

## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA NA ESECS/IPL

Maria Odília Abreu<sup>1,2,3</sup> & Isabel Simões Dias<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Comunicação, Educação e Psicologia do Instituto Politécnico de Leiria/Escola Superior de Educação e Ciências e Sociais; Leiria, Portugal – Núcleo de Investigação e Desenvolvimento em Educação (NIDE) e Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV). <sup>2</sup>e-mail: [odilia.abreu@ipleiria.pt](mailto:odilia.abreu@ipleiria.pt). <sup>3</sup>e-mail: [isabel.dias@ipleiria.pt](mailto:isabel.dias@ipleiria.pt)

**RESUMO:** A organização mundial de saúde reconhece a atividade física como um dos comportamentos promotores de saúde (WHO, 2011) e de qualidade de vida. Este trabalho quantitativo apresenta resultados preliminares da aplicação do Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3), do Brief Symptom Inventory (BSI) e do World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) a funcionários e estudantes de 2º ciclo da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais (ESECS-IPL) no ano letivo 2014/2015. Com este artigo, tem-se como objetivo descrever a amostra em estudo, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, à sua motivação para a prática de exercício físico, aos indicadores relativos aos sintomas psicopatológicos e à sua perceção de qualidade de vida. Os resultados indicam que os 140 respondentes revelam uma motivação para praticar exercício físico que se enquadra, maioritariamente, na categoria regulação identificada (Deci & Ryan, 1985), que apresentam um perfil nas subescalas do BSI que vão ao encontro do referido para a população geral (Canavarro, 2007) e que têm uma perceção satisfatória ou boa da sua qualidade de vida. Estes resultados permitir-nos-ão perceber de que forma estas três variáveis se relacionam entre si, neste contexto específico.

*Palavras-chave:* BREQ-3, BSI, WHOQOL-BREF, Ensino Superior Politécnico.

## PHYSICAL EXERCISE, MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN ESECS/IPL

**ABSTRACT:** The World Health Organization recognizes physical activity as a health (WHO, 2011) and quality of life promoting behavior. This quantitative work aims to present the preliminary findings resulting from the application of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3), the Brief Symptom Inventory (BSI) and the World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) to the staff and 2nd Cycle Higher Education students from School of Education and Social Sciences/Polytechnic Institute of Leiria (ESECS/IPL- Portugal) in the academic year 2014/2015. This article describes the sample, regarding sociodemographic variables, motivation for physical exercise, psychopathological symptoms indicators and perception of quality of life. The results indicate that the 140 respondents show a motivation to

□ Rua Dr. João Soares, Apartado 4045, 2411-901 Leiria, Portugal. Telf.: (+351) 244 829400. e-mail: [odilia.abreu@ipleiria.pt](mailto:odilia.abreu@ipleiria.pt)

physical exercise which falls mostly on the category *identified regulation* (Deci & Ryan, 1985), presenting a profile in the BSI subscales similar to the general population (Canavarro, 2007) and they have a satisfactory or good perception of their quality of life. These results will allow us to understand how these three variables relate to each other, in this specific context.

*Keywords:* BREQ-3, BSI, WHOQOL-BREF, Polytechnic Higher Education

---

Recebido em 03 de Agosto de 2016 / Aceite em 09 de Fevereiro de 2017

A Organização Mundial de Saúde reconhece a atividade física como um dos comportamentos promotores de saúde (WHO, 2011). A este propósito, em 2011, o Instituto de Desporto de Portugal desenvolveu um trabalho de investigação com o objetivo de caracterizar os portugueses no que respeita à prática de atividade física (Baptista et al., 2011). Os autores deste trabalho consideraram a definição de Caspersen, Powell e Christenson (1985) que define a atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. De acordo com este estudo, grande parte das pessoas adultas é suficientemente ativa, verificando-se, nos homens, uma prevalência de 76,7 % e nas mulheres uma prevalência de 63,7 %. “Nos homens observa-se uma diminuição da actividade física entre os 10 e os 29 anos. À excepção dos 30-34 e 50-54 anos, onde se evidencia um aumento, a tendência entre os 30 e os 64 anos é de manutenção da actividade física total, seguida de uma redução após esta idade. Nas mulheres verifica-se uma diminuição da actividade física total entre os 10 e os 17 anos com um aumento da actividade até aos 50 anos. Tal como nos homens, a actividade física evidencia uma nova diminuição a partir dos 65 anos. As mulheres apresentam sempre valores mais reduzidos de actividade física do que os homens, à excepção do período entre os 35-49 anos e os 55-59 anos” (Batista et al, 2011, p. 118). Os mesmos autores defendem que, de acordo com os documentos orientadores da Organização Mundial da Saúde, a União Europeia e os seus Estados-membros recomendam um mínimo de 30 minutos diários de atividade física moderada para adultos e defendem uma recolha de dados acerca da atividade física da população numa lógica de vigilância de saúde. Por outro lado, o plano nacional de saúde 2012-2016 indica que “a maioria dos portugueses nunca pratica desporto ou exercício físico (55%) e que 11% o faz raramente” (Direção Geral de Saúde, 2013, p. 11).

