferenças entre as mulheres que praticam e as que não praticam

exercício físico ao nível da autoimagem, autoestima, morbilidade psicológica e qualidade de vida; (2) Espera-se encontrar uma relação positiva significativa entre o exercício físico, a autoimagem, a autoestima e a qualidade de vida; (3) Espera-se encontrar uma relação significativa negativa entre o exercício físico e a morbilidade psicológica.

3.2 Participantes

A amostra foi constituída por 100 mulheres, estudantes de psicologia na Universidade Católica Portuguesa, centro regional de Braga. Os critérios de inclusão para a recolha de dados foram: (1) ser mulher; (2) praticar ou não exercício físico; e (3) idade superior a 18 anos, com capacidade de responder por escrito ou sob forma de entrevista aos instrumentos.

3.3 Materiais

3.3.1 Procedimento de recolha e análise de dados

Tratou-se de um estudo com *design* transversal. O estudo foi apresentado à comissão de ética dos locais de recolha de dados e ao conselho científico da Universidade Católica Portuguesa. A recolha de dados foi efetuada na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, nas turmas de licenciatura e mestrado em psicologia. A todas as participantes foram comunicados os objetivos da sua colaboração, e foi enfatizado o carácter voluntário da sua participação e assegurada a confidencialidade dos dados. Para tal, todas as participantes assinaram um consentimento informado.

3.3.2 Instrumentos

3.3.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é constituído por 11 questões, de escolha múltipla e resposta direta e breve, tendo sido construído para a presente investigação com a finalidade de estudar variáveis sociodemográficas, assim como recolher outros dados relevantes para a caracterização da amostra (idade, sexo, ano/curso, estado civil, com quem vive, estatuto profissional, número de elementos do agregado familiar, habilitações literárias do pai e da mãe, vencimento anual do pai e da mãe e situação face ao emprego do pai e da mãe).

3.3.2.2 BSI

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - *Brief Symptom Inventory*) foi desenvolvido por Derogatis (1982), sendo uma versão mais breve do instrumento *Symptom Check-List* (SCL-90-R; Derogatis, 1977), e foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999). Este instrumento permite avaliar os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas, em outros doentes, assim

como em sujeitos da população em geral. O BSI é constituído por nove dimensões, nomeadamente a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (Derogatis & Melisaratos, 1983), pelo que neste estudo foi utilizado o total do instrumento através da soma de todas as sub-escalas. É um questionário de auto resposta, constituído por 53 itens, sendo que a escala de resposta varia de 0 (*nunca*) a 4 (*muitíssimas vezes*).

O ponto de corte, entre os sujeitos perturbados emocionalmente e os indivíduos da população em geral, é estabelecido utilizando o índice de sintomas positivos. Desta forma, um ISP igual ou superior a 1.7 indica a possibilidade de o indivíduo se encontrar perturbado ao nível emocional, e um índice de sintomas positivos inferior a esse valor aponta para a não existência de perturbação emocional.

No estudo original, a consistência interna apresenta um alfa de *Cronbach* na subescala somatização de .80 (Derogatis & Melisaratos, 1983). Na avaliação da consistência interna das escalas, tal como foi realizado pelos autores das mesmas nas versões originais, foi calculado o alfa de Cronbach. Na escala BSI, evidenciou-se uma consistência interna elevada ($\alpha=.953$).

3.3.2.3 International Physical Activity Questionnaire

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), foi desenvolvido por Hagstrom, Oja, Sjostrom, (2006) para avaliação dos índices de atividade física. Estudos de aplicabilidade e validade foram realizados nos 12 países seleccionados para desenvolver o IPAQ (Austrália, Brasil, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, África do Sul, Suécia, Inglaterra e Estados Unidos), em que foram utilizados métodos e protocolos standardizados. Este foi validado para a população portuguesa por Matsudo, Matsudo, Araújo, Andrade, Andrade, Oliveira e Braggion em 2001.

Permite-nos aceder à quantidade de atividade física praticada pelos indivíduos, incluindo o tempo de lazer e trabalhos domésticos. Os tipos de atividade física percebidos através da aplicação deste questionário são a caminhada, as atividades de intensidade moderada e as atividades de intensidade elevada, sendo para isso registada a frequência e duração de cada tipo de atividade. Neste sentido podemos obter níveis de cada tipo de atividade bem como a combinação de todas elas.

Num estudo de validade e reprodutibilidade do IPAQ efetuado no Brasil, 257 homens e mulheres responderam ao IPAQ (forma curta e longa, período de referência a última semana) no início do estudo e após 7 dias. Os resultados evidenciaram que a forma curta e longa são comparáveis e que os períodos de referência de uma semana habitual e última

semana apresentaram resultados similares. A validade foi de 0,46 para a forma longa e 0,75 na forma curta (Matsudo e col., 2001).

3.3.2.4 Escala de Autoestima de Rosenberg

A Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES; Rosenberg, 1989; Corcoran & Fischer, 2000) é uma medida breve constituída por dez itens que avalia a autoestima em adolescentes e adultos. Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira (2011) desenvolveram um estudo de validação para a população portuguesa com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. Será provavelmente a mais difundida de todas as medidas de autoestima a nível internacional. Originalmente concebida como escala Guttman, também pode ser cotada simplesmente somando os itens tipo Likert de 4 pontos (Discordo fortemente = 0, Discordo = 1, Concordo = 2, Concordo fortemente = 3), sendo que pontuações elevadas na escala indicam autoestima elevada e vice-versa. A nível de estabilidade temporal obtiveram-se correlações de .82 a .88. A nível de consistência interna por alfa de Cronbach obtiveram-se valores de .77 a .88 na escala original e .79 no estudo de validação para a população portuguesa. No presente estudo, o alfa de Cronbach apresentou um valor de .86 ($\alpha = .863$).

3.3.2.5 World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-Bref)

Este instrumento é uma versão abreviada do instrumento original, WHOQOL-100 com 100 questões organizadas em 6 domínios, 24 facetas específicas e numa faceta geral de avaliação global da qualidade de vida. Este último integra questões divididas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças, pessoais/religiosidade. O instrumento foi desenvolvido pelo WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group, 1994) e está aferido e validado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (Canavarro et al., 2010; Vaz Serra et al., 2006). O WHOQOL-Bref apresenta um primeiro domínio referente à qualidade de vida de modo geral, um item sobre a qualidade de vida e um sobre a satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões estão divididas pelos domínios físico, com 7 itens, psicológico, com 6 itens, social, com 3 itens e meio ambiente com 8 itens, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por situações clínicas pontuais e doenças crónicas. As respostas de cada participante indicam a sua concordância ou discordância e são avaliadas por scores de 1 a 5, através da escala Likert. No presente estudo apenas se usou as sub-escalas de qualidade de vida física e qualidade de vida psicológica.

