



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**  
**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**  
**“LUÍS DE CAMÕES”**

**IMPACTO DA ATIVIDADE FÍSICA NA RESILIÊNCIA E REGULAÇÃO  
EMOCIONAL EM IDOSOS**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Diana Luísa Ribeiro Diogo

Orientadora: Professora Doutora Catarina de Oliveira Tomé Lopes Pires

Número da candidata: 30001147

**Abril de 2023**

**Lisboa**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais e avós.

Ao meu pai, pelos valores que me incutiu, pelo incentivo que me deu nos momentos mais difíceis que decorreram durante este trabalho, essencial para que eu não desistisse ao primeiro obstáculo.

À minha mãe, por me ter proporcionado momentos de reflexão e de descanso, alertando-me para essa necessidade, o que contribuiu para que eu recuperasse a minha energia e ânimo.

Às minhas avós, pelas palavras de conforto e motivação, colocadas no momento certo.

Aos meus avôs paternos e à minha bisavó Isabel, que embora não se encontrem neste plano terreno, para sempre estarão presentes em mim enquanto eu por aqui permanecer.

Aos professores e professoras que me marcaram positivamente com os seus ensinamentos e humanismo. Em especial, à Prof.<sup>a</sup> Catarina Tomé Pires e à Prof.<sup>a</sup> Genta Kulari, que se mostraram disponíveis ao longo do desenvolvimento deste trabalho e me transmitiram otimismo para prosseguir adiante.

Às instituições que me receberam de braços abertos, aceitando prontamente em colaborar na investigação.

E por último, mas não menos importante, agradeço a todos as pessoas com quem me cruzei e com quem tanto aprendi, pela confiança que depositaram no meu trabalho e pelos momentos de sabedoria e comunhão que me proporcionaram, os quais guardarei com todo o carinho.

A todos estes, o meu sincero obrigado.

## RESUMO

Ao longo do processo de envelhecimento humano, podem surgir diversas condições de saúde, havendo para tal alguns meios percebidos como soluções de auxílio. A atividade física (AF) pode ser considerada uma resposta, pelos inúmeros benefícios que implica na saúde geral, cujo fim poderá ser o da vivência de um envelhecimento bem-sucedido. Contudo, nem sempre são atingidos os níveis de prática recomendados, sendo isto justificado por vários fatores, como o contexto pandêmico que abrangeu medidas que impactaram a realização da prática de AF. O objetivo deste estudo foi investigar o impacto que a AF tem na regulação emocional e resiliência em idosos praticantes e em não praticantes. Ainda, pretendeu-se conhecer os níveis da prática nos períodos pré-covid e atual. A amostra foi composta por 60 participantes (30 praticantes de AF regular e 30 não praticantes). Ambos os grupos responderam aos questionários, respetivamente Mini-exame do Estado Mental (MMSE), Questionário de Regulação Emocional, Escala de Resiliência para Adultos (ERA) e Atividade Física Habitual (BHPAQ). Os resultados revelaram diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao fator de Resiliência, Planeamento do Futuro, com valores superiores para o grupo de praticantes. Em relação às estratégias de regulação emocional usadas, não foram encontradas diferenças significativas. Verificou-se ainda que, à medida que a AF aumenta, aumentam os fatores de Resiliência, contudo diminui o uso das estratégias de regulação emocional, reavaliação cognitiva e supressão emocional. Ao descrever os níveis de prática de AF antes e no momento atual de pandemia, verificou-se que os praticantes já a teriam iniciado antes da ocorrência do surto de covid-19, mantendo-a atualmente, enquanto os não praticantes terão cessado a prática, após o início do surto. Posto isto, denotámos que a AF é um fator essencial para o idoso e poderá influenciar a sua resiliência, pelo que se torna necessário reforçar a constante sensibilização para a prática.

**Palavras-chave:** Atividade Física; Idoso; Resiliência; Regulação Emocional

## ABSTRACT

Throughout the human aging process, several health conditions may arise, and there are some means perceived as helpful solutions. Physical activity (PA) may be considered an answer, due to the numerous benefits it implies in general health, whose purpose may be to experience a successful ageing. However, the recommended levels of practice are not always achieved, this being justified by several factors, such as the pandemic context that encompassed measures that impacted the achievement of PA practice. The aim of this study was to investigate the impact that PA has on emotional regulation and resilience in elderly practitioners and non-practitioners. In addition, we intended to know the levels of practice in the pre-covid and current periods. The sample was composed by 60 participants (30 regular PA practitioners and 30 non-practitioners). Both groups answered the questionnaires, respectively Mini-Mental State Examination (MMSE), Emotional Regulation Questionnaire, Resilience Scale for Adults (RSA) and Habitual Physical Activity (BHPAQ). The results revealed significant differences between both groups regarding the Resilience factor, Planning for the Future, with higher values for the group of practitioners. In relation to the emotional regulation strategies used, no significant differences were found. We also found that, as PA increases, the Resilience factors increase, but the use of emotional regulation strategies, cognitive reappraisal and emotional suppression decreases. When describing the levels of PA practice before and at the current pandemic moment, we found that PA practitioners had already started it before the occurrence of the covid-19 outbreak and currently maintain it, while the non-practitioners have ceased the practice after the outbreak. Therefore, we denoted that PA is an essential factor for the elderly and may influence their resilience, so it becomes necessary to strengthen the constant awareness raising for the practice.

**Keywords:** Physical Activity; Elder; Resilience; Emotional Regulation

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| AGRADECIMENTOS .....  | I   |
| RESUMO .....  | II  |
| ABSTRACT .....  | III |
| ÍNDICE .....  | IV  |
| Índice de Anexos .....  | VI  |
| Índice de Tabelas .....   | VII |
| INTRODUÇÃO .....  | 8   |
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....  | 10  |
| 1. Envelhecimento .....   | 11  |
| 1.1. Envelhecimento ativo .....   | 13  |
| 2. Psicologia do desporto e do exercício físico .....                             | 15  |
| 3. Atividade Física (AF) .....  | 16  |
| 3.1. Definição de AF .....  | 16  |
| 3.2. AF e exercício físico .....  | 17  |
| 3.3. Benefícios da AF em Idosos .....   | 17  |
| 3.4. AF contexto (exterior vs. interior) e estrutura (individual vs. grupo) ..... | 22  |
| 4. Resiliência .....  | 23  |
| 4.1. AF e Resiliência .....   | 26  |
| 5. Regulação Emocional .....  | 27  |
| 5.1. AF e Regulação Emocional .....   | 29  |
| 6. Impacto do <i>Covid-19</i> na prática de AF.....                               | 30  |
| 7. Objetivos e Hipóteses .....  | 32  |
| PARTE II - MÉTODO .....   | 34  |
| 8. Desenho de investigação .....  | 35  |
| 8.1. Participantes .....  | 35  |
| 8.2. Instrumentos .....   | 36  |
| 8.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE) .....                                 | 36  |
| 8.2.2. Questionário Sociodemográfico .....  | 37  |
| 8.2.3. Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire (BHPAQ).....               | 37  |
| 8.2.4. Escala de Resiliência para Adultos (ERA) .....                             | 38  |
| 8.2.5. Questionário de Regulação Emocional (ERQ) .....                            | 40  |

|   |    |
|---|----|
| 8.3. Procedimentos .....  | 41 |
| 8.4. Análise de Dados .....   | 42 |
| PARTE III – RESULTADOS .....  | 44 |
| 9. Estatística Descritiva .....   | 45 |
| 9.1. Variáveis sociodemográficas .....  | 45 |
| 9.2. Variáveis de estudo .....  | 48 |
| 9.3. Estatística Inferencial .....  | 50 |
| 9.3.1. Diferenças entre o grupo de praticantes vs. o grupo de não praticantes .....           | 50 |
| 9.3.2. Associações entre a AF, regulação emocional e resiliência no grupo de praticantes..... | 51 |
| PARTE IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....   | 53 |
| 10. Discussão.....  | 54 |
| 10.1. Conclusão .....   | 58 |
| REFERÊNCIAS .....   | 60 |
| ANEXOS.....   | 71 |

## Índice de Anexos

|   |    |
|---|----|
| Anexo 1: Questionário Sociodemográfico .....  | 72 |
| Anexo 2: Mini Mental State Examination (MMSE) .....   | 74 |
| Anexo 3: Questionário de Regulação Emocional (ERQ).....                                       | 77 |
| Anexo 4: Autorização da autora que adaptou ERQ à população portuguesa.....                    | 78 |
| Anexo 5: Escala de Resiliência para Adultos (ERA) .....                                       | 79 |
| Anexo 6: Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke).....                               | 81 |
| Anexo 7: Autorização dos autores que validaram e adaptaram Baecke à população portuguesa..... | 84 |
| Anexo 8: Consentimento Informado .....  | 85 |

## Índice de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1: Consistência interna dos instrumentos .....                         | 41 |
| Tabela 2: Teste de normalidade .....  | 43 |
| Tabela 3: Características sociodemográficas do grupo de praticantes .....     | 46 |
| Tabela 4: Características sociodemográficas do grupo de não praticantes ..... | 47 |
| Tabela 5: Variáveis de estudo .....   | 49 |
| Tabela 6: Estatísticas de teste (Mann-Whitney U) .....                        | 50 |
| Tabela 7: Postos (Mann-Whitney U) .....                                       | 50 |
| Tabela 8: Correlações entre a AF, resiliência e a regulação emocional .....   | 52 |



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, observa-se que quase um quarto da população tem mais de 65 anos de idade, cerca de 23,4% (Azevedo, 2022), o que torna relevante a implementação de um estilo de vida saudável para uma melhoria significativa na qualidade de vida desta população, já que o processo de envelhecimento origina danos moleculares e celulares, resultando, assim, no declínio geral da capacidade intrínseca de cada indivíduo (OMS, 2015). Pessoas que praticam de forma regular AF beneficiam de uma melhor saúde a vários níveis, nomeadamente, físico, psicológico, emocional e social, possibilitando a redução ou reversão de determinadas condições de saúde (Faustino & Neves, 2020; de Godoy, 2002). Concretamente, podemos destacar que a nível emocional, a AF permite a redução de ansiedade e depressão, melhora a sensação de bem-estar e minimiza, ainda, estados de tensão (de Godoy, 2002). Particularmente no que diz respeito à regulação emocional, cujo conceito se relaciona com processos pelos quais as emoções são reguladas (Gross & Thompson, 2007), as investigações existentes sobre a influência da AF regular nesta variável, são ainda escassas (Bahmani et al., 2020). A nível psicológico, a AF pode favorecer a resiliência, nomeadamente em idosos ativos (Ávila, 2016). Na atualidade, o constructo de resiliência não apresenta uma definição universal, no entanto, pode ser definida como a capacidade de ultrapassar obstáculos e experienciar resultados positivos, ainda que, tenha ocorrido um evento adverso (Vella & Pai, 2019).

Apesar da extensa e bem documentada literatura sobre os benefícios da AF, percebemos que apenas uma pequena percentagem de adultos mais velhos se compromete à prática de exercício físico regular e atividades desportivas (Andrieieva et al., 2019). Mudanças no estilo de vida, impostas pelo contexto pandémico, pode ter sido um fator para a redução dos níveis de AF, nomeadamente durante o período de quarentena, prejudicando-se assim a saúde física dos idosos (Oliveira et al., 2022). Este estudo visa compreender de que forma a atividade física influencia a resiliência e a regulação emocional de praticantes idosos, bem como, perceber se há uma associação positiva entre atividade física, resiliência e regulação emocional. Pretendemos assim, contribuir para a literatura existente sobre os benefícios da atividade física nesta população em especial, visando uma perspetiva de envelhecimento saudável em detrimento de uma perspetiva de envelhecimento patológico.

Neste sentido, este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes: a primeira parte abrange o enquadramento teórico, sendo abordado o Envelhecimento, a Psicologia do Desporto e do exercício físico, AF e os seus benefícios, as variáveis resiliência e regulação emocional e sua relação com AF, bem como, o impacto do *covid-19* na prática da atividade física regular. A segunda parte apresenta a metodologia do estudo, a terceira parte refere-se aos resultados adquiridos e por fim, a quarta parte, refere-se à discussão e conclusão do trabalho.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Envelhecimento

O envelhecimento humano pode ser definido como um processo natural, que desencadeia mudanças bioquímicas, morfológicas, psicológicas e funcionais, que podem comprometer a autonomia e adaptação do organismo ao meio, criando uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade a patologias várias (Macena et al., 2018). Além de mudanças do âmbito biológico, o envelhecimento humano traz também mudanças relativas ao desempenho de papéis sociais, posições sociais, como também a necessidade de gerir perdas de relações próximas (OMS, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018), é considerado idoso, aquele que possui idade cronológica a partir dos 65 anos de idade ou superior. Autores como Orimo et al. (2006), definiram fases entre estas idades, considerando que dos 65 aos 74 anos, a fase é considerada como inicial e a partir dos 75 anos de idade e superior, esta é percebida como uma etapa mais tardia de vida.

A classificação do envelhecimento pode ser realizada através de várias formas:

1) O Envelhecimento Primário, que expressa as alterações universais que surgem com a idade, independentemente de fatores como doenças ou influências ambientais; 2) O Envelhecimento Secundário, revelador de sintomas clínicos da doença, com base em fatores modificáveis, isto é, o sedentarismo, a exposição a determinados elementos do meio ambiente ou uma alimentação desadequada, por exemplo (Martins et al., 2021) e ainda 3) O Terciário ou terminal, que diz respeito a uma fase caracterizada por perdas cognitivas e físicas decorrentes dos efeitos do envelhecimento do organismo, bem como, doenças dependentes da idade (Birren & Schroots, 1996, cit. por Santos & Junior, 2014).

Não obstante, é pertinente ressaltar que a perda de capacidades muitas vezes associada ao processo de envelhecimento, encontra-se de forma vaga associada à idade cronológica do indivíduo. Isto quer dizer que, a diversidade de capacidades e necessidades de saúde do indivíduo não é aleatória, mas advém de acontecimentos ocorridos durante o curso de vida e com frequência, alteráveis (OMS, 2015). Segundo Martins et al. (2021), o que define saúde, doença, normal ou patológico, é o contexto no qual o sujeito se insere e as suas vivências, bem como, a sua percepção subjetiva relativa

ao processo de envelhecimento e à velhice.

Pela complexidade que comporta o envelhecimento humano e a sua caracterização, podemos compreendê-lo através de diferentes definições de idade além da idade cronológica, como a idade biológica, social e psicológica (Schneider & Irigaray, 2008). Neste sentido, 1) a idade cronológica mede a passagem do tempo ao longo de dias, meses e anos desde o nascimento do indivíduo; 2) a idade biológica define-se pelas mudanças mentais e corporais que se desenvolvem ao longo da maturação do organismo (Schneider & Irigaray, 2008). Quanto a 3) a idade social refere-se a estatutos e hábitos dos indivíduos relativamente a outras pessoas da sociedade e é fortemente determinada pela cultura (Hoyer & Roodin, cit. por Dardengo & Mafra, 2018). Por fim, 4) a idade psicológica, é definida como um conjunto de competências comportamentais através das quais o sujeito adapta-se ao meio que o circunda, ao longo da vida (Dardengo & Mafra, 2018).

Em Portugal, observa-se que a população se encontra cada vez mais envelhecida e este processo de envelhecimento, por sua vez, intensifica-se pela descida contínua da fecundidade (Páscoa & Gil, 2019). Sabe-se que atualmente, existem 182 idosos por cada 100 jovens e os dados revelam que quase um quarto da população portuguesa, possui mais de 65 anos de idade (23,4%) (Azevedo, 2022). Este envelhecimento da população portuguesa, deve-se a fatores além da redução da fecundidade, como a evolução das últimas décadas ao nível de modernização social e económica, das condições de vida e o acesso a cuidados de saúde, sendo que este envelhecimento é sobretudo feminino, também pela maior longevidade inerente às mulheres (Moreira, 2020).

## 1.1. Envelhecimento ativo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), define o envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. A ideia sobre o envelhecimento saudável ou bem-sucedido começou a ser divulgada nos finais dos anos 80 e envolvia ter em conta o bem-estar subjetivo, compreendido em capacidades comportamentais (sensoriais, cognitivas e motoras), satisfação psicológica e qualidade de vida (Trincas et al., 2008, cit. por Collinet & Delalandre, 2017). Os autores Faustino & Neves (2020), acrescentam que, o conceito de envelhecimento ativo também se debate sobre a participação social do idoso, de modo que, este seja percecionado além de aspetos somente orgânicos e qualificado como contribuinte e beneficiário de desenvolvimento social.

Relativamente ao processo de envelhecimento saudável, este abrange três principais componentes, sendo respetivamente: 1) a baixa probabilidade de doença e consequente debilidade, 2) uma elevada capacidade cognitiva e física e 3) um engajamento ativo com a vida. Além destes elementos, a potencialização do estado funcional e o desempenho físico são também considerados aspetos essenciais, pelas preocupações comuns dos adultos mais velhos, frequentemente associadas à função cognitiva, como a memória de curto-tempo e a aprendizagem (Rowe & Kahn, 1997). Um estudo transversal decorrido neste âmbito e realizado com uma amostra de 470 indivíduos residentes nos Estados Unidos com idades a partir dos 55 anos, permitiu compreender que esta amostra considerou que a saúde física e cognitiva, a funcionalidade, a espiritualidade, os recursos financeiros, a autodeterminação, a autonomia, aptidões de  *coping*  pessoais e relações sociais, são de extrema importância para a sua vivência de um envelhecimento saudável (Teater & Chonody, 2020). Sendo que, as dimensões de adaptação e  *coping* , bem como, a autodeterminação, foram consideradas pelos autores, auxiliares à mudança e adaptação ao processo de envelhecimento (mudanças corporais, manutenção de autonomia e independência) (Teater & Chonody, 2020).