A atividade física configura-se, assim, como um meio privilegiado de melhorar a saúde (mental e física) e pode ser motivada por um conjunto diverso de razões (Fox, Stathi, McKenna, & Davis, 2007; Ingledew & Markland, 2008; Ingledew, Markland, & Ferguson, 2009; Weinberg & Gould, 2007.). A teoria da autodeterminação de Deci e Ryan (1985) proporciona um quadro teórico explicativo que se sustenta em três forças do comportamento motivado: motivação intrínseca, extrínseca e amotivação. Estes autores postulam que a satisfação da necessidade de autonomia ou de autodeterminação (esforço individual, desejo de experiências, *locus* de controle interno), de capacidade (controlar o resultado) e de relação social (estabelecer relações, experiência de satisfação com o mundo social) leva à internalização de comportamentos motivados extrinsecamente e à adaptação comportamental (Moustaka, Vlachopoulos, Vazou, Kaperoni, & Markland, 2010).

De acordo com Calmeira e Matos (2004), este modelo assenta nas ideias de que i) os comportamentos intrinsecamente motivados são autónomos e autodeterminados, ii) a motivação intrínseca é mantida através de sentimentos de competência e desafio e iii) o impacto motivacional das recompensas depende do seu significado funcional (i.e., terão um impacto motivacional positivo se forem percebidas pelo indivíduo como contingentes à sua competência e um impacto negativo

## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA

se servirem para controlarem o comportamento). Na perspectiva de Deci e Ryan (1985, 1991, 2008), a motivação extrínseca varia no contínuo da autodeterminação que pode passar desde: i) uma regulação externa em que o comportamento é regulado por recompensas e ameaças; ii) seguida de uma regulação introjectada ou interiorizada em que a participação resulta de uma tentativa de ganhar a aprovação de outros ou evitar sentimentos de culpa; iii) de uma regulação identificada, na qual o indivíduo não se envolve pelo prazer, mas sim porque é um meio para obter determinados objetivos por si valorizados; iv) e de uma regulação integrada em que o indivíduo pratica atividade física pela importância que ela tem na realização de objetivos pessoais (Calmeira & Matos, 2004).

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade. Em 2002, a mesma organização, referiu que o conceito de saúde mental, embora de difícil operacionalização, engloba “o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (OMS, 2002, p.32) e alertou para a dificuldade em definir este constructo de forma transcultural dada a influência da cultura nas variáveis acima descritas. Neste sentido, podemos aferir acerca da saúde mental de um sujeito através de determinados instrumentos de avaliação psicopatológica, nomeadamente, o *Brief Symptom Inventory*. Neste âmbito, sujeitos que não apresentem níveis fora do ponto de corte nas escalas de somatização (mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas no corpo), obsessão-compulsão (cognições, impulsos e comportamentos que se identificam com os sintomas com o mesmo nome), sensibilidade interpessoal (sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, especificamente na comparação com os outros), depressão (indicadores de depressão clínica), ansiedade (indicadores gerais de ansiedade, como por exemplo, nervosismo, tensão, ansiedade generalizada e sintomatologia de tipo ataque de pânico), hostilidade (cognições, sentimentos e comportamentos associados à cólera), ansiedade fóbica (resposta de medo persistente que conduz a evitamentos), ideação paranoide (comportamento paranoide) e psicoticismo (indicadores de isolamento, estilo de vida esquizoide e sintomas positivos de esquizofrenia como alucinações e controle de pensamento) serão sujeitos considerados sãos (Canavarro, 2007).