As características psicométricas do instrumento têm revelado uma boa consistência interna (Canavarro et al, 2010; Vaz Serra et al., 2006), sendo que, no estudo de validação para a população portuguesa obtiveram-se valores entre .65 e .85. No presente estudo, o instrumento revelou uma consistência interna elevada ($\alpha=.887$).

3.3.2.6 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress foi originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e é um instrumento adaptado à população portuguesa por Ribeiro, Honrado e Leal (2004) que permite a avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e stress. Este instrumento está dividido em três escalas e cada inclui 7 itens, sendo no total 21 itens. Cada item consiste numa frase e têm 4 possíveis respostas, apresentadas numa escala de Likert. A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”.

No presente estudo foi utilizada a versão de 21 itens, que propõe medir os mesmos construtos do mesmo modo que a versão de 42 itens. Estas medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde no sentido em que as medidas reduzidas são preferíveis às mais longas dado que nos seus contextos de aplicação as populações tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga.

A escala original teve forte consistência interna. O coeficiente α de Cronbach para ansiedade foi de 0,80; para depressão de 0,80; para estresse de 0,77; e geral de 0,88. No presente estudo evidenciou-se uma consistência interna elevada ($\alpha=.94$).

3.3.2.7 Escala de Autoimagem

Este instrumento foi elaborado e validado nos Estados Unidos por Singelis (1994). Compreende um total de 24 itens, igualmente distribuídos para avaliar os construtos auto imagem independente (por exemplo, *Gosto de ser único e diferente das outras pessoas em muitos aspectos; Faço as minhas próprias coisas, independentemente do que pensam as outras pessoas*) e independente (por exemplo, *Sacrificarei o meu próprio interesse em benefício do grupo em que estou; Sinto que o meu destino se mistura com o destino daqueles que me rodeiam*). As respostas são dadas numa escala de sete pontos, com os seguintes extremos: 1= Discordo Totalmente e 7= Concordo totalmente.

Apenas foi encontrada a validação para o contexto brasileiro por Gouveia et al. (2002), que realizaram um estudo com 400 alunos do ensino médio, na sua maioria do

sexo feminino (67,3%) e com idade média de 20 anos ($DP= 5,60$). As escalas apresentaram índices de consistência interna meritórios no contexto brasileiro: .54 para a autoimagem interdependente e .52 para a independente (Gouveia et al., 2002). Por sua vez, na escala original obteve-se alfa de Cronbach de .70 e .74 para as subescalas de autoimagem independente e interdependente, respectivamente. No presente estudo denotou-se uma consistência interna substancial ($\alpha=.703$).

4 Análise de Dados

Recorreu-se ao programa IBM SPSS versão 22 para realizar as análises estatísticas. No sentido de se testarem as hipóteses e de determinar os testes procedeu-se à avaliação das normalidades das distribuições e homogeneidade da variância. Não cumprindo os critérios para utilização de testes paramétricos, a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade na distribuição, sendo que neste estudo foram utilizados testes não paramétricos. Assim quando os corolários para a utilização dos testes paramétricos estavam presentes, recorreu-se à sua utilização. Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e psicossociais. Foi utilizada a média e o desvio padrão para descrever as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram descritas como frequências absolutas e frequências relativas.

Para analisar as diferenças entre o grupo que pratica exercício físico e aquele que não pratica exercício físico ao nível da autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida tentei utilizar-se o teste de Mann-Whitney mas não se obtiveram resultados conclusivos. Assim sendo os grupos foram definidos de acordo com o item 1a do instrumento IPAQ (Habitualmente, por semana, quantos dias faz atividades físicas vigorosas como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicletas a uma velocidade acelerada?). Os resultados iguais a 0 indicam ausência de exercício físico e resultados maiores que 0 indicam presença de prática de exercício físico.

As variáveis: sintomatologia psicopatológica, stress, ansiedade, depressão, exercício físico vigoroso e qualidade de vida não seguem uma distribuição normal. Por sua vez, as variáveis autoestima e autoimagem seguem uma distribuição normal.

O teste de correlação de Spearman foi usado para perceber a relação entre a atividade física vigorosa, a autoimagem, a autoestima e a qualidade de vida física e psicológica e também a relação entre atividade física vigorosa e morbilidade psicológica.

5 Resultados

5.1 Descrição da Amostra

A amostra foi constituída por 100 mulheres (100%), estudantes de psicologia na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga. A média de idade foi de 22.44 (DP= 7.47), sendo o mínimo 17 e o máximo 55. Do total da amostra, 93% das alunas encontravam-se solteiras, 5% casadas, 2% divorciadas/separadas, 0% em união de facto e 0% viúvas. Das alunas, 40% encontrava-se no 1º ano de licenciatura, 33% no 2º ano de licenciatura e 27% no 1ª ano de mestrado. Em termos de nacionalidade, 5% das mulheres são brasileiras, 1% é guineense, 91% é portuguesa e 1% é portuguesa-angolana. 75% das alunas vive com os pais, 3% com outros familiares, 5% com amigos, 3% vive sozinha, 6% vive numa residência universitária e 8% vive com “outros”. Em termos de estado profissional, 15% encontra-se em situação de desemprego, 10% empregada e 82% é apenas estudante.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n=100)

Variáveis		n	%	M	DP	Min.	Max.
<i>Idade</i>		100		22.44	7.468	17	55
<i>Ano Letivo</i>	1º ano de licenciatura	40	40.0				
	2º ano de licenciatura	33	33.0				
	1ª ano de mestrado	27	27.0				
<i>Nacionalidade</i>	Brasileira	5	5.0				
	Guineense	1	1.0				
	Portuguesa	91	91.0				
	Portuguesa-Angolana	1	1.0				
<i>Estado Civil</i>	Solteira	93	93.0				
	Casada	5	5.0				
	Divorciada/Separada	2	2.0				