Em suma, importa reter que o envelhecimento da população possibilita oportunidades para as pessoas envelhecerem de forma saudável, sendo assim considerado um indicador significativo não só em questões de sustentabilidade do sistema de pensões e recursos de saúde, mas também da necessidade de criar respostas no âmbito da ocupação, em diversos níveis de ação pública (Páscoa & Gil, 2019). Numa tentativa de dar respostas adequadas às especificidades da população idosa, existem vários estudos no domínio do envelhecimento saudável, que desenvolvem indicadores como a esperança de vida saudável (Moreira, 2020). Um fator apontado com frequência na literatura, é a atividade física (AF), considerada como um meio possível de prevenção ou contenção de um vasto leque de doenças, desde o cancro à osteoporose, obesidade, diabetes tipo 2, entre outras (Bauman et al., 2016; Elmagd, 2016).

A AF pode ser realizada em diferentes atividades do dia-a-dia, como no meio laboral, doméstico e recreação. Pelo que, o desempenho destas atividades de forma competente, assume relevância nas capacidades cognitivas e funcionais. Por isto, praticada regularmente entre os adultos mais velhos, associa-se a uma melhor saúde na velhice e longevidade (Faustino & Neves, 2022). Deste modo, a OMS (2015) considera com urgência a criação de ações de saúde pública na esfera do envelhecimento, referindo quatro áreas prioritárias de ação, como: 1) o alinhamento dos sistemas de saúde a esta população, 2) o desenvolvimento de sistemas de cuidados a longo-prazo, 3) a criação de ambientes que sejam favoráveis à população em causa e 4) o melhoramento da medição, monitoramento e compreensão, abrangendo vários setores e níveis de governo.

Um estudo quase-experimental realizado no Brasil, com uma amostra de adultos mais velhos com idades a partir dos 60 anos através de um programa de atividade física que decorreu ao longo de quatro meses e se focalizou em sessões semanais de ginástica com a duração de 50 minutos cada, permitiu concluir que ao nível de força, equilíbrio e flexibilidade, bem como, aptidão física dos participantes, os resultados foram favoráveis. De forma que, estes autores corroboram, reforçando que os idosos devem ser incentivados a uma maior participação em programas de atividade física, para a promoção de um envelhecimento ativo, visto promover benefícios na saúde (Bezerra et al., 2021).

## 2. Psicologia do Desporto e do Exercício Físico

A área da Psicologia do Desporto, foca-se no estudo da atividade física e é caracterizada como uma disciplina científica e área profissional, que por sua vez, se interessa pelos eventos competitivos e não competitivos do exercício e da saúde (Serpa, 2017). Em Portugal, as primeiras intervenções associadas à preparação e treino psicológico, surgiram na década de 70 com a vela e o judo (Serpa, 2017).

Enquanto disciplina científica, a Psicologia do Desporto decorre do desenvolvimento académico de universidades ligadas às Ciências do Desporto, Educação Física e Motricidade Humana. Enquanto área profissional, associa-se à prática da Psicologia por profissionais cuja especialização se centra no trabalho com atletas e elementos associados ao desporto ou exercício (Araújo & Serpa, 2004). Na atualidade, é possível observar vários domínios desta área, bem como, intervenções de técnicos, no âmbito da dinâmica de grupos, aprendizagem e aperfeiçoamento de habilidades motoras, psicologia do treino, psicologia do exercício, entre outros (Serpa, 2017).

O papel desempenhado pelo Psicólogo do desporto, pode debater-se sobre as seguintes áreas: investigação, formação de agentes desportivos, avaliação psicológica, análise das condições de prática, otimização do rendimento, aconselhamento psicológico, mediação de conflitos interpessoais, consultoria em processos de tomada de decisão e estabelecimento de programas dirigidos à sociedade (Serpa, 2017).

Relativamente à Psicologia do exercício físico, o interesse neste domínio decorreu do pressuposto de que o comportamento sedentário possui antecedentes psicológicos de relevância e efeitos negativos na saúde, não somente física como psicológica (Leitão & Cid, 2013). Apresenta um enfoque nos fatores psicológicos relacionados aos antecedentes da participação no exercício físico, como a adesão e manutenção, bem como, as suas consequências emocionais e cognitivas (Leitão & Cid, 2013). São definidas 3 áreas de estudo e intervenção da psicologia do exercício físico, respetivamente: 1) determinantes psicológicos do exercício físico; 2) intervenções para aumentar a realização de exercício físico e 3) envolvimento na atividade física e saúde mental ou bem-estar psicológico (Biddle & Fuchs, 2009, cit. por Leitão & Cid, 2013).



Apesar da relevância e alvo de interesse crescente que este âmbito da Psicologia assume, é considerada uma área de investigação em desenvolvimento. Pelo que, a nível nacional, encontram-se estudos publicados em revistas de Psicologia ou de Ciências do Desporto (Leitão & Cid, 2013). Segundo Gouveia (2001), a investigação e intervenção na Psicologia do exercício, pode contribuir para a promoção da saúde, comportamentos e estilos de vida benéficos à prevenção de doenças e processos de recuperação de situações crónicas, lesões, doenças ou deficiências. Assim, é apontada a necessidade da dinamização de revistas científicas nacionais dedicadas à temática da Psicologia do desporto e, por inerência, à Psicologia do exercício físico. Além destes aspetos, é de relevar que autores nacionais se dediquem ao desenvolvimento de manuais dedicados à temática da Psicologia do exercício físico, que possam servir como referencial teórico (Leitão & Cid, 2013).

### **3. Atividade Física (AF)**

#### **3.1. Definição de AF**

A definição original de atividade física (AF), apresenta-se como a realização de movimentos produzidos pelos músculos esqueléticos, cujo fim resulta em gastos de energia (Caspersen, 1985). Atualmente, a OMS (2022), define-a como qualquer movimento produzido que pode decorrer durante momentos de lazer, em contexto laboral ou quando o indivíduo possui a necessidade de se deslocar para determinado lugar (andar de bicicleta ou caminhar), sendo estas exemplos de atividades relevantes para a aquisição de melhorias na saúde, não descurando as intensidades de atividade física, que serão abordadas mais adiante. Piggitt (2020) acrescenta que, a AF é abrangida por indivíduos que se movimentam e que atuam em contextos culturalmente específicos, influenciados por um determinado conjunto de interesses, ideias, emoções e relações.

### **3.2. AF e exercício físico**

A atividade física apresenta-se através de várias formas, cada uma com as suas especificidades. Neste sentido, surge a importância da distinção entre a atividade física e exercício físico, uma vez que, denota-se com frequência confusão entre ambos os conceitos.

De acordo com Caspersen (1985), embora a atividade física e o exercício revelem elementos comuns entre si, como a produção de movimento e gastos de energia consequentes, o exercício físico diferencia-se pela presença de uma estrutura e de um planeamento, bem como, por repetições cujo objetivo varia de acordo com o praticante. Além destes aspetos, é composto por dois grandes grupos de exercício, designados por aeróbicos ou anaeróbicos:

1) O exercício aeróbico, abarca atividades que requerem o uso de grandes grupos de músculos, além de, um maior uso de oxigénio comparativamente a um estado de repouso. Tem por objetivo a resistência cardiovascular e é expresso, por exemplo, através da prática da natação, de ténis, saltar à corda, caminhar ou andar de bicicleta (Elmagd, 2016; Altavilla et al., 2018); 2) O exercício anaeróbico, abrange força e resistência e permite fortalecer, tonificar, melhorar a força óssea, a coordenação, o equilíbrio, permitindo incluir o treino com uso de pesos e o treino intervalado.

Além destes grandes grupos de exercício físico, existe ainda 3) o treino de equilíbrio, composto por exercícios dinâmicos que visam a capacidade de resistência face a oscilações de postura, como também, o fortalecimento de ossos, que possibilita além do fortalecimento, o crescimento através do levantamento de pesos e da prática de todo o tipo de saltos e corrida (Elmagd, 2016; Bull et al., 2020).

### **3.3. Benefícios da AF em Idosos**

Para a observação de benefícios derivados da AF nesta população, a OMS (2020), recomenda que deve ser realizada uma prática regular com a duração de pelo menos 150-300 minutos do tipo aeróbico e com intensidade moderada, ou pelo menos 75-150 minutos de AF aeróbica com intensidade vigorosa. Ainda, aconselha, a junção da AF de intensidade moderada e vigorosa, ao longo da semana. Contudo, Román-Mata

et al. (2020), pronunciam que em alguns casos já relatados, 300 ou mais minutos de AF regular semanal, podem promover ainda mais benefícios na saúde.

A prática regular de AF, em termos de saúde geral, ajuda a fortalecer os músculos e os ossos, a aumentar a sensação de relaxamento, a contribuir para um melhor sono e estado de humor, a fortalecer os músculos do coração e a manter os níveis de colesterol desejáveis, sendo por isso bastante vantajosa (Elmagd, 2016; Faustino & Neves, 2020). Leão e colaboradores (2019), através de uma análise de investigações realizadas no Brasil, permitiram compreender que a prática regular de modalidades como a hidroginástica e a natação, desencadeia alterações positivas e significativas na manutenção e melhoria de flexibilidade, equilíbrio postural e capacidade funcional, nos praticantes. Porém, indicam que estas modalidades não se associavam a bons índices de força muscular, ao nível dos membros inferiores.

Segundo Bull et al. (2020), ainda que a realização de AF não alcance os parâmetros das recomendações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, é melhor realizar alguma atividade do que nenhuma. Ainda, referem que o indivíduo pode começar por pequenas quantidades de AF, aumentando a sua intensidade, frequência e duração com o decorrer do tempo, não descurando também a orientação médica. Como tal, deve ser tido em conta, o historial de doenças crónicas e/ou sintomas de determinada doença, de forma a ser prescrito um programa de exercícios adaptado à pessoa (Altavilla et al., 2018).

Contrariamente, um comportamento sedentário, isto é, proceder à realização de atividades de baixo gasto energético, como sentar, ler, assistir televisão, estudar (Pitanga et al. 2020), associa-se a alterações da composição corporal, desencadeando um aumento na percentagem de gordura corporal e redução de massa magra, como também, perda de força máxima e atrofia do músculo esquelético, que pode levar à condição de sarcopenia em idosos (Langhammer et al., 2018). Além destas consequências, ao assumir um estilo de vida sedentário, o indivíduo compromete-se a um risco acrescido para problemas vários como os de carácter cardiovascular e risco de mortalidade (Altavilla et al., 2018).

Relativamente à condição de sarcopenia, esta define-se como uma síndrome geriátrica provocada pela perda progressiva do músculo esquelético e de força física, influenciando negativamente a qualidade de vida do indivíduo (Cruz-Jentoft et

al., 2010). Existem estudos que analisam a relação entre a atividade física e a sarcopenia, como o de Mijnders et al. (2016), decorrido num período de 5 anos, cujos resultados permitiram analisar que a incidência de sarcopenia durante os 5 anos, para o grupo menos ativo seria de 14.8% enquanto para os mais ativos seria de 9%. Além disto, os participantes com maior quantidade de atividade física moderada-vigorosa, apresentaram menor probabilidade de possuírem a referida condição. Os resultados de um outro estudo realizado pelos autores Oliveira et al. (2020), corroboram os investigadores anteriores, permitindo concluir que os idosos que se comprometiam com atividades físicas leves e moderadas, ainda que não vigorosas, mostravam um baixo indicativo de sarcopenia. Em suma, é possibilitado considerar que a AF se assume também como uma estratégia para a prevenção da sarcopenia.

Em termos de benefícios específicos, concretamente a nível fisiológico, a AF além dos benefícios cardiovasculares (aumento do rendimento cardíaco e fluxo sanguíneo do músculo esquelético, melhoria de diâmetros arteriais, da reatividade vascular, da densidade capilar e função endotelial) (Olive et al., 2002), manifesta também o seu impacto positivo nos domínios metabólico e hormonal, constituindo-se como um fator que leva à redução do risco de mortalidade e surgimento de cancro (Blair et al., 1992). Autores como Pitanga et al. (2020) acrescentam que, exercícios de intensidade moderada, encontram-se associados a uma redução na incidência e gravidade de infeções respiratórias. Além de que, a prática de AF modula a quantidade de leucócitos contribuindo para um aumento na sua concentração, reduzida de imediato após a prática, nomeadamente de exercícios de elevada intensidade e de longa duração (Brito et al., 2021). Igualmente importante, são os benefícios a nível da qualidade de vida e neste sentido menciona-se um estudo qualitativo desenvolvido somente com uma amostra feminina, o qual permitiu concluir que as praticantes de AF regular, com idades compreendidas entre os 66 e 70 anos, expressaram sentir uma melhor qualidade de vida, pela redução de dores musculares e ósseas, como também, uma maior autonomia para realizar tarefas que a prática de AF promove (Camboim et al., 2017).

A nível cognitivo, sabe-se que, o processo de envelhecimento provoca alterações na neurofisiologia, levando ao declínio da função cognitiva (Gregory et al., 2012). É frequente em idades mais avançadas, surgirem condições do foro cognitivo como o

declínio cognitivo subjetivo e o défice cognitivo ligeiro. Como não existe um tratamento farmacológico efetivo para estas condições, há um maior foco em meios de prevenção (Lautenschlager et al., 2022). Neste sentido, o desempenho de AF, auxilia na manutenção das capacidades cognitivas e funcionais, contribuindo assim para uma maior autonomia do indivíduo e diminuição do impacto de doenças crónicas (Faustino & Neves, 2020). Há estudos que revelam que, o exercício cardiovascular tem a possibilidade de proceder à criação de novas células cerebrais, melhorar o desempenho cerebral e impactar positivamente a memória, bem como, a capacidade de aprendizagem. Isto porque, se verifica que ocorre um aumento da produção de células no hipocampo, influenciando positivamente a memória (Elmagd, 2016).

Em doenças como a de *Alzheimer*, a prática regular de AF pode ser relevante face ao declínio cognitivo motor, demonstrando favorecer a capacidade de atenção, o processamento cognitivo, o tempo de reação, a mobilidade, o equilíbrio e a força dos músculos. De modo que, é com frequência apresentada como uma forma de intervenção não medicamentosa, permitindo controlar a progressão da doença (Braga et al., 2021). Na diabetes, os défices cognitivos advindos da doença, podem encontrar-se associados à inflamação e disfunção vascular, pelo que a prática de AF facilita o controlo da doença e provém auxílio na função física, através do aumento de força (Espeland et al., 2017).

Quanto aos benefícios emocionais, a prática de AF associa-se à libertação de endorfinas que geram sentimentos de euforia e felicidade, pelo que o aumento de energia, pode ajudar o indivíduo a manter-se feliz e revigorado (Elmagd, 2016). Um estudo criado com o objetivo de compreender os efeitos da AF em termos de benefícios emocionais, através da comparação entre um grupo de homens sedentários e outro grupo de praticantes de AF regular, permitiu concluir que os níveis de ansiedade, depressão e hostilidade no grupo de praticantes eram mais baixos do que os níveis verificados no grupo sedentário (Francis & Carter, 1982, cit. por Godoy, 2002).

Um outro estudo, de García et al. (2014), pretendeu perceber que impacto teria a AF na felicidade de pessoas com mais de 65 anos. Para atingir este objetivo, a sua amostra foi composta por 36 homens e 68 mulheres, existindo nos participantes um historial de realização de atividade física ou desportiva no presente e/ou no passado, ou mesmo nunca. Foram aplicados instrumentos, como o *Global Physical Activity Questionnaire* na versão espanhola e para a avaliação da felicidade, foi aplicada a Escala da Felicidade.

Os investigadores concluíram que havia diferenças significativas na felicidade atual dos participantes, sendo esta maior, em quem praticava algum tipo de AF comparativamente a quem mantinha um estilo de vida sedentário.

Para finalizar a exposição dos benefícios da AF a este nível, o estudo de Kim et al. (2015), com o objetivo de identificar o efeito a longo prazo de um programa de hidroginástica em idosas com idades entre os 70-75 anos, divididas em grupo de praticantes e grupo de controlo, avaliou a tensão, raiva, depressão, fadiga, vigor, confusão, e permitiu concluir que o grupo praticante apresentava valores inferiores relativamente à tensão, depressão, raiva e fadiga e valores superiores ao nível do vigor, mostrando que, a modalidade de hidroginástica promove uma melhoria na saúde mental de mulheres idosas. Em suma, observa-se os vários benefícios que a AF pode promover nos seus praticantes, nomeadamente, na faixa etária em estudo.