Uma revisão sistemática de Knochel e colaboradores (2012) sobre os efeitos cognitivos e comportamentais do exercício físico em doentes psiquiátricos salienta que o exercício físico regular é significativamente benéfico para pacientes psiquiátricos. Os dados dos artigos revistos apontam, entre outros, melhorias no aumento da qualidade de vida e redução de sintomatologia psicopatológica. Sugerem, ainda, que a prática do exercício físico poderá funcionar de forma preventiva em intervenções terapêuticas multimodais, fomentando a diminuição de sintomatologia depressiva e ansiosa e a melhoria de funções cognitivas. Neste alinhamento, o estudo português de Mota-Pereira e colaboradores (2011), encontra resultados significativos entre a prática de exercício físico (programa de 12 semanas, com caminhadas de 30-45 minutos, 5 dias por semana) e a melhoria dos sintomas depressivos de um conjunto de utentes com diagnóstico de perturbação depressiva *major* resistente a tratamento farmacológico.

De acordo com Baptista e colaboradores (2011) a atividade física tem efeitos benéficos seja no indivíduo ou na comunidade. Reduz fatores de risco individuais e aumenta a participação do sujeito na sociedade, apresentando-se como uma atividade benéfica para a saúde, acessível, pouco dispendiosa e sem potencial negativo.

O conceito de qualidade de vida é complexo e multifatorial remontando aos anos vinte a utilização do termo pela primeira vez (Pais-Ribeiro, 2009). A Organização Mundial de Saúde foi uma das primeiras entidades a tentar descrever e apresentar este constructo definindo-se como a “(...)

perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Este mesmo grupo de trabalho tem-se preocupado em desenvolver instrumentos que o avaliem. Um dos instrumentos sobejamente conhecido é o *World Health Organization Quality of Life* que procura inferir sobre a qualidade de vida em geral e avaliar facetas da qualidade de vida agrupando-as em domínios: domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso), domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos), domínio das relações sociais (relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual) e domínio do ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico - poluição/ruído/trânsito/clima; transporte) (Fleck et al., 1999).

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

Com este trabalho quantitativo, pretende-se descrever a amostra constituída por funcionários (docentes e não docentes) e estudantes de cursos de 2.º ciclo, no ano letivo 2014/2015 da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais/Instituto Politécnico de Leiria (ESECS/IPL) no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, à sua motivação para a prática de exercício físico, aos indicadores relativos aos sintomas psicopatológicos e à sua perceção de qualidade de vida.

## MÉTODOS

### *Amostra*

Participaram neste trabalho 140 sujeitos, 125 mulheres (89,3%) e 15 homens (10,7%) com escolaridade entre o 7.º e 9.º ano (4 sujeitos, 2,9%), entre o 10.º e o 12.º ano (7 sujeitos, 5%), com estudos universitários (95 sujeitos, 67,9%) e com formação pós-graduada (34 sujeitos, 24,3%). Dos 46 funcionários, 31 eram funcionários docentes (22,1%) e 15 funcionários não docentes (10,7%). Dos 94 estudantes, a grande maioria (24,3%) era do Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico (MEPE1CEB), 9,3% eram do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo (MIEA), 8,6% eram do Mestrado em Intervenção e Animação Artísticas (MIAA), 7,1% do Mestrado em Ciências da Educação – Gestão, Avaliação e Supervisão Escolares (MGASE), sendo que os restantes se distribuíam pelos Curso de Formação Especializada/Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio cognitivo-motor (FEEE), Mestrado em Ensino do 1.º e 2.º Ciclos do Ensino Básico (M1e2CEB), Mestrado em Educação Especial – domínio cognitivo-motor (MEE), Mestrado em Educação Pré-Escolar (MEPE) conforme quadro 1.

## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA

### Quadro 1.

Distribuição dos estudantes por cursos de 2º ciclo

	Frequência	Porcentagem
FEEE	1	0,7
M1e2CEB	5	3,6
MEE	9	6,4
MEPE	7	5,0
MEPE1CEB	34	24,3
MGASE	10	7,1
MIAA	12	8,6
MIEA	13	9,3
MEE	3	2,1
Total	94	

A grande maioria era do distrito de Leiria (75%), havendo sujeitos de Santarém (6,4%), de Lisboa e de Coimbra (5,7%) e de Aveiro (1,4%). Surgiram, ainda, sujeitos dos distritos da Guarda, São Miguel, Torres Novas e Viseu (0,7%).

Quanto ao estado civil, 56,4% dos respondentes afirmaram ser solteiros, 31,4% casados, 5,7% viverem em união de facto e 5% e 9,7% assinalaram estar divorciados e separados respetivamente.