<i>Com quem vive</i>	Pais	75	75.0
	Outros Familiares	3	3.0
	Amigos	5	5.0
	Sozinha	3	3.0
	Residência	6	6.0
	Universitária		
	Outros	8	8.0
<i>Estatuto profissional</i>	Empregado	15	15.0
	Desempregado	1	1.0
	Estudante	84	84.0
<i>Habilitações Literárias do pai</i>	1º Ciclo	19	19.0
	2º Ciclo	22	22.0
	3ª Ciclo	21	21.0
	Ensino Secundário	25	25.0
	Ensino Superior	13	13.0
<i>Habilitações Literárias da mãe</i>	1º Ciclo	13	13.0
	2º Ciclo	20	20.0
	3ª Ciclo	14	14.0
	Ensino Secundário	31	31.0
	Ensino Superior	22	22.0
<i>Vencimento mensal do pai</i>	<600€	4	4.0
	600€ a 750€	21	21.0
	750€ a 1000€	27	27.0
	1000€ a 1300€	12	12.0
	> 1300€	24	24.0
<i>Vencimento mensal da mãe</i>	<600€	17	17.0
	600€ a 750€	31	31.0
	750€ a 1000€	13	13.0
	1000€ a 1300€	11	11.0
	> 1300€	14	14.0
<i>Situação face ao emprego do pai</i>	Empregado	85	85.0
	Desempregado	4	4.0

<i>Situação face ao</i>	Empregada	78	78.0
<i>emprego da mãe</i>	Desempregada	12	12.0

Resultados descritivos das variáveis psicossociais

Analisando descritivamente os dados relativos às variáveis psicossociais pode concluir-se que, na amostra estudada, que os resultados da autoestima apresentaram uma média de 31.79 (DP=4.36), sendo que o mínimo é de 21.00 e o máximo de 40.00. Relativamente à autoimagem, esta apresenta uma média de 147.89 (DP=15.23), tendo como mínimo 95.00 e máximo 185.00. No que concerne à sintomatologia psicopatológica obtiveram uma média de 95.85 (DP=26.54), com mínimo de 56.00 e máximo de 169.00. Os resultados indicam que a média de stress é de 6.34 (DP=4.29), no qual o mínimo é 0.00 e o máximo 21.00. Ao analisar a ansiedade, resultou uma média de 3.07 (DP=3.24), com mínimo de 0.00 e máximo de 14.00. No que concerne à depressão, obteve-se uma média de 3.46 (DP=3.78), sendo que o mínimo foi 0.00 e o máximo 18.00. Na variável qualidade de vida obteve-se média de 18.54 (DP=3.11), 11.00 de mínimo e 25.00 de máximo.

Tabela 2: Resultados descritivos das variáveis psicossociais (valores médios, desvio-padrão, valor mínimo e máximo) (N=100)

Instrumento	Sub-escalas	M	DP	Min.	Max.
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i>		31.79	4.36	21.00	40.00
<i>Escala de Autoimagem BSI</i>		147.86	15.23	95.00	185.00
		95.85	26.54	56.00	169.00
<i>EADS</i>	Stress	6.34	4.29	.00	21.00
	Ansiedade	3.07	3.24	.00	14.00
	Depressão	3.46	3.78	.00	18.00
<i>WHOQOL-Bref</i>		18.54	3.11	11.00	25.00

Questões	19.53	3.11	11.00	25.00
Globais	23.22	3.43	10.00	29.00
Qualidade de				
Vida Física	18.34	2.85	9.00	25.00
Qualidade de				
Vida	22.59	2.71	15.00	29.00
Psicológica	15.68	2.59	5.00	20.00
Relações				
Sociais				
Meio				
Ambiente				

Analisando descritivamente os dados relativamente à atividade física vigorosa, a média de dias de prática de atividade física foi de 1.33 (DP=1.876), mínimo de 0 e máximo de 6. Quanto à média de tempo despendido na prática, a média foi de 1 hora e 41 minutos (DP= 1 hora e 38 minutos), mínimo de 0 horas e 15 minutos e máximo de 8 horas e 30 minutos. No que concerne à atividade física moderada, a média de dias de prática de atividade física foi de 1.51 (DP=2.123), 0 de mínimo e 7 de máximo. Por sua vez, o tempo gasto da atividade foi de 1 hora e 31 minutos (DP= 1 hora e 24 minutos), com tempo mínimo de 0 horas e 20 minutos e máximo de 8 horas e 30 minutos.

Relativamente à caminhada, a amostra praticou em média 4.73 dias por semana (DP=2.365), apresentado como mínimo 0 e máximo 7. Quanto ao tempo gasto, a média foi de 0 horas e 52 minutos (DP= 0 horas e 54 minutos), com tempo mínimo de 0 horas e 10 minutos e máximo de 4 horas e 30 minutos. A média do ritmo da passada foi 1.94 (DP=0.396), mínimo de 1 e máximo de 3. Por fim, no que concerne ao tempo sentado, durante a semana os participantes passam em média 6 horas e 6 minutos sentados (DP=2 horas e 44 minutos), com 1 hora de mínimo e 18 horas de máximo. Aos fins de semana, a média foi de 5 horas e 46 minutos (DP= 3 horas e 6 minutos), apresentando-se um mínimo de 1 hora e máximo de 18 horas.

Tabela 3: Resultados descritivos: exercício físico (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) (N=100)

Sub-escalas		M	DP	Min.	Max.
<i>Atividade física vigorosa</i>	Quantos dias	1.33	1.876	0	6
	Quanto tempo	1h e 41m	1h e 38m	0h e 15m	8h e 30m
<i>Atividade física moderada</i>	Quantos dias	1.51	2.123	0	7
	Quanto tempo	1h e 31m	1h e 24m	0h e 20m	8h e 30m
<i>Caminhada</i>	Quantos dias	4.73	2.365	0	7
	Quanto tempo	0h e 52m	0h e 45m	0h e 10m	4h e 30m
	Ritmo da passada	1.94	0.396	1	3
<i>Tempo sentado</i>	Dias da Semana	6h e 6m	2h e 44m	1h e 0 m	15h e 0m
	Fins-de-semana	5h e 46m	3h e 6m	1h e 0m	18h e 0m

Analisando descritivamente os dados relacionados à influência da prática de exercício físico vigoroso ao nível da autoestima, autoimagem, morbidade psicológica e qualidade de vida física e psicológica, pode concluir-se que relativamente à autoestima e à autoimagem, participantes que praticam exercício físico demonstraram índices maiores de autoestima e autoimagem. No que concerne à morbidade psicológica, os participantes que não praticam exercício físico obtiveram uma média superior aos que praticam, ao nível da sintomatologia depressiva, do stress, da ansiedade e da depressão. Por fim, os participantes que praticam atividade física vigorosa apresentaram índices maiores de qualidade de vida física e psicológica.