Ainda que, uma AF regular promova os benefícios anteriormente descritos na saúde dos séniores, apenas uma pequena percentagem de idosos se dedica à prática de exercício físico regular e se compromete em atividades desportivas (Andrieiev et al., 2019). Santos et al. (2019), através do seu estudo transversal, verificou que os idosos participantes, apresentavam baixos níveis de AF, sugerindo que um ambiente propício à prática e políticas públicas que criem intervenções a nível estrutural e de suporte social, por meio de atividades grupais e profissionais capacitados, podem ser soluções para esta problemática. Por sua vez, Monteiro et al. (2014), visaram investigar a prática de AF em 76 idosos com idades entre os 64 e 99 anos, associando-a a variáveis sociodemográficas, como contexto de residência (meio rural ou urbano), idade, sexo, bem como, ao bem-estar subjetivo e à felicidade. Concluíram que a maioria dos idosos apresentava um estilo de vida sedentário, relacionando-o com o meio onde viviam e com quem coabitavam (ou seja, se viviam numa instituição, viviam sozinhos ou com o cônjuge). Por outro lado, os idosos praticantes de AF pareceram apresentar níveis globais superiores de bem-estar subjetivo e de felicidade, comparativamente ao grupo de idosos sedentários.

### **3.4. AF contexto (exterior vs. interior) e estrutura (individual vs. grupo)**

Com a crescente urbanização, a prática de exercício em espaços interiores tornou-se popular entre indivíduos ativos, observando-se este compromisso em ginásios, pavilhões desportivos ou em casa (Gladwell et al., 2013, cit. por Yeh et al., 2016). Porém, é argumentado que embora os espaços interiores sejam uma alternativa ao exercício no exterior, existem falhas relativamente ao compromisso pessoal a longo-prazo. Como exemplo, cerca de 40-50% de pessoas cessam a sua inscrição em ginásios, no prazo de um ano (Deloitte, 2006, cit. por Coon et al., 2011). Além destas questões mencionadas, é relevante ter em conta a necessidade de que seja dado um auxílio a idosos quando a prática ocorre em casa, uma vez que, não existe uma promoção simples e segura (Goethals et al., 2020).

Ainda que a prática de AF seja popular em contextos interiores como os indicados anteriormente, cada vez mais, tem sido conhecido que o meio ambiente pode gerar benefícios mais vastos em comparação à realização do mesmo nível de exercício físico em contextos fechados (Coon et al., 2011). O contexto exterior também designado como “exercício verde” apresenta a mesma definição de AF, com o aspeto diferenciador de que emerge do envolvimento em ambientes naturais (Pretty et al., 2003, cit. por Yeh et al., 2016).

Motivar os indivíduos para a prática de uma ou mais atividades ao ar livre como a jardinagem e atividades desportivas de leve a vigorosa intensidade em ambientes naturais, pode constituir-se como veículo para assegurar que as pessoas se tornem mais ativas. Além dos benefícios que a prática de AF exterior pode oferecer, podem surgir importantes implicações respetivas à sustentabilidade de intervenções de AF, bem como, fornecer informações às pessoas sobre os méritos da proteção do ambiente natural (Coon et al., 2011).

No que reporta ao exercício realizado em grupo ou individualmente, de acordo com Kanamori et al. (2016), não está claro qual o tipo de estrutura que traz mais benefícios ao praticante. No entanto, Stevens et al. (2021), afirmam que a investigação atual sugere que o exercício em grupo, incentiva os praticantes a maiores níveis de realização de AF ao longo do tempo, em comparação a quem não pertence a um grupo.

Além desta observação, os autores referem que a adesão a um grupo pode reduzir a incidência de sintomas depressivos. Podendo este fator ser explicado através do pertencimento a um grupo, que tem um papel facilitador no engajamento geral na AF. Um estudo criado para comparar os efeitos da prática de AF em casa (somente com um familiar) e em grupo, na saúde mental de uma amostra de 181 idosos de uma cidade do Irão, mostrou que, programas baseados em grupos apresentam-se mais eficientes comparativamente ao contexto casa, sendo por isso, uma estratégia importante para a promoção do estado de saúde da pessoa idosa (Mortazavi et al., 2013).

De seguida, após o destaque dos benefícios gerais e específicos (fisiológicos, cognitivos e emocionais) supracitados da prática regular de AF em adultos mais velhos, iremos apresentar importantes constructos psicológicos como a resiliência e a regulação emocional, e a sua relação com a atividade física.

#### **4. Resiliência**

O constructo de resiliência começou a ser alvo de interesse por parte de investigadores, quando se deu o enfoque nas forças e nos recursos que os indivíduos têm dentro de si. Isto foi possível a partir da mudança de um paradigma centrado na psicopatologia, para uma perspetiva de psicologia positiva (Pan & Chan, 2007). No entanto, o conceito de resiliência não apresenta na literatura, uma definição de cariz universal e por este motivo, poderão ser verificadas algumas discrepâncias relativas a perfis adaptativos e taxas de resiliência diferentes entre grupos de risco que possuam semelhanças (Cicchetti & Garmezy, 1993). A American Psychological Association (APA, 2014) define a resiliência como um processo de adaptação a uma determinada adversidade ou a fatores que sejam potenciadores de *stress*. Autores como Sisto et al. (2019), complementam caracterizando-a como uma atitude transversal entendida como habilidade para ultrapassar situações de difícil integração nas várias áreas de vida do indivíduo, que tem a consciência de si mesmo e a presença de perseverança.

Quanto a especificidades da resiliência, importa evidenciar que esta não se trata de um traço estático, uma vez que, vulnerabilidades ou forças podem aparecer consoante as transições de desenvolvimento do ser humano, como também, períodos em que seja observada a presença de *stress* profundo. Na resiliência, podem ser incluídas



condições biológicas e sociopsicológicas, bem como, desenvolverem-se aptidões associadas a recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente afetivo e social) (Cicchetti & Garmezy, 1993; Laranjeira, 2007).

Como a resiliência encontra-se associada a uma diversidade de processos, é essencial proceder à definição de estratégias eficientes que, quando são adaptativas e se combinam com emoções positivas, otimismo, suporte social, envolvimento na comunidade, atividades de vida diária e ser-se fisicamente ativo, podem associar-se a níveis de resiliência elevados (MacLeod et al., 2016). Porém, cada pessoa reage de determinada forma a um evento que lhe gere *stress*. Por exemplo, o indivíduo pode expressar intensa angústia e por esse motivo ser considerado difícil o seu processo de recuperação ou experienciar a situação com sofrimento, mas em menor intensidade. Ainda, poderá aparentemente recuperar de determinada experiência, mas deparar-se com problemas de saúde imprevisíveis em algum momento da sua vida (Bonanno, 2004).

Existe um modelo que explica as diferentes reações que cada indivíduo pode apresentar perante um evento causador de *stress*. É denominado como o modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1984). Neste modelo, *Coping* refere-se a estratégias utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de adaptação a circunstâncias adversas, que podem ter consequências positivas ou negativas na saúde física e mental, possibilitando alterar a evolução do *stress* (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). O *stress* é apresentado como um processo de relação entre o ambiente e o sujeito, sendo este último aquele que avalia a situação como significativa e com demandas que excedem os seus recursos para a gerir (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, 2010, cit. por Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Em relação à avaliação de dada situação, realizada pelo indivíduo, esta pode ser primária ou secundária. Enquanto avaliação primária, o significado atribuído sobre a situação geradora de *stress*, é influenciado por fatores como crenças pessoais, objetivos e valores. Enquanto a avaliação secundária, refere-se à avaliação feita pelo sujeito quanto às opções de enfrentamento, que são influenciáveis por recursos materiais, psicológicos, espirituais e físicos (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, 1984, cit. por Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Relativamente às estratégias de *coping*, estas podem ser aplicadas pelo indivíduo através do foco no problema ou foco na emoção. Quando se trata no problema, há uma alteração da relação pessoa-ambiente e há um esforço por parte do sujeito em gerir situações que o inquietam, recolher informação, resolver conflitos, adquirir ferramentas como competências. Quando o foco é na emoção, há mudanças no significado pessoal e interno ou nas relações. Além de que, envolve uma reavaliação positiva, isto é, um reenquadramento de pensamentos considerados difíceis, de forma positiva (Lazarus, 1999, cit. por Matthieu & Ivanoff, 2006).

Pessoas resilientes, que ultrapassam situações de vida difíceis, manifestam características diversas, como uma maior flexibilidade e uso de recursos protetores internos ou externos a si. Estes recursos podem ser a espiritualidade, um locus de controlo mais internalizado, um autoconceito positivo, uma maior autoestima, assim como, competências sociais positivas (Friborg et al., 2003; Blum, 1998). Como tal, possibilita-se a compreensão de que a resiliência assenta em três grupos de fatores de proteção, de ordem individual, familiar e de suporte. Quanto aos 1) Fatores individuais, são incluídos o temperamento, a reflexão, as capacidades cognitivas, a empatia, o humor e as competências sociais; 2) Os fatores familiares, abarcam a coesão, o calor humano e a atenção de cuidadores e finalmente, 3) Os fatores de suporte, abrangem uma rede de apoio familiar, bem como, um sistema de serviços sociais (Whitbourne, 2001 cit. por Laranjeira, 2007).

No que se refere a medidas de avaliação da variável resiliência, concretamente na população adulta, existe uma escassez de instrumentos. Neste sentido, surgiu a Escala de Resiliência para Adultos (ERA) utilizada no presente estudo (Hjemdal et al., 2001, cit. por Pereira et al., 2013). De acordo com Hjemdal et al. (2003), esta escala no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde, pode ser utilizada como um instrumento de avaliação de fatores de proteção relevantes para a prevenção de distúrbios psicológicos e de desajustamento. Pela sua pertinência, tem sido adaptada a diferentes idiomas, desde a sua aplicação em amostras da Noruega (com dois grupos de participantes, um de 59 pacientes de uma clínica de psicoterapia e outro, um grupo de controlo com 290 participantes) (Friborg et al., 2003), a uma versão Persa (com estudantes universitários) (Jowkar et al., 2010, cit. por Pereira et al., 2013), e ainda uma versão em francês desenvolvida na Bélgica (também com uma amostra de estudantes universitários, belgas) (Hjemdal et al., 2011).

No idioma português, existe uma versão em português do Brasil (com uma amostra de 221 estudantes universitários) (Hjemdal et al., 2009, cit. por Pereira et al., 2013) e tem também sido estudado o seu potencial para o estudo de contextos do trabalho e organização (Carvalho et al., 2014). Em Portugal, no estudo de validação, a escala foi administrada a uma amostra constituída por 200 participantes da população geral, bem como, estudantes universitários da Universidade de Coimbra, com uma idade média de 35.20 anos. Adicionalmente, para um projeto de Pós-Doutoramento, foi acrescentada uma amostra de 304 participantes integrada por 152 casais da população geral, que deram uma resposta negativa à presença de situações de adversidade particulares, com uma média de idades de 42.43 anos e a maioria residente em meio urbano (Pereira et al., 2013).

#### **4.1. AF e Resiliência**

Após a exposição de conceitos, o modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1984) e a apresentação breve do instrumento ERA, é interessante conhecer a relação entre a AF e a resiliência. Assim sendo, existem investigações que tiveram como intuito, compreender esta relação com o processo de envelhecimento bem-sucedido, nas quais foi possível constatar que indivíduos com um elevado nível de resiliência tendem a envelhecer de forma sadia, pelo compromisso que assumem nas atividades físicas. Assim, é fortalecida a ideia de que manter-se fisicamente ativo, promove a manutenção da saúde e adaptação a desafios ao longo do processo de envelhecimento, com maior êxito (MacLeod et al., 2016).

Um outro estudo relevante, de caráter longitudinal, iniciado em 2015 com uma amostra de 312 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, avaliou a associação entre resiliência, saúde mental e a influência da AF. Os seus resultados revelaram que, entre 2015 e 2017, a AF teve uma influência positiva na relação entre a resiliência e a saúde mental. Posteriormente a esse período, até ao ano de 2019, constatou-se que quem praticou AF de forma contínua, seria mais resiliente do que quem a realizava de modo intermitente, para além de apresentar menores problemas a nível da saúde mental (Ávila, 2021). Contrariamente, uma outra investigação, com uma amostra de 164 idosas praticantes e não praticantes de AF, demonstrou que na variável de resiliência, não houve uma diferença significativa entre ambos os grupos e que as idosas com maior nível de resiliência apresentavam dois aspetos que as distinguiam, um grau de escolaridade mais elevado e uma menor intensidade de eventos geradores de *stress* (Mazo et al., 2016).

## 5. Regulação Emocional

Antes de se conhecer o conceito de regulação emocional, é imprescindível tomar conhecimento de como surgem as nossas emoções.

O surgimento das emoções, decorre de um estímulo que é percebido pelo sujeito como algo significativo para si. Na sua maioria, as emoções são ativadas após a atribuição de significado (Fridja, 1988, cit. por Vaz, 2009). Assim, pode-se afirmar que, as emoções têm influência na percepção do indivíduo no que diz respeito a desafios e oportunidades que surgem na sua vida, bem como, na implementação de estratégias de regulação para gerir situações (Gross, 2002). As emoções variam de acordo com a situação em que surgem e frequentemente, apresentam-se como úteis, quando é necessário solucionar determinadas dificuldades. No entanto, também podem desencadear mal-estar, quando o contexto social e físico no qual a pessoa se encontra integrada, se apresenta diferente das suas expectativas e é neste sentido, que o indivíduo procede a tentativas de regular as suas respostas emocionais, de modo adaptativo e ajustado à situação, consoante as suas necessidades (Vaz, 2009). Assim, torna-se importante, a distinção de emoções, a compreensão sobre a sua função e reflexão, para atingir uma boa regulação emocional. Deste modo, permite-se ao sujeito, tomar a decisão sobre o que pretende expressar ou suprimir (Gross, 2002).

A regulação emocional, segundo os autores Gross & Thompson (2007), diz respeito a um conjunto de processos, pelos quais as próprias emoções são reguladas sendo que, poderão ter um carácter controlado ou automático, consciente ou inconsciente. A regulação emocional, poderá ainda intensificar ou manter a emoção, estando dependente dos objetivos do indivíduo. O processo de regulação emocional abrange um conjunto de estratégias, usadas pelos indivíduos, para manter, aumentar ou diminuir componentes de uma resposta emocional e pode desenrolar-se em todas as dimensões do processamento emocional, principalmente a nível experiencial e social, fisiológico, comportamental e cognitivo (Gross, 1999, cit. por Vaz, 2009).

Há investigadores da área da regulação emocional, que pretendem identificar quais as estratégias mais eficazes e adaptativas, isto é, associadas a melhores resultados a longo prazo, ao nível da saúde mental e física. Como tal, existe um modelo de geração de emoção, que explica etapas importantes (McRae & Gross, 2020). Por exemplo, um sujeito que vai a uma entrevista de emprego (situação), e dá por si a reparar numa postura de maior frieza por parte do avaliador (atenção), que por sua vez, interpreta como um sinal de desagrado para consigo

(avaliação), acaba por experienciar medo, falta de ar, apresentando inquietação (resposta) durante o momento da entrevista. O resultado do ciclo da emoção gerada acaba por criar um aspecto novo da situação, sendo que esta agora consiste em estar sentado numa entrevista de trabalho enquanto se sente assustado, inquieto e com falta de ar (McRae & Gross, 2020).

Quanto às estratégias de regulação emocional, estas organizam-se em cinco grupos, de acordo com o estágio de geração de emoção, no qual intervêm. São respetivamente, as seguintes: 1) Seleção da situação, 2) Modificação da situação, 3) Modificação do foco atencional, 4) Modificação cognitiva e 5) Resposta de modelação (McRae & Gross, 2020; Gross, 2015). Quanto à seleção da situação e modificação da situação, as estratégias selecionadas são o evitamento (é dado o exemplo de recusa de engajamento inicial com situações emocionais) e pedido direto (agir de forma a influenciar a situação em que já houve engajamento). Relativamente à modificação do foco atencional, é referida a estratégia de distração, na qual a atenção é direcionada, interna ou externa, para longe da situação emocional. É desviada para aspetos não emocionais da situação ou situações não emocionais. Além desta, há também a estratégia de ruminação, na qual a atenção é direcionada de forma recorrente para causas e consequências da emoção. Em relação à modificação cognitiva, esta abarca as estratégias reavaliação cognitiva e aceitação. A reavaliação cognitiva, ocorre através da reinterpretação ou reavaliação da situação emocional e/ou objetivos. A aceitação, surge a partir do acolhimento de emoções sem as julgar. Por fim, a resposta de modelação, abrange a supressão emocional e a intervenção fisiológica, como estratégias. A supressão emocional consiste em tentativas para reduzir o comportamento de expressão emocional e a intervenção fisiológica, diz respeito a alterar diretamente a fisiologia da emoção recorrendo a substâncias ou ações (McRae & Gross, 2020).

Contrastando com a reavaliação cognitiva, a supressão emocional, apresenta consequências negativas a nível social e cognitivo. A supressão emocional surge posteriormente no processo emocional e visa modificar a componente comportamental, sem diminuir a experiência emocional negativa. Ocorrendo tardiamente, requer que o sujeito empreenda esforços contínuos que desencadeiam maior mal-estar para si mesmo. Ainda, a supressão emocional encontra-se relacionada a níveis reduzidos de experiência e expressão emocionais positivas, enquanto a reavaliação cognitiva demonstra precisamente o inverso. Esta, por sua vez, associa-se a experiência e expressão emocionais positivas (Gross & John, 2002; Vaz, 2009).