### *Instrumentos*

Foram administrados a todos os participantes quatro instrumentos:

*Contextualização da prática do exercício físico:* este instrumento de recolha de dados, construído para este trabalho, procura aceder aos dados sociodemográficos dos participantes bem como à informação acerca da prática do exercício físico (modalidades, frequência, duração) na última semana, no último ano, nos últimos 5 anos e nos últimos 20 anos. Organizado em oito itens, contempla questões fechadas e abertas.

*Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ):* O BREQ é um instrumento de avaliação da regulação comportamental em contexto de exercício físico da autoria de Markland e Tobin. Surgindo em 2004, o BREQ-2 apresenta 19 itens, organizados em 5 subescalas: amotivação (4 itens), regulação externa (4 itens), regulação introjetada (3 itens), regulação identificada (4 itens) e motivação intrínseca (4 itens), excluindo de avaliação a regulação integrada. As respostas surgem numa escala tipo likert de 5 pontos que vai de 0 (não é verdade para mim) a 4 (muitas vezes é verdade para mim) (Moustaka et al., 2010). Para Markland e Tobin (2010, p. 93), “The BREQ-2 has been shown to have good factorial validity (...) and is a widely used measure of exercise motivation”. O BREQ-3 segue a versão original BREQ-2 e a escala IG de, Wilson, Rodgers, Loitz e Scime (2006). Incluindo 24 itens, integra 6 subescalas: amotivação (4 itens), regulação externa (4 itens), regulação introjetada (4 itens), regulação identificada (4 itens), a regulação integrada (4 itens) e motivação intrínseca (4 itens).

*Brief Symptom Inventory (BSI):* Este instrumento, desenvolvido por Derogatis, em 1982, surgiu no seguimento do *Symptom Check List (SCL-90-R)* procurando dar resposta ao facto deste último ser demasiado longo e, portanto, uma desvantagem na prática clínica e na investigação (Canavarro, 2007). Considerando as classificações mais utilizadas no âmbito das perturbações mentais (CID-10 e DSM), a BSI mede 9 dimensões da psicopatologia: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideiação paranoide e

psicoticismo. Os itens deste questionário permitem, ainda, calcular 3 índices globais: índice geral de sintomas (representa a ponderação entre a intensidade do mal estar e o número de sintomas assinalados); índice de sintomas positivos (média da intensidade dos sintomas assinalados) e total de sintomas positivos (número de queixas sintomáticas apresentadas). As características psicométricas do BSI tem-se revelado satisfatórias (Canavarro, 2007).

*World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*: Este instrumento é uma versão abreviada do instrumento original, *WHOQOL-100*. Este último integra 100 questões divididas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças, pessoais/religiosidade. Ambos os instrumentos estão aferidos e validados para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006, in Canavarro et al, 2010; Vaz Serra et al., 2006). O *WHOQOL-BREF* é constituído por duas questões gerais acerca da perceção da qualidade de vida geral e satisfação com a saúde e por 26 itens que se organizam em torno de quatro domínios: físico, relações sociais, ambiente e psicológico. O *WHOQOL-BREF* tem, relativamente ao *WHOQOL-100*, a vantagem de reduzir a quantidade de tempo despendida, tanto por investigador como por sujeito, o que permite uma melhor adesão aos protocolos de investigação (Galesic & Bosnjak, 2009). As características psicométricas do instrumento têm revelado uma boa consistência interna (Canavarro et al, 2010; Vaz Serra et al., 2006) tendo já sido utilizado em diversos trabalhos de investigação na população portuguesa (Macedo, 2012; Silva et al., 2011).

### *Procedimento*

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência. Contactou-se a direção da ESECS/IPL para solicitar autorização para dar início a este projeto e, com a sua anuência, passou-se à segunda fase do procedimento que consistiu na administração do protocolo de investigação. Relativamente aos funcionários docentes e não docentes, optou-se por distribuir o protocolo de investigação nos gabinetes e nos cacifos dos diferentes funcionários da escola. Foram distribuídos 182 questionários, tendo havido uma taxa de resposta de cerca de 25%.

No que respeita aos estudantes, numa primeira fase, contactaram-se os coordenadores dos cursos 2.º ciclo que agilizaram o processo junto das respetivas turmas. Em data e hora previamente agendada, uma das investigadoras administrou presencialmente o protocolo em contexto de sala de aula.