Tabela 4: Resultados descritivos da influência da atividade física vigorosa ao nível da autoestima, autoimagem, morbidade psicológica e qualidade de vida física e psicológica. (valores médios, desvios-padrão, valor mínimo e máximo) (N=100)

Variáveis	Prática de Exercício Físico	n	M	DP	Min.	Max.
<i>Autoestima</i>	Não pratica	62	23.516	3.202	3.00	28.00
	Pratica	38	23.474	1.447	21.00	26.00
<i>Autoimagem</i>	Não pratica	62	147.435	14.267	113.00	185.00
	Pratica	38	148.632	16.864	95.00	179.00
	Não pratica	61	97.295	24.552	57.00	169.00

<i>Sintomatologia</i>	Pratica	38	93.526	29.655	56.00	169.00
<i>Psicopatológica</i>						
<i>Stress</i>	Não pratica	61	6.541	4.0149	.00	19.00
	Pratica	38	6.026	4.745	.00	21.00
<i>Depressão</i>	Não pratica	61	3.689	3.594	.00	14.00
	Pratica	38	3.105	4.079	.00	18.00
<i>Ansiedade</i>	Não pratica	61	3.164	2.956	.00	12.00
	Pratica	38	2.921	3.686	.00	14.00
<i>Qualidade de vida física</i>	Não pratica	61	23.164	2.995	16.00	29.00
	Pratica	38	23.316	4.074	10.00	29.00
<i>Qualidade de vida psicológica</i>	Não pratica	61	18.016	2.453	10.00	23.00
	Pratica	38	18.868	3.370	9.00	25.00

5.2 Diferença de grupos

No que concerne à prática de exercício físico, o instrumento utilizado (IPAQ) não obtém nenhuma questão específica sobre se os participantes praticam, ou não, exercício físico. Assim sendo, selecionou-se a questão 1a “*Habitualmente, por semana, quantos dias faz atividades físicas vigorosas como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?*” para determinar quantos dos participantes praticam atividade física vigorosa. Os resultados da questão acima mencionada foram transformados em 0= não pratica; >0= pratica.

Os resultados descritivos apontam que 62% (n=62) não pratica qualquer atividade física vigorosa e 38% (n=38) pratica atividade física vigorosa.

Tabela 5: Resultados descritivos da prática de exercício físico vigoroso (N=100)

Exercício físico vigoroso	N	%
<i>Não Pratica</i>	62	62%
<i>Pratica</i>	38%	38%

5.3 Relação entre a atividade física vigorosa, autoestima, autoimagem e qualidade de vida física e psicológica

O teste de Correlação de Spearman's Rho, é um teste não paramétrico foi este o utilizado pois não houve uma normal distribuição dos dados. Os resultados apontam para uma correlação significativa positiva entre a prática de atividade física vigorosa e a autoestima ($r=.228$, $p>.05$), entre a autoestima e a autoimagem ($r=.300$, $p>.05$), entre a autoestima e a qualidade de vida física ($r=.347$, $p>.05$) e entre a autoestima e a qualidade de vida psicológica ($r=.504$, $p>.01$). Encontrou-se também uma relação significativa positiva entre a autoimagem e a qualidade de vida física ($r=.205$, $p>.05$) e entre a qualidade de vida física e a qualidade de vida psicológica ($r=.683$, $p>.01$). Todas as outras variáveis relacionam-se positivamente de forma não significativa.

Tabela 6: Relação entre a atividade física vigorosa, autoestima, autoimagem e a qualidade de vida física e psicológica

Variáveis	1.	2.	3.	4.
1.Atividade física vigorosa	-			
2.Autoestima	.228*	-		
3.Autoimagem	.057	.300*	-	
4.Qualidade de vida física	.081	.347*	.250*	-
5.Qualidade de vida psicológica	.189	.504**	.155	.683**

Nota: * $p>.05$; ** $p>.01$

5.3.1 Análise da variância

Utilizou-se o teste de homogeneidade de variância para analisar se os dados apresentam homogeneidade de variâncias. Todos os resultados de significância foram superiores a .05, o que permite concluir que as variâncias são homogêneas.

Tabela 7: Análise da homogeneidade de variâncias

Variáveis	Sig.
Autoestima	.296
Autoimagem	.493
Sintomatologia psicopatológica	.223
Stress	.580
Depressão	.648
Ansiedade	.190
Qualidade de vida física	.267
Qualidade de vida psicológica	.056

Nota: *sig.>0.05

Utilizou-se o teste ANOVA para verificar se existe variância entre o grupo que pratica exercício físico e aquele que não pratica. Todos os resultados demonstraram uma significância superior a .05, o que permite concluir que as médias diferem entre si e que existem diferenças entre os grupos.

Tabela 8: Análise da variância

Variáveis	Sig.
Autoestima	.296
Autoimagem	.705
Sintomatologia psicopatológica	.495
Stress	.565
Depressão	.458
Ansiedade	.719
Qualidade de vida física	.832
Qualidade de vida psicológica	.150

Nota: *sig.>0.05

5.4 Relação entre atividade física vigorosa e morbidade psicológica

O teste de Correlação de Spearman's Rho, é um teste não paramétrico foi este o utilizado pois não houve uma normal distribuição dos dados. Os resultados apontam para uma correlação significativa positiva entre o stress e a sintomatologia psicopatológica ($r=.767$, $p.>.01$), entre a ansiedade e a sintomatologia psicopatológica ($r=.660$, $p.>.01$) e

entre a depressão e a sintomatologia psicopatológica ($r=.799$, $p>.01$). Verificou-se também uma relação significativa positiva entre a ansiedade e o stress ($r=.748$, $p>.01$), entre a depressão e o stress ($r=.747$, $p>.01$) e entre a depressão e a ansiedade ($r=.671$, $p>.01$).

No que concerne à relação da morbilidade psicológica com a atividade física vigorosa, os resultados demonstraram uma relação negativa não significativa.