Em relação ao âmbito social, a supressão emocional reduz a expressão de emoções positivas, bem como, o uso de emoções negativas. Neste sentido, pode impedir o sujeito de partilhar as suas emoções, tendo consequências como um baixo suporte social e menor integração em grupo de pares (Richard & Gross, cit. por Vaz, 2009).

### 5.1. AF e Regulação Emocional

De forma a melhorar a capacidade de regular emoções, estudos têm mostrado os efeitos saudáveis que a AF possui na regulação emocional. Os investigadores Bernstein & McNally (2018), referem que, o exercício físico facilita a recuperação emocional, de experiências emocionais negativas ajudando no processo de superação. Chegaram a essa conclusão, por via de uma investigação, que se baseou em hábitos de exercício e indivíduos com maior risco para o desenvolvimento de perturbações emocionais, adicionando que o exercício aeróbico se associou a menos sintomas graves de depressão, *stress* no geral e ansiedade, bem como, indivíduos mais ativos apresentaram maior capacidade para suportar o humor negativo ou fatores geradores de *stress*.

Um outro estudo de carácter longitudinal, que visou avaliar o bem-estar mental de 58 idosos participantes em dois programas de AF (um deles adaptado à atividade motora e o outro adaptado a portadores de osteoporose), salientou a importância da AF respetivamente a estratégias de regulação emocional, concluindo que as torna mais adaptativas e que promove um aumento dos níveis de bem-estar emocional. No entanto, o seu estudo apresentou algumas limitações, como a falta de um grupo de controlo, o tamanho e a composição da amostra, maioritariamente por mulheres, assim como, a não inclusão de participantes com níveis mais baixos de autonomia e pertença a um contexto sociocultural específico, não possibilitando desse modo a generalização de resultados (Fave et al., 2018).

Por último, Liu et al. (2018) estudaram o impacto da modalidade *Tai-chi* numa amostra de 26 idosos praticantes e 26 idosos selecionados demograficamente (ou seja, idosos saudáveis, que se dedicavam à prática de outros tipos de exercício físico, como o *jogging*). Constataram que, o grupo praticante, expressou uma forte capacidade de regulação emocional, comparativamente ao outro grupo. No entanto, a não referência à intensidade de exercício em ambos os grupos, poderá ter influenciado os resultados.

Na temática seguinte, será abordado de forma breve o impacto do *Covid-19* na prática de AF por motivo de, termos verificado no presente estudo, os níveis da prática antes e depois da pandemia.

## **6. Impacto do *Covid-19* na prática de AF**

No início do ano de 2020, decorreu um surto derivado do designado Coronavírus ou *Covid-19*, impondo grandes alterações na vida quotidiana de toda a população global. Sabe-se que, ainda não é conhecido o seu impacto a longo-termo e a vários níveis. No entanto, apesar da pouca informação, é expectável a observação de maior sofrimento psicológico em indivíduos infetados e terceiros que estiveram em contacto com estes. Além disto, é esperado um aumento de Perturbações de Ansiedade, como a de Pânico e sintomas de Perturbação de *Stress* pós-traumático, confusão, raiva e a presença de estigma (Mukaetova-Ladinska & Kronenberg, 2021; Sood, 2020).

Relativamente à prática de AF, o período de quarentena a que todos foram submetidos, pode ter levado em alguns casos, ao cessar da prática ou à sua redução, contribuindo para o aumento da probabilidade de apresentar problemas de saúde mental e física. Aumentando-se, assim, o comportamento sedentário, como ver televisão e usar aparelhos eletrónicos (Park et al., 2022). Com o objetivo de verificar níveis de AF antes e após o período de confinamento, como também, identificar fatores de resiliência e de risco, foi realizada uma investigação que divulgou que, indivíduos mais jovens, expressaram maior resiliência em comparação a indivíduos mais velhos. Além disto, participantes com idades entre os 45 e 59 anos, apresentaram maior nível de emoções negativas e prática de exercício antes da quarentena, que teria sido cessada durante o período de quarentena. Sendo que, sujeitos que não praticavam AF antes, mas que deram início durante a quarentena, não apresentavam o mesmo nível de emoções negativas (Zach et al., 2021). Outro estudo, que pretendeu analisar o comportamento de adultos em relação a hábitos de sono, alimentação e prática de AF em contexto pandémico, possibilitou averiguar que a maioria dos participantes esteve ativo nos primeiros meses de isolamento, à exceção dos mais jovens. Dois terços dos participantes, vivia acompanhado, sendo esse fator nesse estudo relevante para a aderência à prática de AF. Para além desta observação, em comparação aos mais jovens, os mais velhos demonstraram uma maior frequência da prática de AF (Brito et al., 2021).

Os autores Tao et al. (2022), corroboram os resultados dos estudos anteriores, tendo observado um decréscimo nas taxas da prática de AF, durante a pandemia covid-19. Podendo isto estar também relacionado, no contexto canadense, à desigualdade ao nível da disponibilidade de suporte para manter, regressar ou iniciar uma atividade. Isto porque, alguns grupos demográficos apresentam recursos reduzidos, que podem ir desde a ausência de espaços verdes à habitação em locais pequenos e lotados. Em suma, consideram essencial incentivar a prática de AF, pelo bem-estar mental que promove e por isso, pertinente para a recuperação da vivência da pandemia.



## 7. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo tem como principal objetivo investigar o impacto que a atividade física (AF) tem na Regulação Emocional e na Resiliência em adultos idosos que a praticam regularmente. Ainda, pretende-se comparar idosos que pratiquem regularmente AF com idosos que não levam a cabo nenhum tipo de AF. Pretende-se, também, conhecer os níveis de prática de AF nos períodos pré-covid e pós-covid.

Especificamente, pretende-se: (1) identificar potenciais diferenças na resiliência e regulação emocional nos dois grupos de participantes (praticantes regulares de AF *vs.* não praticantes de AF) e (2) determinar as associações entre AF, resiliência e regulação emocional. De acordo com os objetivos, para o presente estudo foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Prevê-se encontrar diferenças significativas entre o grupo de praticantes de AF regular e o grupo de não praticantes de AF regular nas variáveis resiliência e regulação emocional. A literatura revela que, indivíduos que mantêm uma atividade física regular, podem ser mais resilientes que indivíduos não ativos regularmente (Ávila et al., 2022), o que pode ser explicado por meio de programas de intervenção com atividade física, considerados como estratégia para a promoção positiva de habilidades dos idosos a nível de aspetos psicológicos e físicos, associados à resiliência psicológica (Gomes, 2010; Orsano et al., 2013; MacLeod et al., 2016). Além deste aspeto, releva-se que de acordo com alguns estudos, a AF pode aumentar a utilização da estratégia de regulação emocional adaptativa reavaliação cognitiva, em sujeitos que apresentem este estilo de vida ativo (Giles et al., 2017, Perchtold-Stefan et al., 2020, cit. por Wu et al., 2022; Fave et al., 2018).

H2: Espera-se encontrar uma associação positiva entre atividade física, resiliência e regulação emocional. Esta hipótese baseia-se na literatura que evidencia que a AF pode melhorar a resiliência do indivíduo abrandando emoções negativas (Li et al., 2021) e assim ser considerada como um possível fator protetor em estudos de resiliência, realizados com idosos (Balbé et al., 2012). Associada à regulação emocional, considera-se um fator relevante para o uso individual de estratégias, uma vez que, poderá influenciar esse processo (Motl et al., 2017, cit. por Wu et al., 2022). Entre a resiliência

e a regulação emocional, existe literatura que demonstra que em idosos, elevados níveis de resiliência além de se associarem a um envelhecimento saudável e a longevidade, associam-se a uma menor depressão (MacLeod et al., 2016). Ressalta-se também um outro estudo que reforça a nossa hipótese, que propôs compreender a resiliência psicológica entre um grupo de jovens (idades entre os 18 e 25 anos) e um grupo de adultos mais velhos (idades a partir dos 65 anos), através de uma escala denominada por *Resilience Appraisals Scale* (RAS), abrangida por três subescalas: a) suporte social, b) regulação emocional (resiliência relacionada com capacidades de regulação emocional) e c) resolução de problemas. Concluiu-se que os idosos revelaram maiores níveis de resiliência, nomeadamente na subescala de regulação emocional, enquanto o grupo de jovens, revelou maiores níveis de resiliência relacionados com o suporte social (Gooding et al., 2012).

## **PARTE II - MÉTODO**

## 8. Desenho de investigação

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, na medida em que, foram aplicados instrumentos (questionários) num só momento, a dois grupos em comparação nas variáveis de estudo. Este estudo apresenta como variável independente (VI) a atividade física, uma vez que, poderá ter impacto na resiliência e regulação emocional dos indivíduos. Pelo que, as variáveis dependentes (VD) são a resiliência e a regulação emocional. Um estudo transversal é considerado de fácil condução, não necessita de *follow-up* e permite observar diretamente um fenómeno. Transmite informações sobre a prevalência de condições e possíveis associações entre fatores de risco e resultados (Zangirolami-Raimundo et al., 2018; Ranganathan, 2019).

### 8.1. Participantes

Para o estudo recorreu-se a um método de amostragem não-probabilística intencional, que inclui um grupo de praticantes de atividade física regular e um grupo de não praticantes de atividade física regular.

No que diz respeito ao primeiro grupo, os participantes foram selecionados de acordo com critérios de inclusão, como: (1) participar numa modalidade desportiva (foram abrangidas as seguintes: caminhadas, hidroginástica, natação, pilates, *yoga* e ginásio, em formato grupal no exterior ou formato individual no exterior/casa), por pelo menos 150 minutos por semana; 2) demonstrar capacidades cognitivas, para responder ao que é solicitado na investigação decorrente. Já os critérios de exclusão, foram respetivamente: (1) quem rejeitasse participar na investigação; (2) quem obtivesse menos que a pontuação apresentada pelo teste *MMSE*.

Relativamente ao segundo grupo, os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) ter idade igual ou superior a 65 anos; (2) demonstrar capacidades cognitivas, para responder ao que é solicitado na investigação decorrente; (3) não praticar qualquer atividade física. Sendo que para critérios de exclusão, incluiu-se: (1) quem rejeitasse participar na investigação; (2) quem obtivesse menos que a pontuação apresentada pelo teste *MMSE*.

## 8.2. Instrumentos

Neste estudo foi recolhida informação sociodemográfica, tal como informação sobre a prática de atividade física dos participantes e o impacto do *covid-19* na realização da mesma. Igualmente, foram avaliadas as variáveis Resiliência e Regulação Emocional, através de questionários (Tabela 1).

### 8.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE)

De forma a realizar o rastreio cognitivo dos participantes com o objetivo de detetar a existência de défice cognitivo, que pudesse comprometer a realização dos questionários, foi aplicado o teste *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975; versão portuguesa, Guerreiro et al., 1994).

É um dos instrumentos mais usados no rastreio do défice cognitivo (Morgado et al., 2009). Apresenta as seguintes dimensões: Orientação (5 itens de orientação temporal e 5 de orientação); Retenção (3 itens, isto é, três palavras que o examinando repete de seguida); Atenção e Cálculo (5 itens, o examinando realiza cinco subtrações seguidas de três valores ao número trinta); Evocação (3 itens, neste o indivíduo tem de evocar as três palavras repetidas anteriormente); Linguagem (8 itens, constituída por dois itens de nomeação, um de repetição de uma frase, três de compreensão de ordem verbal, um de compreensão de ordem escrita e um de escrita espontânea de uma frase); Habilidade construtiva (1 item, que é respetivamente a cópia de uma imagem constituída por dois pentágonos) (e.g. *Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersetados*).

Cada item é pontuado de 0 a 1, sendo que a cotação total varia entre 0 e 30 valores. Pelo que, valores mais elevados indicam um melhor desempenho cognitivo (Morgado et al., 2009). Neste sentido, de acordo com este teste, é considerada a presença de défice cognitivo em função do grau de escolaridade, consoante as seguintes pontuações: Analfabetos  $\leq 15$ ; 1-11 anos de escolaridade  $\leq 22$ ; Mais que 11 anos de escolaridade  $\leq 27$  (Guerreiro et al., 1994). No presente trabalho, o alfa de *cronbach* obteve um resultado razoável ( $\alpha = .71$ ).

### 8.2.2. Questionário Sociodemográfico

As informações sociodemográficas recolhidas dos participantes, foram respetivamente o sexo, idade, ocupação profissional e nível de escolaridade.

#### *Variáveis relacionadas com o Covid-19*

Pretendeu-se obter dados sobre o período pré-pandémico e pós-pandémico da prática de atividade física, com o objetivo de compreender se houve alguma interferência da pandemia *covid-19* na realização de atividade física.

### 8.2.3. Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire (BHPAQ)

Para caracterizar a prática de AF da nossa amostra recolheu-se informação sobre o tipo de atividade e tempo dispensado, bem como, o contexto em que a mesma ocorria (casa ou exterior).

Para além da recolha destas informações, foi utilizado o instrumento *Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire (BHPAQ)* versão original de Baecke, Burema e Frijters (1982); adaptado para a população portuguesa por Almeida e Ribeiro (2014). É um instrumento de autopreenchimento e possui 16 itens de resposta. Estes procuram avaliar a atividade física habitual em três áreas: (1) a atividade física no trabalho; (2) desporto em tempo de lazer e (3) atividade física em tempo de lazer excluindo o desporto, reportando-se aos últimos 12 meses. Os três domínios mencionados atrás podem ser avaliados em separado.

Na versão portuguesa, o questionário apresenta 8 itens agrupados nas seguintes duas dimensões: (1) AF-desporto (4 itens; e.g. “*Pratica desporto ou exercício físico programado?*”), que procura avaliar o desporto ou exercício físico programado nas horas de lazer, e (2) AF-lazer (4 itens; e.g. “*Nos tempos livres, com que frequência costuma andar a pé?*”), que pretende avaliar a atividade física praticada em horas de lazer, por exemplo andar de bicicleta. As respostas dadas são pontuadas numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 “Nunca” a 5 “Muito frequentemente”), à exceção da questão sobre a prática de desporto.

Em relação à pontuação de cada item, quanto maior for, maior o

nível de atividade física. Para cada um dos dois grupos de AF, resulta um índice parcial, pelo que a AF total é calculada pela soma dos dois valores parciais.

Consideram-se três níveis de intensidade, baseando-se no gasto energético expresso em *MET* (*metabolic equivalent*) que são a intensidade ligeira ( $MET < 3$ ), moderada (3 a 6 *METs*) e vigorosa ( $> 6 METs$ ). O índice da AF-desporto, calcula-se a partir da combinação da intensidade do desporto praticado, do tempo despendido por semana e da proporção de prática regular ao longo do ano (Almeida & Ribeiro, 2014).

Em relação à consistência interna, os autores da versão portuguesa, relatam que não é possível fazer comparação entre resultados encontrados com o estudo original, uma vez que, os autores não demonstraram os mesmos. Neste sentido, na versão portuguesa, foram obtidos os seguintes alfas de *Cronbach*: 0.78 para AF-total, 0.83 para a subescala AF-desporto e 0.54 para a subescala de AF-lazer. O valor correspondente à escala AF-lazer foi baixo, adquirindo para o item 6 da mesma, entre 0.07 a 0.12 (Almeida & Ribeiro, 2014). Neste estudo, o alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ) para AF- total é de .77, o que demonstra uma validade interna razoável. As subescalas AF- desporto ( $\alpha = .38$ ) e AF-lazer ( $\alpha = .55$ ), apresentam uma consistência interna inaceitável, pelo que não considerámos nos procedimentos estatísticos posteriores.

#### **8.2.4. Escala de Resiliência para Adultos (ERA)**

Para avaliar a variável de Resiliência, foi usada a Escala de Resiliência para adultos (ERA), originalmente desenvolvida por Hjemdal, Friborg, Martinussen e Rosenvinge (2001), e adaptada e validada para a população portuguesa por Pereira, Cardoso, Alves, Narciso e Canavarro (2013).

Na versão original da ERA, existiam 45 itens e encontrava-se organizada em cinco fatores: Competência Pessoal, Competência Social, Suporte Social, Coesão Familiar e Estrutura Pessoal (Hjemdal et al., 2001, cit. por Pereira et al., 2013). Atualmente é composta por 33 itens, e apresenta uma escala de resposta do tipo *Likert* (7 pontos) em formato de resposta de diferencial semântico (e.g., para o item 16, “A minha família caracteriza-se por...”, a escala de sete pontos varia entre “desunião” e “coesão saudável”) (Friborg et al., 2005, cit. por Pereira et al., 2013) e os fatores assumem uma estrutura de seis, respetivamente: Perceção do *Self* (avalia a confiança

nas próprias capacidades e julgamentos, autoeficácia e expectativas) (6 itens); Planeamento do Futuro (avalia a capacidade de planeamento antecipado, de ter uma visão otimista e de se orientar por objetivos) (4 itens); Competências Sociais (avalia a flexibilidade em interações sociais, sentir-se à vontade em ambientes sociais e o uso positivo do humor) (6 itens); Estilo Estruturado (avalia a capacidade de ter e seguir rotinas, de organização do próprio tempo, e a preferência por objetivos e planos claros) (4 itens); Coesão Familiar (avalia se os valores são partilhados ou discordantes na família, se os membros da família apreciam passar tempo juntos, se têm uma visão otimista do futuro e apoio mútuo) (6 itens); e, por fim, Recursos Sociais (mede a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa confiante fora do núcleo familiar, a quem recorrer caso necessite de ajuda) (7 itens) (Hjemdal et al., 2006, cit. por Pereira et al., 2013).