Tabela 9: Relação entre atividade física vigorosa e morbilidade psicológica

Variáveis	1.	2.	3.	4.
1.Atividade física vigorosa	-			
2.Sintomatologia psicopatológica	-.106	-		
3.Stress	-.097	.767**	-	
4.Ansiedade	-.128	.660**	.748**	-
5.Depressão	-.141	.799**	.747**	.671**

Nota: ** $p>.01$

6 Discussão de resultados

O presente estudo teve como objetivos avaliar se existem diferenças entre o grupo que pratica exercício físico e o que não pratica ao nível da autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida e analisar a relação entre o exercício físico, autoestima, autoimagem, morbilidade psicológica e qualidade de vida. Com a análise de resultados pôde concluir-se que os participantes que praticam exercício físico apresentam maiores índices de autoestima, autoimagem e qualidade de vida física e psicológica. Relativamente à morbilidade psicológica, participantes que praticam exercício físico vigoroso apresentaram médias menores de sintomatologia depressiva, stress, ansiedade e depressão. No que concerne à prática de exercício físico, os resultados obtidos demonstram que a média de tempo sentado durante a semana é de 6 horas e 6 minutos e 5 horas e 46 minutos durante o fim de semana. A média de tempo de atividade física vigorosa é de 1 hora e 41 minutos, de atividade física moderada é de 1 hora e 31 minutos e apenas 52 minutos de caminhada. No total da amostra, indivíduos que praticam exercício físico obtiveram valores mais altos de autoestima, autoimagem e qualidade de vida física e psicológica, bem como valores mais baixos de *stress*, depressão e ansiedade.

Relativamente à relação entre a atividade física vigorosa, autoestima, autoimagem e qualidade de vida física e psicológica, evidenciou-se uma relação significativa positiva entre a prática de atividade física vigorosa e a autoestima, entre a autoestima e a autoimagem, entre a autoestima e a qualidade de vida física e entre a autoestima e a qualidade de vida psicológica. Encontrou-se também uma relação significativa positiva entre a autoimagem e a qualidade de vida física e entre a qualidade de vida física e a qualidade de vida psicológica. No que diz respeito à relação entre o exercício físico e a morbilidade psicológica foi possível concluir que a sua relação é negativa não significativa. No entanto denotaram-se relações significativas entre a sintomatologia psicopatológica e o *stress*, a ansiedade e a depressão, entre a ansiedade e o *stress*, entre a depressão e o *stress* e entre a depressão e a ansiedade.

Os resultados conseguidos com este estudo vão de encontro ao que era esperado, visto que, segundo a literatura consultada é evidente a grande relação entre a imagem corporal e o exercício físico. Turtelli, Tavares, Duarte (2002) citam que a imagem corporal e o exercício físico se influenciam a todo o momento, e o desenvolvimento da imagem corporal depende dos movimentos, das experiências e das tentativas realizadas para conhecimento do próprio corpo. Quanto mais positiva a relação do corpo com o meio

externo, mais confiantes os indivíduos se tornam para a prática de exercícios físicos. (Silva, Venditti-Junior & Miller, 2004; Matsuo, Velardi, Brandão & Miranda, 2007). A prática de exercício físico surge então como uma forma de modelagem corporal física do ser humano que proporciona ao mesmo melhorias de autoimagem, autoconceito e autoconfiança (Coutinho, 2001).

Segundo Araújo e Araújo (2000), a prática regular de atividades físicas e os benefícios da aptidão física associam-se a uma menor mortalidade e a uma melhor qualidade de vida em populações adultas. A participação em programas de exercícios contribui para o aumento da qualidade de vida percebida pelo sujeito. Estudos relataram que a prática de exercícios aumenta a percepção da qualidade de vida de pessoas acometidas por sintomas depressivos (Barbanti, 2010; Brunoni, Leticia & Colaboradores, 2015). Os principais benefícios associados à prática de atividade física, de acordo com Matsudo, Matsudo e Neto (2000) são os aspetos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. No que diz respeito aos aspetos psicológicos, os mesmos autores afirmam que a atividade física promove uma melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, bem como uma diminuição do *stress*, da ansiedade e uma diminuição do consumo de medicamentos. Num estudo de Macedo, Garavello, Oku, Miyagusuku, Agnoll e Nocetti (2012), sobre os benefícios do exercício físico para a qualidade de vida, demonstrou-se que ocorreu melhoria significativa na QV em ambos os géneros praticantes de exercício físico, quando comparados com indivíduos sedentários.

Neste sentido, o exercício físico segundo Martins, Mello e Tufik (2001) é bastante importante no que diz respeito à promoção da saúde e melhoria da QV, diminuindo os riscos de desenvolvimento de doenças crónicas e revelando-se um fator chave para aumentar a longevidade. Guedes e Guedes (1995) também afirmam que a prática de exercício físico habitual, além de promover a saúde, influencia a reabilitação de determinadas patologias associadas ao aumento dos índices de morbilidade e da mortalidade.

Nas implicações do presente estudo, é importante ressaltar que o exercício físico está bastante relacionado com a forma como o individuo se percebe, bem como na sua qualidade de vida, pelo que se torna bastante importante promover a atividade física, bem como programas de motivação para a mesmas, visto que os indicadores que apontam para a existência de uma elevada prevalência de sedentarismo em Portugal são diversos. Na Europa, numa recente avaliação epidemiológica, estima-se que 87,8% dos Portugueses

são sedentários, inserindo-se Portugal no conjunto dos países do Sul da Europa com mais elevadas taxas de sedentarismo (Teixeira, Sardinha & Barata, 2008).

O presente estudo possui algumas limitações que é necessário ter em conta em investigações futuras, como por exemplo, tratar-se de um estudo transversal o que não permite fazer inferências causais. Assim, aconselha-se a implementação de estudos longitudinais que permitirão estudar indivíduos em espaços temporais diferentes. Uma outra implicação foi a utilização do instrumento IPAQ para avaliar os níveis de prática de exercício físico dos participantes. Como o instrumento não permite a obtenção de um total relativo à prática de exercício foi necessário selecionar apenas a pergunta relativa à quantidade de dias é que os participantes praticavam atividade física vigorosa. É preciso também ter em conta que não é possível fazer generalização dos resultados visto que os questionários foram aplicados apenas numa universidade do distrito de braga. A amostra é restrita apenas a mulheres, com uma média de idades de 22.44 anos, pelo que se torna importante realizar um estudo mais abrangente no que diz respeito à amostra.

Não obstante às limitações encontradas, o presente estudo permitiu verificar que a atividade física leva a maiores índices de autoestima, autoimagem, qualidade de vida física e qualidade de vida psicológica. Apesar de ter sido encontrada uma relação negativa não significativa entre a atividade física e a morbilidade psicológica, concluiu-se que praticantes de atividade física demonstram valores menores de *stress*, depressão e ansiedade.

7 Referências Bibliográficas

- Abrantes, H. A. (1998). Satisfação com a imagem corporal, auto-estima e actividade física: estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto. Universidade do Porto.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Andrade, D., & Angerami, E. L. S. (2001) A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Revista Latino-am Enfermagem*, 9(6), 37-41.
- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, S., Mello, M., & Leite, J. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2), 164-171.
- Barbanti, E. J. (2010) Avaliação da eficiência e eficácia da prática de dois tipos de exercícios aeróbicos e alongamento na qualidade de vida no tratamento da depressão. *Educação física em revista*, 4 (3), 1-15.
- Batista, P. M. F. (1995). Satisfação com a imagem corporal e a auto-estima: estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto. Universidade do Porto.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high selfesteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *American Psychological Society*, 4(1), 1-44.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia, M. C. S., & Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 5(3), 322-327
- Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45, 401–415. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.07.017.
- Brown, D., Balluz, L., Heath, G., Moriarty, D., Ford, E., Giles, W., & Mokdad, A. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Preventive Medicine*, 37, 520–528. doi: 10.1016/S0091-7435(03)00179-8.

- Brownson, R. C., Boehmer, T. K., & Luke, D. A. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annual Review Public Health*, 26, 421- 43.
- Brunoni, Letícia e colaboradores. (2015). Treinamento de força diminui os sintomas depressivos e melhora a qualidade de vida relacionada a saúde em idosas. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 29(2), 189-196.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian*, 171-190.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2):126-31.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O Conceito de Ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 21(2), 171-178.
- Collingwood, T., R. (1972). The effects of physical training upon behavior and self-attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 583-585.
- Cordioli, A. (2010). Psicofármacos nos transtornos mentais. *Porto Alegre: Artmed*.
- Crone, D., Smith, A., & Gough, B. (2006) The Physical Activity and Mental Health Relationship – A Contemporary Perspective From Qualitative Research. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis*, 36(3).
- Cruz, J., Machado, P. & Mota, M. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. *Manual de Psicologia do Desporto*, 91-116.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. 2004. Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Lisboa: Ministério da Saúde*.
- Dragan, A. & Akhtar-Danesh, N. (2007). Relation between body mass index and depression: A structural equation modeling approach. *Medical Research Methodology*, 7 (17), 1-8.

- Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 139-148.
- Edwards, S. D. Ngcobo, H., Edwards, D. J., & Palavar, K. (2005). Exploring the relationship between physical activity, psychological well-being and physical self-perception in different exercise groups. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 27(1), 59-74.
- Elizondo-Armendariz, J. J., Grima F. G., & Ontoso, I. A. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 559-67.
- European Commission (2014). Sport and physical activity report: Special Eurobarometer 412. Brussels: Directorate-General for Education and Culture.
- Faria, L., Pepi, A., & Alesi, M. (2004). Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise psicológica*, 22(4), 747-764.
- Godoy, R. (2002). Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento*, 8(2), 7-16.
- Gomes, R., Gonçalves, R., & Costa, J. (2015). Exercise, eating disordered behaviors and psychological well-being: A study with Portuguese adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 66-74.
- Gotova, Z. (2015). Sport for all, a prerequisite for longevity, health and wellbeing of all age people. *Activities in Physical Education e Sport*, 5(1), 117-120.
- Gouveia, V. V., Singelis, T. M., Guerra, V. M., Santos, W. S., & Vascomcelos, T. C. (2005). Auto Imagem e sentimento de constrangimento. *Psico*, 36(3), 231-241.
- Guedes, D. P., Guedes, J. E. (1995) "Atividade Física, Aptidão Física e Saúde". *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 1(1), 1835.
- Hagstromer, M., Oja, P., & Sjostrom, M. (2006). The international physical activity questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity.
- Hall, E., Ekkakis, P. P., & Petruzzello, S. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited. *British Journal of Health Psychology*, 7, 47-66.
- Hamachek, D. (1986). Enhancing the self's psychology by improving fitness physiology. *Journal of Human Behavior and Learning*, 3(3), 2-12.

- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Jackson, S. A., Thomas, P. R., Marsh, H. W., & Smethursts, C. J. (2001). Relationships between flow, selfconcept, psychological skills, and performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 129-153.
- Kashima, Y., Yamaguchi, S., Kim, U., Choi, S. C., Gelfand, M. J. & Yuki, M. (1995). Culture, gender, and self: A perspective from individualism-collectivism research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 925-937.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, 1(1): 13-15.
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294-305.
- Leite, A., Paul, C., & Sequeiros, J. (2006). O bem-estar psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2):82-88.
- Leith, L. M. (1994). Exercise and self-concept/self-esteem. Foundations of exercise and mental health. *Morgantown: Fitness information technology*.
- Linde, J., Jeffery, R., Finch, E., Simon, G., Ludman, E., Operskalski, B., Ichikawa, L., & Rohde, P. (2007). Relation of body mass index to depression and weighing frequency in overweight women. *Preventive Medicine*, 45, 75-79.
- Macedo, C. S. G., Garavello, J. J., Oku, E. C., Miyagusuku, F. H., Agnoll, P. D., & Nocetti, P. M. (2012) Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física; Saúde*, 8(2), 19-27.
- Macedo, E. (2012). Domínio relações sociais da qualidade de vida: um foco de intervenção em pessoas com doença de humor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 19-24.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marques-Vidal, P., & Dias, C. M. (2005). Trends in overweight and obesity in Portugal: The National Health Surveys 1995- 6 and 1998-9. *Res*, 13(7), 1141-5.
- Martins, P. J., Mello, M. T., Tufik, S. (2001) Exercício e sono. *Revista Bras Med Esporte*. 7(1).