Cada questão é cotada de 1 a 7, contudo, 17 dos 33 itens têm de ser invertidos antes da sua utilização nos cálculos finais, para que as pontuações mais elevadas correspondam a níveis mais elevados de resiliência. Ao optar pelos resultados totais, soma-se os resultados nos itens de cada fator, pelo que o resultado total deve variar entre 33 e 231 (Pereira et al., 2013). Na versão inicial, o instrumento apresenta os seguintes alfas de *Cronbach*: Competência Pessoal (.90), Competência Social (.83), Coesão Familiar (.87), Suporte Social (.83) e Estrutura Pessoal (.67) (Friborg et al., 2003).

Na versão portuguesa, no que se refere à consistência interna, os autores obtiveram um alfa de .94 para o total da escala. Quanto aos seis fatores, adquiriram os valores: .38 (Estilo Estruturado), .72 (Competências Sociais), .75 (Planeamento do Futuro), .78 (Perceção do Self), .81 (Coesão Familiar) e .84 (Recursos Sociais) (Pereira et al., 2013). No estudo atual, os resultados da consistência interna para cada um dos fatores revela uma consistência interna aceitável. Concretamente os valores de consistência interna são os seguintes: Perceção do Self ( $\alpha = .66$ ), Planeamento do Futuro ( $\alpha = .68$ ), Competências Sociais ( $\alpha = .50$ ), Estilo Estruturado ( $\alpha = .40$ ), Coesão Familiar ( $\alpha = .80$ ) e Recursos Sociais ( $\alpha = .69$ ). As subescalas com valor inferior a .60 (Competências Sociais e Estilo Estruturado) não foram consideradas nos procedimentos estatísticos subsequentes.



### 8.2.5. Questionário de Regulação Emocional (ERQ)

Para avaliar a variável de Regulação emocional, recorreu-se ao Questionário de Regulação Emocional (ERQ), originalmente desenvolvido por Gross e John (2003) e adaptado e validado para a população portuguesa por Filipa Machado Vaz e Carla Martins (2008).

Este instrumento é de autorresposta e apresenta 10 itens numa escala do tipo *Likert*, composto por duas subescalas: (1) Reavaliação cognitiva (estratégia que antecede à resposta emocional e permite mudar a totalidade da sequência emocional) (Gross & Thompson, 2007). Apresenta 6 itens, e.g. “*Quando quero sentir emoções mais positivas (como alegria ou contentamento) mudo o que estou a pensar*” e (2) Supressão emocional (associa-se à modificação da componente comportamental e expressão emocional, não diminuindo a experiência emocional negativa) (Vaz et al., 2008), com 4 itens, e.g. “*Guardo as minhas emoções para mim próprio.*”

A escala é avaliada numa pontuação que varia entre 1 e 7, pelo que, um (1) se refere a “discordo totalmente”, três (3) a “não concordo nem discordo” e sete (7) a “concordo totalmente.” Quanto à cotação, na subescala reavaliação cognitiva quanto maior for a pontuação, mais emoções positivas são sentidas pelo indivíduo; na subescala supressão emocional quanto mais elevada for a pontuação, menos emoções positivas são sentidas pelo indivíduo (Vaz et al., 2008).

Na escala original, este instrumento, apresenta alfas de *Cronbach* de .80 para a subescala Reavaliação cognitiva e de .73 para a subescala de Supressão emocional. Na versão portuguesa, revela os valores de .76 para Reavaliação cognitiva e .65 para a escala de Supressão emocional (Vaz, 2009). Neste trabalho, obteve-se uma boa consistência interna na subescala Reavaliação cognitiva ( $\alpha=.84$ ) e uma validade interna classificada como inadmissível para a subescala Supressão emocional ( $\alpha=.56$ ).

**Tabela 1**  
*Consistência Interna*

| Itens                   | Alfa de <i>Cronbach</i> | Nº de itens |
|-------------------------|-------------------------|-------------|
| Perceção do <i>Self</i> | .66                     | 6           |
| Planeamento do Futuro   | .68                     | 4           |
| Competências Sociais    | .50                     | 6           |
| Estilo Estruturado      | .40                     | 4           |
| Coesão Familiar         | .80                     | 6           |
| Recursos Sociais        | .69                     | 7           |
| Reavaliação Cognitiva   | .84                     | 6           |
| Supressão Emocional     | .56                     | 4           |
| AF-lazer                | .55                     | 4           |
| AF-desporto             | .38                     | 4           |
| AF-total                | .77                     | 2           |

### 8.3. Procedimentos

Foi obtido um parecer positivo da Comissão de Ética (CE) do CIP-UAL (Centro de Investigação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa - UAL), assim como, solicitada a autorização aos autores dos instrumentos utilizados. Para a recolha de dados em ambos os grupos, que ocorreu entre o mês de Junho a Setembro de 2022, foram contactados via telefone e *email*, estabelecimentos com atividades desportivas para seniores na zona de Sintra e Lisboa, bem como, realizada abordagem presencial em zonas públicas como jardins e cafés nas localizações mencionadas.

Em todos os casos, de forma a obter as autorizações para a recolha de dados, foram esclarecidos os objetivos, os procedimentos e a duração do estudo. Os participantes interessados deram o seu consentimento, tendo sido informados do carácter anónimo e voluntário da sua participação e possível desistência, sem presença de quaisquer prejuízos. Foram assegurados esclarecimentos relativos ao consentimento e a dúvidas que pudessem surgir.

Após a transmissão da informação relativa ao estudo e respetiva obtenção das confirmações, procedeu-se à apresentação da investigadora e à aplicação dos

questionários, que tiveram uma duração aproximada de 15 minutos por pessoa. Estes foram aplicados individualmente, sendo que alguns foram oralmente com a ajuda da investigadora, devido a presença de surdez, cegueira ou analfabetismo no participante. Foram tomadas medidas para garantir a não exposição de informações que identificassem o participante, como o fornecimento de um número a cada questionário e não o nome da pessoa.

Os resultados do estudo serão divulgados, por solicitação dos participantes e, assim, enviados por *e-mail* num documento síntese com as principais conclusões.

#### **8.4. Análise de Dados**

Após a recolha da amostra, os dados foram inseridos e analisados através do programa estatístico *IBM SPSS Statistics* (versão 28.0.1.0). A análise estatística abrangeu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas, médias e desvios-padrão) na descrição de variáveis sociodemográficas e de estudo e estatística inferencial para identificar possíveis diferenças entre os grupos em estudo (praticantes de AF vs. não praticantes de AF), tal como potenciais relações lineares entre as variáveis de estudo (AF, resiliência e regulação emocional).

Com o objetivo de perceber que tipo de teste seria utilizado na análise inferencial, procedeu-se à análise da distribuição normal, por meio do teste *Shapiro-Wilk*. Tendo em conta os resultados do teste de normalidade (Tabela 2) decidiu-se proceder ao uso de testes não paramétricos para a análise de dados. Começámos por levar a cabo o teste *Mann-Whitney* para averiguar potenciais diferenças entre o grupo de praticantes de AF e o grupo de não praticantes nas variáveis de estudo (resiliência e regulação emocional).

Posteriormente, procedemos ao cálculo de correlações bivariadas (Correlação de *Spearman*) das variáveis. Em relação à análise do nível da correlação, recorreu-se aos critérios de Cohen (1988), para interpretação dos coeficientes de correlação, os quais consideram que uma correlação fraca se depara com valores inferiores a  $<.30$ , moderada quando  $\geq .30$  e  $< .50$ , enquanto uma correlação forte  $\geq .50$ .

**Tabela 2**  
*Testes de normalidade*

|                         | Estatística | <i>Shapiro-Wilk</i><br>gl | Sig.  |
|-------------------------|-------------|---------------------------|-------|
| <b>Praticantes</b>      |             |                           |       |
| Supressão Emocional     | .963        | 28                        | .419  |
| Reavaliação Cognitiva   | .880        | 28                        | .004  |
| Perceção do <i>Self</i> | .914        | 28                        | .025  |
| Planeamento do Futuro   | .959        | 28                        | .338  |
| Coesão Familiar         | .861        | 28                        | .002  |
| Recursos Sociais        | .900        | 28                        | .012  |
| <b>Não Praticantes</b>  |             |                           |       |
| Supressão Emocional     | .953        | 29                        | .224  |
| Reavaliação Cognitiva   | .829        | 29                        | <.001 |
| Perceção do <i>Self</i> | .893        | 29                        | .007  |
| Planeamento do Futuro   | .911        | 29                        | .018  |
| Coesão Familiar         | .929        | 29                        | .052  |
| Recursos Sociais        | .849        | 29                        | <.001 |

### **PARTE III – RESULTADOS**

## 9. Estatística Descritiva

### 9.1. Variáveis sociodemográficas

A amostra é composta por 60 adultos idosos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos, respetivamente praticantes de atividade física regular e não praticantes de atividade física. Relativamente ao grupo de praticantes, as participantes do sexo feminino (56,7%) e os participantes do sexo masculino (43,3%), apresentam idades compreendidas entre os 65 e 88 anos ( $M = 73,47$  e  $DP = 5,44$ ). No que se refere ao nível escolar alcançado, a maioria completou o 1º ciclo de escolaridade (36,7%). Nas questões direcionadas para a prática de AF, verificou-se que todos os participantes deste grupo, iniciaram a prática de atividade física antes da pandemia (100%). Salientou-se a prática de caminhadas, como modalidade predominante neste grupo (46,7%). Quanto à influência sobre o início da pandemia na prática de AF, a maioria referiu que não impactou nada (46,7%) e o mesmo se observa no momento atual da pandemia (66,7%).

Em relação ao grupo de não praticantes, ressalta-se que os participantes do sexo feminino (70%) e do sexo masculino (30%) apresentam idades entre 65 e 86 anos ( $M = 75,10$  e  $DP = 5,88$ ). No que diz respeito ao nível escolar alcançado, a maioria apresenta o 1º ciclo (33,3%), dado semelhante ao grupo de praticantes. No que reporta à prática de AF neste grupo, a grande maioria não realizava atividade física antes do início da pandemia (63,3%). Todas as características sociodemográficas dos participantes podem ser consultadas, em detalhe, nas Tabelas 3 e 4.

**Tabela 3***Caraterísticas Sociodemográficas do grupo de Praticantes (N=30)*

| Variáveis                              | N  | %    | M (DP)       | Mín-Máx |
|--|----|------|--------------|---------|
| <b>Sexo</b>                            |    |      |              |         |
| Feminino                               | 17 | 56,7 |              | 65-88   |
| Masculino                              | 13 | 43,3 |              |         |
| <b>Idade</b>                           | 30 |      | 73,47 (5,44) |         |
| Reformado                              | 29 | 96,7 |              |         |
| Outros                                 | 1  | 3,3  |              |         |
| 1º Ciclo                               | 11 | 36,7 |              |         |
| 2º Ciclo                               | 1  | 3,3  |              |         |
| 3º Ciclo                               | 5  | 16,7 |              |         |
| Ensino Sec.                            | 2  | 6,7  |              |         |
| Curso Técnico                          | 2  | 6,7  |              |         |
| Ensino Superior                        | 9  | 30   |              |         |
| AF antes da<br>pandemia                | 30 | 100  |              |         |
| Mantém a prática                       | 30 | 100  |              |         |
| Caminhadas                             | 14 | 46,7 |              |         |
| Hidroginástica                         | 3  | 10   |              |         |
| Pilates                                | 8  | 26,7 |              |         |
| Ginásio                                | 2  | 6,7  |              |         |
| Outros                                 | 3  | 10   |              |         |
| 1 vez p/semana                         | 5  | 16,6 |              |         |
| 2 vezes p/semana                       | 6  | 20   |              |         |
| 3 vezes p/semana                       | 19 | 63,3 |              |         |
| Casa                                   | 2  | 6,7  |              |         |
| Exterior                               | 28 | 93,3 |              |         |
| <b>Influência<br/>pandemia</b>         |    |      |              |         |
| Nada                                   | 14 | 46,7 |              |         |
| Pouco                                  | 7  | 23,3 |              |         |
| Muito                                  | 9  | 30   |              |         |
| <b>Influência<br/>pandemia (atual)</b> |    |      |              |         |
| Nada                                   | 20 | 66,7 |              |         |
| Pouco                                  | 4  | 13,3 |              |         |
| Muito                                  | 6  | 20   |              |         |

**Nota:** M – Média; DP – Desvio-Padrão

**Tabela 4***Caraterísticas Sociodemográficas do grupo de Não Praticantes (N=30)*

| Variáveis                   | N  | %    | <i>M (DP)</i> | Mín-Máx |
|-----------------------------|----|------|---------------|---------|
| <b>Sexo</b>                 |    |      |               |         |
| Feminino                    | 21 | 70   |               |         |
| Masculino                   | 9  | 30   |               |         |
| <b>Idade</b>                |    |      |               |         |
| Reformado                   | 30 | 100  | 75,10 (5,88)  | 65-86   |
| <b>S/escolaridade</b>       |    |      |               |         |
| 1º Ciclo                    | 4  | 13,3 |               |         |
| 2º Ciclo                    | 10 | 33,3 |               |         |
| 3º Ciclo                    | 2  | 6,7  |               |         |
| Ensino Sec.                 | 3  | 10   |               |         |
| Curso Técnico               | 4  | 13,3 |               |         |
| Ensino Superior             | 1  | 3,3  |               |         |
| 6                           | 20 |      |               |         |
| <b>AF antes da pandemia</b> |    |      |               |         |
| Sim                         | 11 | 36,7 |               |         |
| Não                         | 19 | 63,3 |               |         |
| <b>Mantém a prática</b>     |    |      |               |         |
| Sim                         | 8  | 26,7 |               |         |
| Não                         | 22 | 73,3 |               |         |
| <b>Local de prática</b>     |    |      |               |         |
| Nenhuma                     | 19 | 63,3 |               |         |
| Caminhadas                  | 9  | 30   |               |         |
| Hidroginástica              | 1  | 3,3  |               |         |
| Outros                      | 1  | 3,3  |               |         |
| <b>Local de residência</b>  |    |      |               |         |
| Casa                        | 1  | 3,3  |               |         |
| Exterior                    | 10 | 33,3 |               |         |
| Nenhum                      | 19 | 63,3 |               |         |
| <b>Influência pandemia</b>  |    |      |               |         |
| Nada                        | 23 | 76,7 |               |         |
| Muito                       | 7  | 23,3 |               |         |

**Nota:** *M* – Média; *DP* – Desvio-Padrão



## 9.2. Variáveis de estudo

Relativamente às variáveis do estudo (Tabela 5), foi possível verificar no grupo de praticantes de AF, na subescala Supressão Emocional, uma média de 18,23 ( $DP = 6,36$ ) e na subescala Reavaliação Cognitiva, uma média de 33,25 ( $DP = 8,66$ ). No que se refere à Resiliência, especificamente os fatores Perceção do *Self*, Planeamento do Futuro, Coesão Familiar, Recursos Sociais, verificou-se as seguintes médias 33,43 ( $DP = 7,46$ ); 18,87 ( $DP = 6,26$ ); 30,53 ( $DP = 10,07$ ); 37,93 ( $DP = 9,95$ ).

Quanto ao grupo de não praticantes, na subescala Supressão Emocional, observou-se uma média de 15,17 ( $DP = 6,79$ ) e na subescala Reavaliação Cognitiva, uma média de 30,60 ( $DP = 12,65$ ). Nos fatores Perceção do *Self*, Planeamento do Futuro, Coesão Familiar, Recursos Sociais, verificou-se as médias 33,10 ( $DP = 7,94$ ); 15,50 ( $DP = 5,46$ ); 31,10 ( $DP = 9,08$ ); 42,10 ( $DP = 7,45$ ). Na resiliência, nos fatores referidos: Perceção do *Self*, Planeamento do Futuro, Coesão Familiar, Recursos Sociais, verificou-se as médias 33,10 ( $DP = 7,94$ ); 15,50 ( $DP = 5,46$ ); 31,10 ( $DP = 9,08$ ); 42,10 ( $DP = 7,45$ ).

No que concerne à AF total, notou-se no grupo de praticantes uma média de 5,91 ( $DP = ,773$ ) enquanto no grupo de não praticantes, uma média de 3,78 ( $DP = ,868$ ).

**Tabela 5**  
*Variáveis de estudo*

| Variáveis                | <i>M</i> | <i>DP</i> | Mín | Máx |
|--------------------------|----------|-----------|-----|-----|
| <b>Praticantes</b>       |          |           |     |     |
| Supressão emocional      | 18,23    | 6,36      | 4   | 28  |
| Reavaliação cognitiva    | 33,25    | 8,66      | 13  | 42  |
| Percepção do <i>Self</i> | 33,43    | 7,46      | 15  | 42  |
| Planeamento do Futuro    | 18,87    | 6,26      | 4   | 28  |
| Coesão Familiar          | 30,53    | 10,07     | 8   | 42  |
| Recursos Sociais         | 37,93    | 9,95      | 7   | 49  |
| AF-total                 | 5,91     | .773      | 5   | 8   |
| <b>Não praticantes</b>   |          |           |     |     |
| Supressão emocional      | 15,17    | 6,79      | 4   | 28  |
| Reavaliação cognitiva    | 30,60    | 12,65     | 6   | 42  |
| Percepção do <i>Self</i> | 33,10    | 7,94      | 18  | 42  |
| Planeamento do Futuro    | 15,50    | 5,46      | 7   | 28  |
| Coesão Familiar          | 31,10    | 9,08      | 9   | 42  |
| Recursos sociais         | 42,10    | 7,45      | 22  | 49  |
| AF-total                 | 3,78     | .868      | 3   | 6   |

**Nota:** *M* – Média; *DP* – Desvio-Padrão

### 9.3. Estatística Inferencial

#### 9.3.1. Diferenças entre o grupo de praticantes vs. o grupo de não praticantes

Recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* (U) para verificar a existência de diferenças significativas nas variáveis regulação emocional e resiliência entre o grupo de praticantes e o grupo de não praticantes de AF (Tabela 6 e 7).

**Tabela 6**  
*Estatísticas de Teste<sup>a</sup>*

|                                     | Supressão Emocional | Reavaliação Cognitiva | Percepção do <i>Self</i> | Planeamento do Futuro | Coesão Familiar | Recursos Sociais |
|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| U de Mann-Whitney                   | 336,500             | 388,500               | 441,000                  | 288,000               | 446,500         | 323,000          |
| Wilcoxon W                          | 801,500             | 853,500               | 906,000                  | 753,000               | 911,500         | 758,000          |
| Z                                   | -1,683              | -,498                 | -,134                    | -2,402                | -,052           | -1,713           |
| Significância Sig. (2 extremidades) | ,092                | ,618                  | ,894                     | ,016                  | ,959            | ,087             |

<sup>a</sup>Variável de Agrupamento: AF

**Tabela 7**  
*Postos*

|                          | Grupo          | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------------|----------------|----|-----------|--------------|
| Supressão Emocional      | Praticante     | 30 | 34,28     | 1028,50      |
|                          | Não Praticante | 30 | 26,72     | 801,50       |
|                          | Total          | 60 |           |              |
| Reavaliação Cognitiva    | Praticante     | 28 | 30,63     | 857,50       |
|                          | Não Praticante | 30 | 28,45     | 853,50       |
|                          | Total          | 58 |           |              |
| Percepção do <i>Self</i> | Praticante     | 30 | 30,80     | 924,00       |
|                          | Não Praticante | 30 | 30,20     | 906,00       |
|                          | Total          | 60 |           |              |
| Planeamento do Futuro    | Praticante     | 30 | 35,90     | 1077,00      |
|                          | Não Praticante | 30 | 25,10     | 753,00       |
|                          | Total          | 60 |           |              |
| Coesão Familiar          | Praticante     | 30 | 30,38     | 911,50       |
|                          | Não Praticante | 30 | 30,62     | 918,50       |
|                          | Total          | 60 |           |              |
| Recursos Sociais         | Praticante     | 29 | 26,14     | 758,00       |
|                          | Não Praticante | 30 | 33,73     | 1012,00      |
|                          | Total          | 59 |           |              |

Em relação à primeira hipótese H1 (prevê-se encontrar diferenças significativas entre o grupo de praticantes de AF regular e o grupo de não praticantes de AF regular, nas variáveis resiliência e regulação emocional), os resultados indicam que nos quatro fatores da Escala de Resiliência para Adultos, apenas um (Planeamento do Futuro) demonstra diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $M = 25.10$ ) ( $U = 288.00$ ,  $p = .016$ ).

Quanto aos resultados da variável regulação emocional, verificámos que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de praticantes de AF e o grupo de não praticantes.

Na supressão emocional do grupo de praticantes, observámos ( $M = 34.28$ ) ( $U = 336.500$ ,  $p = .092$ ). Na reavaliação cognitiva, ( $M = 30.63$ ) ( $U = 388.500$ ,  $p = .618$ ).

No grupo de não praticantes, na supressão emocional ( $M = 26.72$ ) ( $U = 336.500$ ,  $p = .092$ ); na reavaliação cognitiva ( $M = 28.45$ ) ( $U = 388.500$ ,  $p = .618$ ).

### **9.3.2. Associações entre a AF, regulação emocional e resiliência no grupo de praticantes**

Recorremos ao teste de correlações bivariadas de *Spearman*, para verificar a associação entre a AF, a resiliência e a regulação emocional. Ressaltamos os resultados seguintes: a observação de uma correlação negativa, moderada e significativa ( $\rho = -.411^*$ ;  $p\text{-value} = .030$ ), entre a AF e a RC, o que significa que quanto maior for a AF menor será a RC. Além deste aspeto, salientamos a observação de uma correlação positiva, moderada e significativa entre a subescala RC e PS ( $\rho = -.412^*$ ;  $p\text{-value} = .029$ ) (Tabela 8).

**Tabela 8***Correlações entre a AF, Resiliência e a Regulação Emocional*

| AF-Total                     | AF-Total | P.S.   | P.F.   | C.F.   | R.S.   | S.E.  | R.C.   |
|------------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| Coeficiente de Correlação    | 1.000    | .043   | .299   | .038   | .355   | -.295 | -.411* |
| Sig. (2 extremidades)        | .        | .820   | .109   | .843   | .059   | .113  | .030   |
| N                            | 30       | 30     | 30     | 30     | 29     | 30    | 28     |
| Percepção do Self (P.S.)     |          |        |        |        |        |       |        |
| Coeficiente de Correlação    | .043     | 1.000  | .522** | .581** | .467*  | -.058 | .412*  |
| Sig. (2 extremidades)        | .820     | .      | .003   | <.001  | .011   | .760  | .029   |
| N                            | 30       | 30     | 30     | 30     | 29     | 30    | 28     |
| Planeamento do Futuro (P.F.) |          |        |        |        |        |       |        |
| Coeficiente de Correlação    | .299     | .522*  | 1.000  | .471** | .664** | -.148 | .062   |
| Sig. (2 extremidades)        | .109     | .003   | .      | .009   | <.001  | .434  | .754   |
| N                            | 30       | 30     | 30     | 30     | 29     | 30    | 28     |
| Coesão Familiar (C.F.)       |          |        |        |        |        |       |        |
| Coeficiente de Correlação    | .038     | .581** | .471** | 1.000  | .508** | .007  | .259   |
| Sig. (2 extremidades)        | .843     | <.001  | .009   | .      | .005   | .971  | .183   |
| N                            | 30       | 30     | 30     | 30     | 29     | 30    | 28     |
| Recursos Sociais (R.S.)      |          |        |        |        |        |       |        |
| Coeficiente de Correlação    | .355     | .467*  | .664** | .508** | 1.000  | -.253 | .111   |
| Sig. (2 extremidades)        | .059     | .011   | <.001  | .005   | .      | .186  | .575   |
| N                            | 29       | 29     | 29     | 29     | 29     | 29    | 28     |
| Supressão Emocional (S.E.)   |          |        |        |        |        |       |        |
| Coeficiente de Correlação    | -.295    | -.058  | -.148  | .007   | -.253  | 1.000 | .161   |
| Sig. (2 extremidades)        | .113     | .760   | .434   | .971   | .186   | .     | .414   |
| N                            | 30       | 30     | 30     | 30     | 29     | 30    | 28     |
| Reavaliação Cognitiva (R.C.) |          |        |        |        |        |       |        |
| Coeficiente de Correlação    | -.411*   | .412*  | .062   | .259   | .111   | .161  | 1.000  |
| Sig. (2 extremidades)        | .030     | .029   | .754   | .183   | .575   | .414  | .      |
| N                            | 28       | 28     | 28     | 28     | 28     | 28    | 28     |

**Nota:** \*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## **PARTE IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

## 10. Discussão

Nesta secção pretende-se apresentar uma análise dos resultados obtidos tendo por base a revisão de literatura e os objetivos delineados inicialmente. Este presente trabalho teve como objetivo explorar potenciais diferenças entre dois grupos de idosos (praticantes de AF regular vs. não praticantes) nas variáveis resiliência e regulação emocional, as quais a literatura tem evidenciado como relevantes. Diversos estudos demonstram que níveis altos de resiliência contribuem para um envelhecimento mais saudável, demonstrando um compromisso relevante em atividades relacionadas com o envelhecimento saudável (MacLeod et al., 2016; Ávila, 2021), bem como, aumenta níveis de bem-estar emocional e influencia a capacidade de regular as emoções, através da recuperação emocional de experiências emocionais negativas (Bernstein & McNally, 2018; Liu et al., 2018; Fave et al., 2018). Além destes aspetos, constatámos a importância que a AF assume na saúde física e psicológica do adulto idoso, nomeadamente o seu papel protetor na vivência do processo de envelhecimento promovendo, desta forma, um envelhecimento ativo/saudável. No entanto, embora muitos estudos refiram os benefícios da AF, no que se refere a atingir os níveis de prática atualmente recomendados para estas idades, há autores que mencionam que com frequência, os mesmos não são atingidos pela população idosa (Andrieiev et al., 2019).

Começamos por destacar os resultados que possibilitaram testar a primeira hipótese (H1: “Prevê-se encontrar diferenças significativas entre o grupo de praticantes de AF regular e o grupo de não praticantes de AF regular nas variáveis resiliência e regulação emocional”), os quais sugerem que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na variável resiliência, concretamente na dimensão Planeamento do Futuro, confirmando-se parcialmente esta hipótese, dado que não foram observadas diferenças significativas nas restantes dimensões da escala de resiliência, nem subescalas da variável regulação emocional.

Em referência à resiliência, o estudo longitudinal de Ávila (2021) encontrou resultados semelhantes ao estudo presente. Ao proceder à avaliação da associação entre resiliência, saúde mental e AF, a autora verificou que os praticantes de AF que a praticavam de modo contínuo, mostravam uma maior resiliência comparativamente a quem não se dedicava a uma AF regular. Pelo que, sugerimos que há a possibilidade de

praticantes de AF regular apresentarem valores significativos no fator de resiliência Planeamento do Futuro relacionado com uma maior capacidade de planeamento antecipado, uma visão otimista e orientação por objetivos alcançáveis e claros por parte dos indivíduos (Pereira et al., 2013). Assim, permite-se abrir espaço ao desenvolvimento desta característica de resiliência, pela relevância que assume neste estudo.

Relativamente à regulação emocional, apesar da maioria dos estudos referir que a AF pode ser considerada como um fator de relevância para o uso e promoção de estratégias de regulação emocional mais adaptativas, para o aumento de níveis de bem-estar emocional dos seus praticantes, bem como, contribuir para uma forte aptidão de regulação de emoções (Fave et al., 2018; Liu et al., 2018; Giles et al., 2017), neste estudo tal não se verificou. Aparentemente as estratégias de regulação emocional não foram, significativamente diferentes entre ambos os grupos da amostra deste estudo.

No que se refere à segunda hipótese (H2: “Espera-se encontrar uma associação positiva entre atividade física, resiliência e regulação emocional.”), observámos que esta apenas se encontra parcialmente confirmada. Ao analisar os resultados encontrámos uma associação positiva entre a prática de AF e resiliência, o que vai de encontro com o estudo de MacLeod et al. (2016). Contudo, encontrámos uma associação negativa entre AF e regulação emocional, em concreto na estratégia reavaliação cognitiva. Assim, quanto maior a prática de AF menor o uso da estratégia reavaliação cognitiva, apresentando-se divergências com a literatura existente. A literatura refere que há uma maior tendência ao uso de estratégias adaptativas, nas quais se inclui a estratégia reavaliação cognitiva, derivado da prática de AF (Giles et al., 2017, Perchtold-Stefan et al., 2020, cit por Wu et al., 2022; Bernstein & McNally, 2018; Fave et al., 2018). Contudo, o maior recurso a esta estratégia não decorreu do aumento do nível de AF. Não temos conhecimento de estudos que tenham chegado a estas observações na variável em causa, a não ser com uma população distinta (estudantes universitários) e com a observação de uma associação negativa entre AF e a estratégia supressão emocional (Wu et al., 2022).



Ao nosso trabalho, acrescentámos uma descrição dos níveis de atividade física da nossa amostra, no sentido de conhecer os níveis de prática de AF antes e durante a pandemia (COVID-19). Tendo em conta as repercussões da pandemia, a vários níveis, era de esperar que a prática de AF tivesse sido interrompida aumentando-se o comportamento sedentário, tal como referido na literatura (Park et al., 2022; Zach et., 2021; Tao et al., 2022). Ao analisar a nossa amostra de participantes, percebemos que a todos os participantes praticantes que iniciaram a AF antes da pandemia a mantinham até ao momento atual, sendo que, a grande maioria (63,3%) a realizava cerca de 3 vezes por semana. Os nossos resultados apresentam semelhanças com o estudo de Brito et al. (2021), que verificou que os participantes mais velhos apresentaram uma frequência maior de prática de AF. No entanto, apresenta divergências com os autores Tao et al. (2022), que analisaram uma redução de taxas na realização de AF durante a pandemia, relacionando esse decréscimo com recursos escassos como a ausência de espaços verdes, a habitação em espaços pequenos e com muitas pessoas. Neste caso, os resultados do nosso estudo poderão ser explicados pela presença de espaços verdes ao redor dos participantes, para a realização de caminhadas, a modalidade mais recorrida. Segundo Coon et al. (2011), a prática de atividades desportivas em ambientes naturais pode assumir-se como meio para que o individuo se torne mais ativo, apresentando-se como vantagem para o engajamento do idoso na prática de atividade física. No entanto, no grupo de controlo do presente trabalho, percebemos que cerca de 36,7% dos participantes praticavam AF numa fase pré-covid e terá cessado logo após a ocorrência do surto, o que coincide com resultados de outros trabalhos que justificam esta observação, pelas medidas que foram impostas, para fazer face à pandemia e que claramente bloquearam passagem ao objetivo do individuo se manter ativo naquele momento (Dwyer et al., 2020; Park et al., 2022).

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, encontramos limitações que impediram o seu enriquecimento. Gostaríamos de destacá-las tal como apresentar possíveis soluções para ultrapassar as mesmas. Primeiramente, importa referir que o facto da nossa amostra ser de tamanho reduzido, não nos permitiu obter resultados mais precisos e representativos da população. Justificamos este facto, pela rejeição que obtivemos por parte de algumas instituições contactadas para participar na investigação, bem como, pelo contexto pandémico e estação do ano (verão) em que recolhemos os

dados. No recrutamento de participantes, muitas pessoas se encontravam em período de férias e por isso, distantes dos locais de recolha, o que dificultou a recolha de dados. Contudo, tentámos colmatar esta limitação através da recolha em alguns espaços públicos, abordando pessoas das faixas etárias pretendidas, o que não permitiu controlar algumas variáveis importantes, tais como o nível exato de atividade física. Sugerimos em estudos futuros a inclusão de um número maior de participantes e maior abrangência de locais. Outra limitação relativa à amostra deste estudo deve-se ao facto da grande maioria ser do sexo feminino e, neste sentido, seria interessante a inclusão de um maior número de participantes do sexo masculino.

O uso de escalas de autorrelato, tornou-se também uma limitação na medida em que as respostas dadas pelos participantes podem ter sido influenciadas pelas crenças que têm de si mesmos, como pela desejabilidade social, isto é, pressão sentida para responder de acordo com o que é mais aceitável socialmente (Shaughnessy et al., 2012). Além deste aspeto, a extensão do questionário de resiliência para adultos (ERA), pode também ter enviesado as respostas, de forma que podem ter sido dadas aleatoriamente pela exaustão derivada da extensão ou dificuldades na interpretação das questões. Uma limitação em geral no uso dos questionários deste estudo, debateu-se no facto de algumas subescalas apresentarem uma consistência interna inaceitável, por exemplo a subescala supressão emocional e a dimensão estilo estruturado, da escala de resiliência.

Neste sentido, sugerimos que futuras investigações recorram a outro instrumento, para avaliar estas variáveis. O facto de o nosso estudo ser de carácter transversal, não possibilitou avaliar a evolução do nível de atividade física ao longo do tempo e investigar relações causais entre as variáveis que estudámos, de modo que, futuramente pode ser considerada a realização de um estudo de carácter longitudinal para compreender estas relações com maior profundidade.

Apesar das limitações expostas nos parágrafos anteriores pensamos que a nível de contributos, os resultados do nosso estudo têm implicações teóricas e práticas de relevância. Com este estudo, reforça-se a ideia apoiada na literatura científica existente que demonstra benefícios da AF no adulto mais velho, concretamente nos níveis de resiliência. Sugerimos que existe a possibilidade de idosos praticantes de AF regular diferenciarem-se de idosos sedentários, quanto ao planeamento do futuro.