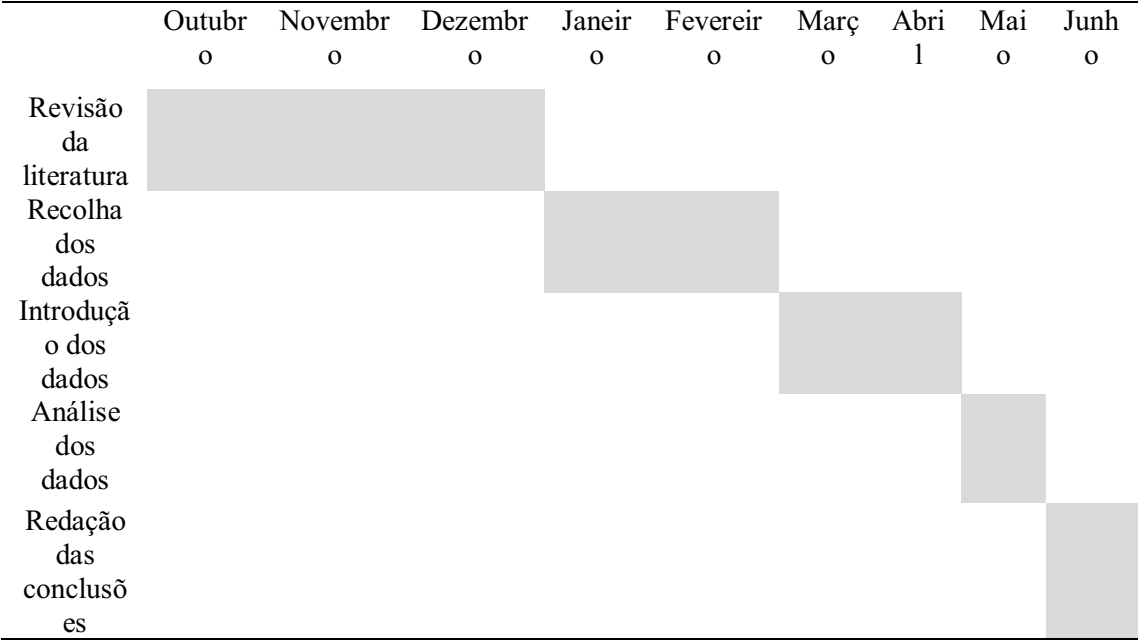
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Neto, T. L. B. (2000) Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5 (2), 60-76.
- Matsuo, R. F., Velardi, M., Brandão, M. R. F. & Miranda, M. L. J. (2007). Imagem corporal de idosas e atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 6(1), 37-43.
- Mcauley, E. (1994). Physical activity and psychological outcomes. In C. Bouchard, R. Shephard & T. Stephens (eds.). *Physical activity, fitness and health*, 37, 551-558.
- Mukamal, K. J., Ding, E. L., & Djoussé, L. (2006). Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: a population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*, (6), 118.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, 31-49.
- Pate, R. R. (1990). Health and fitness through Physical Education: research direction for the 1990s. American Academy of Physical Education Papers: New Possibilities, New Paradigms? *Champaign: Human Kinetics*, 62-9.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard C, Buchner, D, Ettinger, W., Heath, G. W., King, A. C. (1995) Physical activity and public health - a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-7.
- Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989). From self- conceptions to self-worth: On the sources and structures of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672-680.
- Petruzzello, D., Landers, D., Hatfield, B., Kubitz, K., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, 11(3), 143-82.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028-1039.
- Programa Nacional para a Saúde Mental e Direção de Serviços de Informação e Análise (2013) Portugal – Saúde Mental em números – 2013. *Lisboa, Direção Geral de Saúde*.

- Rejeski, W. J., Brawley, L. R., & Shumaker, S. A. (1996). Physical activity and healthrelated quality of life. *Exercise and Sport Sciences Review*, 24, 71-108.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia. Saúde & doenças*, 2229-239.
- Ribeiro, M. F. M., Porto, C. C., & Vandenberghe, L. (2013). Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1705-1715.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Princeton: Princeton University Press*.
- Sampaio, D., Figueira, M. L., Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. *Lisboa, Lidel*. 59-77; 402-405.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (1990). Social support: an interactional view. *New York: John Wiley*.
- Sherwood, N. E., & Jeffery, R. W. (2000). The behavioral determinants of exercise: Implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 20, 21-44.
- Silva, A., Vaz, C., Areias, M. E., Vieira, D., Proença, C., Viana, V., Moura C., & Areias, J. (2011). Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiology in the Young*, 21, 670-676.
- Silva, R. F., Venditti-Junior, R. V. & Miller, J. (2004). Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder. Contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia. *Revista Digital*, 68.
- Silva, S. L. M. (1998). Efeitos da actividade física na promoção do auto-conceito: dimensões física, social e de auto-estima global. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto. Universidade do Porto.
- Singelis, T. M. (1994) The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 581-591.
- Sousa, L., Galante H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e Bem-Estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3):364-71.

- Taveira, M. C. (1999). Intervenção precoce no desenvolvimento vocacional. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1, 173 – 190.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 506-520.
- Turtelli, L. S., Tavares, M. C. G. C. F. & Duarte, E. (2002). Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. *Revista Brasileira Ciências do Esporte*, 24(1), 151-166.
- Varo, J. J., Martinez-Gonzalez, M. A., De Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M., & Martínez, J. A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32(1), 138-46.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, B., Tessier, S., Oppert, J., Hercberg, S., Guillemin, F., & Briancon, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 41, 562–569.. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.01.006.
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–809.
- Werneck, F., Filho, M., & Ribeiro, L. (2006). Efeitos do Exercício Físico sobre os estados de humor: uma revisão. *Revista Brasileira de Psicologia do Desporto e do Exercício*, 0, 22-54.