Em termos de implicações práticas, observámos durante o desenvolvimento deste trabalho, benefícios como a sensibilização para um estilo de vida saudável, centrado na prática de atividade física. Tendo isto sido possível através do contacto com o participante, ao analisar a sua preocupação para com a melhoria do seu estado geral de saúde, durante a recolha. Consideramos que os nossos resultados poderão ser usados para informar e proceder ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde junto desta população, bem como, planeamento de intervenções. Pensamos que a sensibilização, poderá constituir-se como um primeiro passo na construção de um novo estilo de vida, impactando-se positivamente o processo de envelhecimento atual e futuro do indivíduo. De modo que, consideramos fundamental uma atuação mais recorrente e precisa neste âmbito.

### **10.1. Conclusão**

A pertinência geral do nosso estudo centra-se na importância que a atividade física assume no alcance e experiência de um envelhecimento considerado saudável, isto é, experienciar a longevidade com qualidade tal como foi referido no decorrer do enquadramento teórico. No entanto, a população idosa não atinge frequentemente os níveis recomendados pela Organização Mundial de Saúde, no que se refere à prática regular de AF, daí a importância da sua sensibilização. O estudo foca-se nas diferenças na resiliência e na regulação emocional entre um grupo de praticantes de AF regular e um grupo de não praticantes de AF regular. Deste modo, após a análise de dados, verificámos que as duas hipóteses testadas se encontram parcialmente confirmadas. Concretamente, os resultados mostram que o grupo de praticantes apresenta valores superiores no fator planeamento do futuro, que pertence à variável de resiliência. No que se refere às estratégias de regulação emocional, não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos. Relativamente à existência de uma associação positiva entre a AF, resiliência e regulação emocional, apenas se observou uma associação positiva entre a atividade física e a resiliência, pelo que a AF e a reavaliação cognitiva demonstraram uma associação negativa. Espera-se que os resultados desta investigação possam contribuir através da compreensão da relação entre as variáveis em estudo, bem como, na promoção de estratégias e intervenções, que visem o aumento dos

níveis de prática de AF e consequentes benefícios psicológicos, emocionais e físicos, junto desta população.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M. C. B., & Ribeiro, J. L. P. (2014). Adaptação do habitual physical activity questionnaire (baecke), versão modificada, para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 27-36. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1303>
- Altavilla, G., D'Elia, F., & Raiola, G. (2018). A brief review of the effects of physical activity in subjects with cardiovascular disease: An interpretative key. *Sport Mont*, 16(3), 103-106.
- American Psychological Association. (2014). *The road to resilience*. <https://health.usf.edu/medicine/gme/wellness/~media/0773B749587D479D8217150015E595A2.ashx>
- Andrieieva, O., Hakman, A., Kashuba, V., Vasylenko, M., Patsaliuk, K., Koshura, A., & Istyniuk, I. (2019). Effects of physical activity on aging processes in elderly persons. *Journal of Physical Education and Sport*, 19, 1308-1314.
- Araújo, D., & Serpa, S. (2004). Psicologia do desporto em Portugal: passado, presente e futuro. *Povos E Culturas*, (9), 359-374. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2004.8837>
- Ávila, M. P. W. (2021). Atividade física, saúde mental e resiliência em idosos da comunidade em juiz de fora - estudo longitudinal de quatro anos de seguimento. [Doctoral dissertation, Universidade Federal de Juiz de Fora]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/12954>
- Ávila, M. P., Corrêa, J. C., Zaidem, M. C. C. F., Passos, M. V., Vasconcelos, A. P., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2022). Resilience and mental health among regularly and intermittently active older adults: results from a four-year longitudinal study. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 41(8), 1924–1933. <https://doi.org/10.1177/07334648221095075>
- Azevedo, L. (2022). Este país é para velhos? Migrações e envelhecimento em Portugal, *Forum Sociológico [Online]*, 40, 74-84. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10567>.
- Bahmani, D. S., Razazian, N., Motl, R. W., Farnia, V., Alikhani, M., Pühse, U., & Brand, S. (2020). Physical activity interventions can improve emotion regulation and dimensions of empathy in persons with multiple sclerosis: An exploratory

study. *Multiple sclerosis and related disorders*, 37, 1-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.101380>

- Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., & Fiatarone Singh, M. A. (2016). Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”. *The gerontologist*, 56(2), S268-S280. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw031>
- Bernstein, E. E., & McNally, R. J. (2018). Exercise as a buffer against difficulties with emotion regulation: a pathway to emotional wellbeing. *Behaviour Research and Therapy*, 109, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.07.010>
- Bezerra, J. B., Konrad, L. M., de Souza Pinto, J. D., Oliveira, A. P., Brito, A. J. B., & Benedetti, T. R. B. (2021). Promovendo envelhecimento ativo para idosos do norte do Brasil: efeitos de um programa de atividade física. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 55635-55645. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-121>
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Gordon, N. F., & Paffenbarger Jr, R. S. (1992). How much physical activity is good for health?. *Annual review of public health*, 13(1), 99-126. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.13.050192.000531>
- Blum, R. W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion: A review. *Journal of adolescent health*, 22(5), 368-375. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00261-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00261-9)
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 101-113. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Braga, V. E. G., de Almeida, K. C., & Amâncio, N. D. F. G. (2021). Exercícios físicos em idosos com doença de alzheimer: uma revisão dos benefícios cognitivos e motores. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 684-708. <https://doi.org/10.3390/brainsci2040684>
- Brito, L. M. S., Lima, V. A. D., Mascarenhas, L. P., Mota, J., & Leite, N. (2021). Physical activity, eating habits and sleep during social isolation: from young adult to elderly. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 27(1), 21-25. [https://doi.org/10.1590/1517-8692202127012020\\_0061](https://doi.org/10.1590/1517-8692202127012020_0061)

- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... & Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, *54*(24), 1451-1462.
- Camboim, F. E., Nóbrega, M. O., Davim, R. M. B., Camboim, J. C. A., Nunes, R. M. V., & Oliveira, S. X. (2017). Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, *11*(6), 2415-2422. <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201721>
- Carvalho, V. D., Teodoro, M. L. M., & de Oliveira Borges, L. (2014). Escala de resiliência para adultos: aplicação entre servidores públicos. *Avaliação Psicológica*, *13*(2), 287- 295.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, *100*(2), 126-131.
- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, *5*(4), 497-502. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006118>
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Collinet, C., & Delalandre, M. (2017). Physical and sports activities, and healthy and active ageing: Establishing a frame of reference for public action. *International Review for the Sociology of Sport*, *52*(5), 570–583. <https://doi.org/10.1177/1012690215609071>
- Coon, J., Boddy, K., Stein, K., Whear, R., Barton, J., & Depledge, M. H. (2011). Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. *Environmental science & technology*, *45*(5), 1761-1772. <https://doi.org/10.1021/es102947t>
- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., ... & Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, *39*(4), 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- Dardengo, C. F. R., & Mafra, S. C. T. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. *Revista de ciências humanas*, *18*(2), 1-23.

- de Godoy, R. F. (2002). Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. *Movimento*, 8(2), 7-15. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.2639>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dwyer, M. J., Pasini, M., De Dominicis, S., & Righi, E. (2020). Physical activity: Benefits and challenges during the COVID-19 pandemic. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30, 1291-1294. <https://doi.org/10.1111/sms.13710>
- Elmagd, M. A. (2016). Benefits, needs and importance of daily exercise. *Int. J. Phys. Educ. Sports Health*, 3(5), 22-27.
- Espeland, M. A., Lipska, K., Miller, M. E., Rushing, J., Cohen, R. A., Verghese, J., McDermott, M. M., King, A. C., Strotmeyer, E. S., Blair, S. N., Pahor, M., Reid, K., Demons, J., & Kritchevsky, S. B. (2017). Effects of physical activity intervention on physical and cognitive function in sedentary adults with and without diabetes. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 72(6), 861-866. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw179>
- Faustino, A. M., & Neves, R. (2020). Benefícios da prática de atividade física em pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(5), 1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e3012.2020>
- Faustino, A. M., & Neves, R. (2022). Atividade física e envelhecimento ativo: Diálogos Brasil – Portugal. *Revista Contexto & Saúde*, 22(46), 1-10. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.46.13323>
- Fave, A., Bassi, M., Boccaletti, E. S., Roncaglione, C., Bernardelli, G., & Mari, D. (2018). Promoting well-being in old age: The psychological benefits of two training programs of adapted physical activity. *Frontiers in psychology*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00828>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65–76. <https://doi.org/10.1002/mpr.143>



- García, A. J., Bohórquez, M. D. R., & Lorenzo, M. (2014). La implicación en la actividad física como fuente de felicidad en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 19-30.
- Goethals, L., Barth, N., Guyot, J., Hupin, D., Celarier, T., & Bongue, B. (2020). Impact of home quarantine on physical activity among older adults living at home during the COVID-19 pandemic: qualitative interview study. *JMIR aging*, 3(1), 1-5. <https://doi.org/10.2196/19007>
- Gomes, G. A. (2010). Fragilidade biológica, resiliência psicológica e atividade física. *Revista Kairós-Gerontologia*, 13, 41-50. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13iEspecial7p%25p>
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 262-270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Gouveia, M. J. P. M. (2001). Tendências da investigação na psicologia do desporto, exercício e actividade física. *Análise Psicológica*, 1, 5-14.
- Gregory, S. M., Parker, B., & Thompson, P. D. (2012). Physical activity, cognitive function, and brain health: what is the role of exercise training in the prevention of dementia?. *Brain sciences*, 2(4), 684-708. <https://doi.org/10.3390/brainsci2040684>
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). The resilience scale for adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11(1), 53-70. <https://doi.org/10.1080/15305058.2010.508570>
- Jowkar, B., Friborg, O. & Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the resilience scale for adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 418–425.
- Kanamori, S., Takamiya, T., Inoue, S., Kai, Y., Kawachi, I., & Kondo, K. (2016). Exercising alone versus with others and associations with subjective health status in

- older Japanese: The JAGES Cohort Study. *Scientific Reports*, 6(1), 1-7. <https://doi.org/10.1038/srep39151>
- Kim, I. M., Kim, S. J., Park, H. R., Lim, J. H., & Kim, S. W. (2015). The long-term effect of aquarobics exercise program on physical function and mental health in elderly women. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(26), 1-12.
- Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwick, E. (2018). The importance of physical activity exercise among older people. *BioMed research international*, 2018, 1-3. <https://doi.org/10.1155/2018/7856823>
- Laranjeira, C. A. S. D. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(3), 327-332. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000300012>
- Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., & Ellis, K. A. (2022). Physical activity for cognitive health: what advice can we give to older adults with subjective cognitive decline and mild cognitive impairment?. *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(1), 61-68. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.1/nlautenschlager>
- Leão, L. A., Luciano, G. A. G., de Santana, Y. B., & Bonfim, M. R. (2019). Benefícios das atividades aquáticas para idosos. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(61), 127-134. <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5989>
- Leitão, J. C., Moutão, J., & Cid, L. (2013). Psicologia aplicada ao contexto do exercício físico: tendências da investigação realizada na última década. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(2), 509-516.
- Li, X., Yu, H. & Yang, N. (2021). The mediating role of resilience in the effects of physical exercise on college students' negative emotions during the COVID-19 epidemic. *Sci Rep*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04336-y>
- Liu, Z., Wu, Y., Li, L., & Guo, X. (2018). Functional connectivity within the executive control network mediates the effects of long-term tai chi exercise on elders' emotion regulation. *Frontiers in aging neuroscience*, 10, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00315>
- Macena, W. G., Hermano, L. O., & Costa, T. C. (2018). Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, 15(27), 223-236.

- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Martins, N. F. F., Abreu, D. P. G., Silveira, R. S. da, Lima, J. P. de, Bandeira, E. de O., & Santos, C. de S. C. S. (2021). The health-disease process and old age: reflections about the normal and pathological. *Research, Society and Development*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11977>
- Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006). Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: Assessments of coping strategies after disasters. *Brief treatment and crisis intervention*, 6(4), 337-348. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhl009>
- Mazo, G. Z., Balbé, G. P., de Medeiros, P. A., Namam, M., Ferreira, E. G., & Benedetti, T. R. B. (2016). Nível de resiliência em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Motricidade*, 12(4), 4-14. <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.6138>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Mijnarends, D. M., Koster, A., Schols, J. M., Meijers, J. M., Halfens, R. J., Gudnason, V., ... Harris, T. (2016). Physical activity and incidence of sarcopenia: the population-based AGES—Reykjavik study. *Age and ageing*, 45(5), 614-620. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw090>
- Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A. M. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 14(1), 57-76. <http://dx.doi.org/10.5628/rpcd.14.01.57>
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Mortazavi, S. S., Shati, M., Ardebili, H. E., Mohammad, K., Beni, R. D., & Keshteli, A. H. (2013). Comparing the effects of group and home-based physical activity on mental health in the elderly. *International journal of preventive medicine*, 4(11), 1282-1289.
- Mukaetova-Ladinska, E.B., Kronenberg, G. (2021). Psychological and neuropsychiatric implications of COVID-19. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 271, 235-248.

- Olive, J. L., DeVan, A. E., & McCully, K. K. (2002). The effects of aging and activity on muscle blood flow. *Dynamic Medicine*, 1(2), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1476-5918-1-2>
- Oliveira, D. V. D., Yamashita, F. C., Santos, R. M., Freire, G. L. M., Pivetta, N. R. S., & Nascimento Júnior, J. R. A. D. (2020). A duração e a frequência da prática de atividade física interferem no indicativo de sarcopenia em idosos?. *Fisioterapia e Pesquisa*, 27, 71-77. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19004527012020>
- Oliveira, M. R., Sudati, I. P., Konzen, V. D. M., de Campos, A. C., Wibelinger, L. M., Correa, C., Miguel, M. F., Silva, N. R., & Borghi-Silva, A. (2022). Covid-19 and the impact on the physical activity level of elderly people: a systematic review. *Experimental gerontology*, 159, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111675>
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics & gerontology international*, 6(3), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x>
- Orsano, F. E., Sales, M. M., Browne, R. A. V., de Melo, G. F., & Maia, E. M. C. (2013). A prática de atividade física e sua influência sobre fatores de resiliência psicológica de idosas. *Brazilian Journal of Biomotricity*, 7(1), 28-36.
- Pan, J. Y., & Chan, C. L. W. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50(3), 164-176. <https://doi.org/10.2117/psysoc.2007.164>
- Park, A. H., Zhong, S., Yang, H., Jeong, J., & Lee, C. (2022). Impact of COVID-19 on physical activity: A rapid review. *Journal of global health*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.05003>
- Páscoa, G., & Gil, H. (2019). As universidades seniores e o envelhecimento ativo: os impactos junto das pessoas idosas em Portugal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 41- 58. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p41-58>
- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da escala de resiliência para adultos (ERA). In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em*

*Psicologia* (pp. 93-103). Associação Portuguesa de Psicologia.  
<http://hdl.handle.net/10316/23602>

- Piggin, J. (2020). What is physical activity? A holistic definition for teachers, researchers and policy makers. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2(72), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>
- Pitanga, F. J. G., Beck, C. C., & Pitanga, C. P. S. (2020). Atividade física e redução do comportamento sedentário durante a pandemia do coronavírus. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114(6), 1058-1060. <https://doi.org/10.36660/abc.20200238>
- Ranganathan, P. (2019). Understanding research study designs. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 23(4), S305-S307. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23314>
- Román-Mata, S., Puertas-Molero, P., Ubago-Jiménez, J. L., & González-Valero, G. (2020). Benefits of physical activity and its associations with resilience, emotional intelligence, and psychological distress in university students from southern Spain. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 2-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124474>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Santos, F., & Júnior, J. L. (2014). O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. *ID on line. Revista de psicologia*, 8(24), 34-55. <https://doi.org/10.14295/idonline.v8i24.300>
- Santos, L. P., Silva, J. M. C. S., Reis, V. M. C. P., Rocha, J. S. B., & Freitas, R. F. (2019). Nível de atividade física de idosos participantes de grupo de convivência e fatores associados. *RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 13(83), 459-466.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 585-593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Serpa, S. (2017). *Psicologia do desporto*. IPDJ.
- Shaugnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). Research methods in psychology (9th ed.). The McGraw-Hill Companies.

- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglino, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*, 55(11), 2-22. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
- Sood, S. (2020). Psychological effects of the coronavirus disease-2019 pandemic. *Research & Humanities in Medical Education*, 7(11), 23-26.
- Stevens, M., Lieschke, J., Cruwys, T., Cárdenas, D., Platow, M. J., & Reynolds, K. J. (2021). Better together: How group-based physical activity protects against depression. *Social Science & Medicine*, 286, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114337>
- Tao CS, Zhu L, Strudwick G. (2022). The impact of physical activity on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*, 3(62), 1-17. <https://doi.org/10.47326/ocsat.2022.03.62.1.0>
- Teater, B., & Chonody, J. M. (2020). What attributes of successful aging are important to older adults? The development of a multidimensional definition of successful aging. *Social Work in Health Care*, 59(3), 161-179. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1731049>
- Vaz, F. M., Martins, C., & Martins, E. C. (2008). Diferenciação emocional e regulação emocional em adultos portugueses. *Psicologia*, 22(2), 123-135. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i2.350>
- Vaz, F. J. D. S. M. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Biblioteca da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/9898>
- Vella, S. L. C., & Pai, N. B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239. [https://doi.org/0.4103/amhs.amhs\\_119\\_19](https://doi.org/0.4103/amhs.amhs_119_19)
- Weitzel, E. C., Löbner, M., Röhr, S., Pabst, A., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Prevalence of high resilience in old age and association with perceived threat of covid-19—results from a representative survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137173>
- Wilke, J., Mohr, L., Tenforde, A. S., Edouard, P., Fossati, C., González-Gross, M., ... Hollander, K. (2021). A pandemic within the pandemic? Physical activity levels

- substantially decreased in countries affected by COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052235>
- World Health Organization. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Geneva.
- World Health Organization (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva.
- World Health Organization. (2022). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/physical-activity>
- Wu, J., Zhu, L., Dong, X., Sun, Z., Cai, K., Shi, Y., & Chen, A. (2022). Relationship between physical activity and emotional regulation strategies in early adulthood: mediating effects of cortical thickness. *Brain Sciences*, 12(9), 1-14. <https://doi.org/10.3390/brainsci12091210>
- Yeh, H. P., Stone, J. A., Churchill, S. M., Wheat, J. S., Brymer, E., & Davids, K. (2016). Physical, psychological and emotional benefits of green physical activity: An ecological dynamics perspective. *Sports Medicine*, 46, 947-953. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0374-z>
- Zach, S., Zeev, A., Ophir, M., Eilat-Adar, S. (2021). Physical activity, resilience, emotions, moods, and weight control of older adults during the COVID-19 global crisis. *Eur Rev Aging Phys Act*, 18, (5), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s11556-021-00258-w>
- Zangirolami-Raimundo, J., Echeimberg, J. D. O., & Leone, C. (2018). Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *J Hum Growth Dev*, 28(3), 356- 360. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>

## **ANEXOS**



**Questionário Sociodemográfico**

Dados Sociodemográficos:

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Nível escolar alcançado:

Sem escolaridade

1º Ciclo (4ª classe)

2º Ciclo (6ª classe)

3º Ciclo (9ª ano)

Ensino secundário

Curso técnico-profissional

Ensino superior

Dados sobre a Atividade Física **antes** da Pandemia Covid-19:

**Iniciou a prática de atividade física antes do início da pandemia?**

Sim  Não

Se sim, mantém a prática?

Sim  Não

Que tipo de atividade física praticava?

---

Com que frequência semanal pratica ou praticava? Exemplo: 3 vezes por semana...

---

Pratica ou praticava em que contexto? Exemplo: casa, exterior...

---

O quanto a Pandemia Covid-19 interferiu a sua prática de Atividade Física?

Nada  Pouco  Muito

Dados sobre a Atividade Física **durante** a Pandemia Covid-19:

**Iniciou a prática de atividade física durante a pandemia?**

Sim  Não

Se sim, mantém a prática?

Sim  Não

Que tipo de atividade física praticava?

---

Com que frequência semanal pratica ou praticava? Exemplo: 3 vezes por semana...

---

Pratica ou praticava em que contexto? Exemplo: casa, exterior...

---

O quanto a Pandemia Covid-19 interferiu a sua prática de Atividade Física?

Nada  Pouco  Muito

**Mini-exame do Estado Mental (MMSE)**

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

\_\_\_\_\_ Em que ano estamos?

\_\_\_\_\_ Em que mês estamos?

\_\_\_\_\_ Em que dia do mês estamos?

\_\_\_\_\_ Em que dia da semana estamos?

\_\_\_\_\_ Em que estação do ano estamos?

\_\_\_\_\_ Em que país estamos?

\_\_\_\_\_ Em que distrito vive?

\_\_\_\_\_ Em que terra vive?

\_\_\_\_\_ Em que casa estamos?

\_\_\_\_\_ Em que andar estamos?

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

*“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.* \_\_\_\_\_ Pera \_\_\_\_\_ Gato  
\_\_\_\_\_ Bola

3 – Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

*“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.*

27 \_\_\_ 24 \_\_\_ 21 \_\_\_ 18 \_\_\_ 15 \_\_\_

4 – Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

*“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.*

\_\_\_\_\_ Pera \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola

5 – Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) *“Como se chama isto?” Mostrar os objetos:*

\_\_\_\_\_Relógio    \_\_\_\_\_Lápis

b) *“Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA \_\_\_\_\_*

c) *“Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.*

\_\_\_\_\_Pega com a mão direita

\_\_\_\_\_Dobra ao meio

\_\_\_\_\_Coloca onde deve

a) *“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto, lê-se a frase.*

\_\_\_\_\_Fechou os olhos

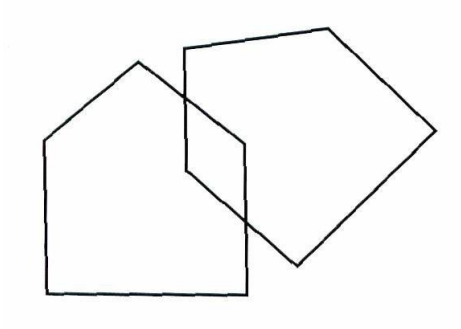
b) *“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.*

Frase: \_\_\_\_\_

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Defeito cognitivo em função do grau de escolaridade (Analfabetos  $\leq 15$ ; 1-11 anos de escolaridade  $\leq 22$ ; Mais que 11 anos de escolaridade  $\leq 27$ ).

Fonte: GUERREIRO, M. [et al.] (1994) – Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

### Questionário de Regulação Emocional J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

#### Instruções:

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou actua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspectos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

|            |       |   |       |   |       |              |       |   |       |   |       |            |
|------------|-------|---|-------|---|-------|--------------|-------|---|-------|---|-------|------------|
| 1          | ----- | 2 | ----- | 3 | ----- | 4            | ----- | 5 | ----- | 6 | ----- | 7          |
| Discordo   |       |   |       |   |       | Não concordo |       |   |       |   |       | Concordo   |
| Totalmente |       |   |       |   |       | nem discordo |       |   |       |   |       | Totalmente |

1. \_\_\_ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), *mudo o que estou a pensar.*
2. \_\_\_ Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. \_\_\_ Quando quero sentir menos emoções *negativas* (como tristeza ou raiva) *mudo o que estou a pensar.*
4. \_\_\_ Quando estou a sentir emoções *positivas*, tenho cuidado para não as expressar.
5. \_\_\_ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. \_\_\_ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando.*
7. \_\_\_ Quando quero sentir mais emoções *positivas*, eu *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.
8. \_\_\_ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.
9. \_\_\_ Quando estou a experienciar *emoções negativas*, faço tudo para não as expressar.
10. Quando quero sentir menos *emoções negativas*, *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.

**Filipa Machado Vaz**

para mim ▼

Cara Diana

Parabéns pelo seu estudo. Pode sim utilizar, solicito que me envie os resultados posteriormente.

O instrumento nunca foi utilizado em idosos talvez seja uma boa ideia fazer esta validação.

Boa sorte qualquer questão estou ao dispor

Receba os meus melhores cumprimentos

Filipa Machado Vaz

## Escala de Resiliência para Adultos

© Developed by Odin Hjemdal & Oddgeir Friberg

**Versão Portuguesa:** Pereira, Narciso, & Canavarro, 2011

### Instruções

Por favor, pensando na forma como geralmente é, ou como foi **durante o último mês**, o que pensa e sente em relação a si mesmo e em relação às pessoas que são importantes para si. Para cada uma das afirmações que se seguem, por favor coloque um círculo no número que melhor o(a) descreve.

|    |   |   |               |   |
|----|---|---|---------------|---|
| 1  | Quando acontece alguma coisa imprevista                           | Frequentemente sinto-me desorientado(a)                                     | 1 2 3 4 5 6 7 | Encontro sempre uma solução                         |
| 2  | Os meus planos para o futuro são                                  | Difíceis de realizar  | 1 2 3 4 5 6 7 | Possíveis de realizar                               |
| 3  | Eu gosto de estar   | Com outras pessoas  | 1 2 3 4 5 6 7 | Sozinho   |
| 4  | A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é | Muito diferente da minha  | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito semelhante à minha                            |
| 5  | Posso discutir assuntos pessoais com                              | Ninguém   | 1 2 3 4 5 6 7 | Amigos/familiares                                   |
| 6  | Estou no meu melhor quando  | Tenho um objectivo claro por que lutar                                      | 1 2 3 4 5 6 7 | Consigo levar um dia de cada vez                    |
| 7  | Os meus problemas pessoais  | Sei como resolvê-los  | 1 2 3 4 5 6 7 | Não têm solução                                     |
| 8  | Sinto que o meu futuro parece                                     | Muito promissor   | 1 2 3 4 5 6 7 | Incerto   |
| 9  | Ser flexível em contextos sociais                                 | Não é importante para mim   | 1 2 3 4 5 6 7 | É muito importante para mim                         |
| 10 | Eu sinto-me   | Muito feliz com a minha família   | 1 2 3 4 5 6 7 | Muito infeliz com a minha família                   |
| 11 | Aqueles que são bons a encorajarme                                | São alguns amigos próximos/familiares                                       | 1 2 3 4 5 6 7 | Estão em lado nenhum                                |
| 12 | Quando inicio novas coisas/projectos                              | Raramente planeio com antecedência, apenas ando para a frente com as coisas | 1 2 3 4 5 6 7 | Prefiro ter um plano minucioso                      |
| 13 | Os meus juízos e decisões   | Duvido frequentemente deles   | 1 2 3 4 5 6 7 | Confio completamente neles                          |
| 14 | Os meus objectivos  | Sei como atingi-los   | 1 2 3 4 5 6 7 | Não tenho a certeza de como atingi-los              |
| 15 | Novas amizades são algo   | Que faço facilmente   | 1 2 3 4 5 6 7 | Que tenho dificuldade em fazer                      |
| 16 | A minha família caracteriza-se por                                | Desunião  | 1 2 3 4 5 6 7 | Coesão saudável                                     |
| 17 | A ligação entre os meus amigos é                                  | Fraca   | 1 2 3 4 5 6 7 | Forte   |
| 18 | Sou bom (boa) a   | Organizar o meu tempo   | 1 2 3 4 5 6 7 | Desperdiçar o meu tempo                             |
| 19 | Acreditar em mim  | Ajuda-me em períodos difíceis   | 1 2 3 4 5 6 7 | Pouco me ajuda em períodos difíceis                 |
| 20 | Os meus objectivos para o futuro são                              | Pouco claros  | 1 2 3 4 5 6 7 | Bem pensados  |
| 21 | Conhecer novas pessoas é  | Difícil para mim  | 1 2 3 4 5 6 7 | Algo em que sou bom                                 |
| 22 | Em períodos difíceis, a minha família                             | Mantém uma visão positiva do futuro   | 1 2 3 4 5 6 7 | Vê o futuro como negro                              |
| 23 | Quando um familiar passa por uma crise/ emergência                | Sou imediatamente informado   | 1 2 3 4 5 6 7 | Leva bastante tempo até que me digam                |
| 24 | Regras e rotinas habituais  | Estão ausentes no meu dia-a-dia   | 1 2 3 4 5 6 7 | Simplificam o meu dia-a-dia                         |
| 25 | Em períodos difíceis tenho tendência a                            | Ver tudo negro  | 1 2 3 4 5 6 7 | Encontrar algo bom que me ajuda a crescer/prosperar |
| 26 | Quando estou com outras pessoas                                   | Rio-me facilmente   | 1 2 3 4 5 6 7 | Raramente me rio                                    |
| 27 | Perante outras pessoas, a nossa família mostra                    | Pouco apoio entre os seus membros   | 1 2 3 4 5 6 7 | Lealdade com os seus membros                        |



|           |  |                                       |               |   |
|-----------|--|---------------------------------------|---------------|---|
| <b>28</b> | Eu recebo apoio de                                       | Amigos/familiares                     | 1 2 3 4 5 6 7 | Ninguém                                 |
| <b>29</b> | Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar | Consigo lidar com eles                | 1 2 3 4 5 6 7 | São uma constante fonte de preocupação  |
| <b>30</b> | Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é           | Difícil                               | 1 2 3 4 5 6 7 | Fácil                                   |
| <b>31</b> | Na minha família, gostamos de                            | Fazer coisas juntos                   | 1 2 3 4 5 6 7 | Fazer coisas sozinhos                   |
| <b>32</b> | Quando preciso   | Não tenho ninguém que me possa ajudar | 1 2 3 4 5 6 7 | Existe sempre alguém que me pode ajudar |
| <b>33</b> | Os meus amigos/familiares próximos                       | Apreciam as minhas qualidades         | 1 2 3 4 5 6 7 | Não gostam das minhas qualidades        |

**ACTIVIDADE FÍSICA HABITUAL**

As perguntas seguintes são sobre os seus hábitos de desporto ou exercício físico. Por favor responda a cada uma das perguntas, pensando nos últimos 12 meses.

**1. Pratica desporto ou exercício físico regular?**

Sim   
Não

Se sim, qual o desporto ou exercício físico que pratica mais frequentemente?

---

**Quantas horas por semana?**

Menos de 1 hora

Entre 1 e 2 horas

Entre 2 e 3 horas

Entre 3 e 4 horas

Mais de 4 horas

**Quantos meses por ano?**

Menos de 1 mês

Entre 1 e 3 meses

Entre 4 e 6 meses

Entre 7 e 9 meses

Mais de 9 meses

Se pratica um **segundo** desporto ou exercício físico. Qual o desporto ou exercício físico que pratica?

**Quantas horas por semana?**

Menos de 1 hora

Entre 1 e 2 horas

Entre 2 e 3 horas

Entre 3 e 4 horas

Mais de 4 horas

**Quantos meses por ano?**

Menos de 1 mês

Entre 1 e 3 meses

Entre 4 e 6 meses

Entre 7 e 9 meses

Mais de 9 meses

Autores: Celeste Bastos & Pais Ribeiro (2014)

**Nas perguntas seguintes coloque uma cruz (x) no quadrado correspondente à sua opção:**

2. Em comparação com outras pessoas da sua idade, considera que a actividade física que realiza nos tempos livres é:

| Muito menor              | Menor                    | Igual                    | Maior                    | Muito maior              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Por dia, quantos minutos costuma andar a pé ou de bicicleta (para ir e vir do trabalho, da escola ou para fazer compras)?

| Menos de 5 minutos       | Entre 5 a 15 minutos     | Entre 15 a 30 minutos    | Entre 30 a 45 minutos    | Mais de 45 minutos       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nas perguntas seguintes, coloque uma cruz (x) no número correspondente à sua opção, de acordo com os seguintes critérios:

| 1 – Nunca<br>2 – Raramente<br>3 – Algumas vezes<br>4 – Frequentemente<br>5 – Muito frequentemente | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente |
|---|-------|-----------|---------------|----------------|----------------------|
| 4. Nos tempos livres, com que frequência costuma transpirar (devido às atividades que realiza)?   | 1     | 2         | 3             | 4              | 5                    |
| 5. Nos tempos livres, com que frequência costuma praticar desporto ou exercício físico?           | 1     | 2         | 3             | 4              | 5                    |
| 6. Nos tempos livres, com que frequência costuma ver televisão?                                   | 1     | 2         | 3             | 4              | 5                    |
| 7. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar a pé?                                      | 1     | 2         | 3             | 4              | 5                    |
| 8. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar de bicicleta?                              | 1     | 2         | 3             | 4              | 5                    |

Autores: Celeste Bastos & Pais Ribeiro (2014)

## ANEXO VII

**Celeste Bastos** <cbastos@esenf.pt>  
para mim ▾

📧 sábado, 5/02, 10:31

Bom dia, Diana.

Tem a nossa autorização para utilizar a versão *Habitual Physical Activity Questionnaire* (Questionário de **Baecke**), que adaptamos para a população Portuguesa. Junto anexo documentos.

Desejo-lhe o maior sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

Celeste Bastos  
PhD, Professora Coordenadora  
ORCID: 0000-0001-5907-6702  
CIÊNCIA ID: B118-0F02-1A6D



### Consentimento Informado

No âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, a decorrer na Universidade Autónoma de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Catarina Tomé Pires, está a ser realizado um estudo sobre o Impacto da Atividade Física na Resiliência e Regulação Emocional em Idosos em Contexto Pandémico.

O procedimento de recolha de informação, neste estudo, consiste na resposta a vários questionários. Toda a informação fornecida é confidencial e anónima. Os dados serão apenas utilizados no âmbito desta investigação, não estando o seu nome associado a nenhuma outra parte do processo. A sua participação é voluntária, podendo, a qualquer momento, recusar participar, desistir e invalidar que os seus dados sejam utilizados.

Em caso de dúvida ou se pretender obter outros esclarecimentos acerca da presente investigação, pode contactar através do e-mail [dianaluisa.98@gmail.com](mailto:dianaluisa.98@gmail.com) ou [cpires@autonoma.pt](mailto:cpires@autonoma.pt).

Após a conclusão do estudo, poderá receber os resultados, se assim o desejar, sendo necessário, para isso, indicar o seu endereço de e-mail.

Ao assinar este consentimento, concorda que foi informado/a acerca do procedimento, que compreendeu toda a informação, que teve oportunidade de colocar questões e de obter respostas que esclarecessem as suas dúvidas.

Declara, ainda, que aceita participar de livre vontade e que autoriza a utilização dos dados no âmbito deste estudo.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

E-mail:

\_\_\_\_\_