ANEXOS

Anexo I - Cronograma



Anexo II – Questionário Sociodemográfico

Dados Pessoais de Identificação:

1. Idade: _____
2. Sexo: F____ M____
3. Ano _____ Curso _____
4. Nacionalidade _____
- 5-Estado civil:
Solteiro____ Casado____ Divorciado/Separado____ União de facto____ Viúvo____
6. Com quem vive:
Pais____ Outros familiares (tios, avós, irmãos)____ Amigos____ Sozinho____ Residência universitária____ Outros Quais? _____
7. Estatuto profissional:
Empregado____ Desempregado____ Estudante____

Caracterização do Agregado Familiar:

1. Nº de elementos que compõem o agregado familiar: _____
2. Habilitações literárias dos pais:

	Pai	Mãe
1º Ciclo	_____	_____
2º Ciclo	_____	_____
3º Ciclo	_____	_____
Ensino Secundário	_____	_____
Ensino Superior	_____	_____

3. Vencimento mensal:

Pai

<600€____ 600€ a 750€____ 750€ a 1000€____ 1000€ a 1300€____ >1300€____

Mãe

<600€____ 600€ a 750€____ 750€ a 1000€____ 1000€ a 1300€____ >1300€____

4. Situação face ao emprego:

	Pai	Mãe
Empregado	_____	_____
Desempregado	_____	_____

Anexo III – BSI – Brief Symptom Inventory

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☐	☐	☐
8. Medo na rua ou praças públicas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
11. Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ter impulsos que não se podem controlar	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não ter interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sentir-se atemorizado	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	☐	☐	☐	☐	☐
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
25. Dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sensação de que lhe falta o ar	☐	☐	☐	☐	☐
30. Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sensação de anestesia (encortçamento ou formigueiro) no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	☐	☐	☐	☐	☐
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
37. Falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	☐	☐	☐	☐	☐
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☐	☐	☐
46. Entrar facilmente em discussão	☐	☐	☐	☐	☐
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo IV – IPAQ – International Physical Activity Questionnaire

Estamos interessados em conhecer os níveis de actividade física habitual dos Portugueses. As suas respostas vão ajudar-nos a compreender o quanto activos somos. As questões referem-se ao tempo que dispense na actividade física numa semana. Este questionário inclui questões acerca de actividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, actividades referentes à casa ou ao jardim e actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As suas respostas são importantes. Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.

Obrigado pela sua participação

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividade física vigorosa refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.

Actividade física moderada refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Habitualmente, por semana, quantos dias faz actividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto tempo costuma fazer actividade física vigorosa por dia?

___ horas ___ minutos

2a Normalmente, por semana, quantos dias faz actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto tempo costuma fazer actividade física moderada por dia?

___ horas ___ minutos

3a Habitualmente, por semana, quantos dias **caminha** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

____ dias por semana
____ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto tempo costuma caminhar por dia?

____ horas ____ minutos

3c A que passo costuma caminhar?

____ Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;

____ Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

____ Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo em que está sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de semana**?

____ horas ____ minutos

4b Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de fim-de-semana**?

____ horas ____ minutos

Anexo V – Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTO-ESTIMA (Rosenberg, 1965)

Adaptação efectuada por José Pedro Leitão Ferreira (2001), a partir da *Rosenberg Self-Esteem Scale* elaborada por Morris Rosenberg (1965).

Para cada item faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

	Concordo completamente	Concordo	Discordo	Discordo completamente
1. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	☐	☐	☐	☐
2. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	☐	☐	☐	☐
3. Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	☐	☐	☐	☐
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	☐	☐	☐	☐
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	☐	☐	☐	☐
6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a)	☐	☐	☐	☐
7. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	☐	☐	☐	☐
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	☐	☐	☐	☐
9. Sinto-me por vezes inútil.	☐	☐	☐	☐
10. Por vezes penso que não sou nada bom (a).	☐	☐	☐	☐

Anexo VI – WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo VII – EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EADS-21 - Nome		Data ____/____/____			
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. <i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1-aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

Anexo VIII – Escala de Autoimagem

INSTRUÇÕES: Este é um questionário que mede uma variedade de sentimentos e comportamentos em diversas situações. A seguir é apresentada uma série de afirmações. Leia cada uma como se referisse a você. A seu lado escreva o número que melhor expressa seu nível de acordo ou desacordo. Por favor, responda a todas as afirmações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortement e	Discordo	Discordo um pouco	Nem concordo ne discordo	Concordo um Pouco	Concordo	Concordo Fortement e

01. ____ Gosto de ser única e diferente das outras pessoas em muitos aspectos.
02. ____ Sinto-me mais à vontade tratando a alguém por “você”, ainda que seja muito mais velho que eu.
03. ____ Mesmo quando discordo fortemente dos membros do grupo, evito um confronto.
04. ____ Respeito as pessoas de autoridade com as quais mantenho interação
05. ____ Faço as minhas próprias coisas, independentemente do que pensam as outras pessoas.
06. ____ Respeito as pessoas que são modestas.
07. ____ Sinto que é importante para mim agir como uma pessoa independente.
08. ____ Sacrificarei meu próprio interesse em benefício do grupo em que estou.
09. ____ Prefiro dizer “não” diretamente do que me arriscar a ser mal interpretado.
10. ____ É importante para mim ter uma grande imaginação.
11. ____ Levaria em consideração o conselho dos meus pais com respeito aos meus estudos ou à minha profissão.
12. ____ Sinto que o meu destino se mistura com o destino daqueles que me rodeiam.
13. ____ Prefiro ser direta e clara quando lido com pessoas que pouco conheço.
14. ____ Sinto-me à vontade quando colaboro com os demais.
15. ____ Sinto-me à vontade se sou indicada para receber um elogio ou um prêmio.
16. ____ Se o meu irmão ou a minha irmã fracassasse, eu sentir-me-ia responsável.
17. ____ Frequentemente tenho a sensação de que a minha relação com as outras pessoas é mais importante que as minhas próprias realizações.
18. ____ Dirigir-me às outras pessoas numa aula (ou numa reunião) não é um problema para mim.
19. ____ Ofereceria o meu lugar num autocarro ao meu professor (ou chefe).
20. ____ Comporto-me da mesma maneira esteja com quem esteja.

21. ____ A minha felicidade depende da felicidade dos que me rodeiam.
22. ____ Valorizo estar bem de saúde acima de tudo.
23. ____ Permanecerei num grupo se necessita de mim, ainda que não esteja feliz com ele.
24. ____ Tento fazer o que é melhor para mim, independentemente de como poderia afetar as outras pessoas.
25. ____ Ser capaz de me cuidar é um interesse principal na minha vida.
26. ____ É importante para mim respeitar as decisões tomadas pelo grupo.
27. ____ É muito importante para mim que a minha identidade pessoal não dependa das outras pessoas.
28. ____ É importante para mim manter a harmonia dentro do meu grupo.
29. ____ Comporto-me da mesma maneira em casa e na escola (ou no trabalho).
30. ____ Geralmente faço o que as outras pessoas querem fazer, ainda quando gostaria de fazer algo diferente.