### *Análise de dados*

O tratamento e análise estatística dos dados foram efetuados no programa SPSS (versão 21.0 para *Windows*) e incluiu procedimentos de recodificação de variáveis, nomeadamente, reorganização de variáveis nominais (por exemplo, modalidades de exercício físico) e de cálculo da pontuação dos domínios do *WHOQOL-BREF*, das subescalas do *BREQ-3* e das subescalas do *BSI*. Os resultados do *WHOQOL-BREF* foram convertidos para uma escala de 0 a 100 (Canavarro et al, 2006, in Vaz Serra et al., 2006; Canavarro et al, 2010). Foram, ainda, calculadas as frequências simples e as medidas de tendência central (média e desvio padrão) necessárias à descrição da amostra.

## **RESULTADOS**

## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA

Os resultados do questionário *Contextualização da prática do exercício físico* revelaram que na última semana 22,9% da amostra praticou exercício físico numa periodicidade de uma vez por semana (13,6%), duas vezes por semana (9,3%), ver quadro 2.

### Quadro 2.

Frequência semanal da prática de exercício físico na última semana

	Percentagem (N=140)
<1/semana	5,0
1/semana	13,6
2/semana	9,3
3/semana	5,0
4/semana	5,0
>4/semana	2,9
Não praticou/não responde	58,6
Total	100,0

A prática deste exercício físico teve uma duração média de 55 minutos por sessão (DP=38,08). As modalidades mais referidas foram a caminhada e as atividades de ginásio (15% em ambas).

No último ano, 45% dos sujeitos da amostra referiram praticar exercício físico uma ou duas vezes por semana (22,9% e 22,1%, respetivamente), conforme quadro 3.

**Quadro 3.**

Frequência semanal da prática de Exercício Físico no último ano

	Percentagem (N=140)
<1/semana	12,9
1/semana	22,9
2/semana	22,1
3/semana	10,0
4/semana	10,7
>4/semana	4,3
Não praticou/não responde	17,1
Total	100,0

Esta prática teve uma duração média por sessão de 53,6 minutos (DP=24,67). As modalidades mais referidas continuaram a ser a caminhada (24,3%) e as atividades de ginásio (25%).

Nos últimos cinco anos, 90,7% dos participantes referiram ter praticado exercício físico), conforme tabela 4. Esta prática teve a duração média de 57,65% (DP=24,85).

As atividades de ginásio (24,3%) e a caminhada (17,1%) continuaram a ser as mais referidas pelos respondentes.

**Quadro 4.**

Frequência semanal da prática de Exercício Físico nos últimos cinco anos

	Percentagem (N=140)
<1/semana	12,1
1/semana	30,7
2/semana	25,7
3/semana	8,6
4/semana	6,4
>4/semana	4,3
Não praticou/não respondeu	12,2
Total	100,0

Nos últimos vinte anos, 85,7% dos participantes revelaram ter praticado exercício físico, conforme quadro 5.



## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA

### Quadro 5.

Frequência semanal da prática de Exercício Físico nos últimos vinte anos

	Porcentagem (N=140)
<1/semana	5,7
1/semana	32,9
2/semana	27,9
3/semana	8,6
4/semana	5,0
>4/semana	5,0
Não praticou/não respondeu	15,0
Total	100,0

Cada sessão teve uma duração média de 59,66 minutos (DP=20,61). As modalidades mais referenciadas foram as atividades de ginásio (20%) e a caminhada (10,7%).

Dos 140 participantes, 115 (82%) apresentaram razões para interromper a prática do exercício físico, nomeadamente, 39,1% referiram razões de agenda, 21,7% referiram razões de saúde, 19,1% referiram razões académicas e profissionais e 6,1% referiram razões familiares. Sessenta e seis dos participantes (47,1%) apresentaram razões para reiniciar a prática do exercício físico, especificamente, 65,2% razões de saúde mental e física, 16,7% razões afetivas, 6,1% razões de agenda.

Relativamente ao instrumento *BREQ-3* podemos encontrar pontuações mais baixas nas dimensões: amotivação regulação externa e a regulação introjetada. A média de pontuações mais elevada surge nas dimensões regulação identificada, motivação intrínseca e regulação integrada. (Quadro 6).

### Quadro 6.

Distribuição dos sujeitos por subescalas do *BREQ-3*

	Amotivação (N=140)	Regulação externa (N=140)	Regulação introjetada (N=140)	Regulação identificada (N=140)	Regulação integrada (N=140)	Motivação Intrínseca (N=140)
Média	1,24	1,36	1,63	3,84	3,14	3,75
Desvio padrão	0,48	0,62	0,61	0,78	1,26	0,96

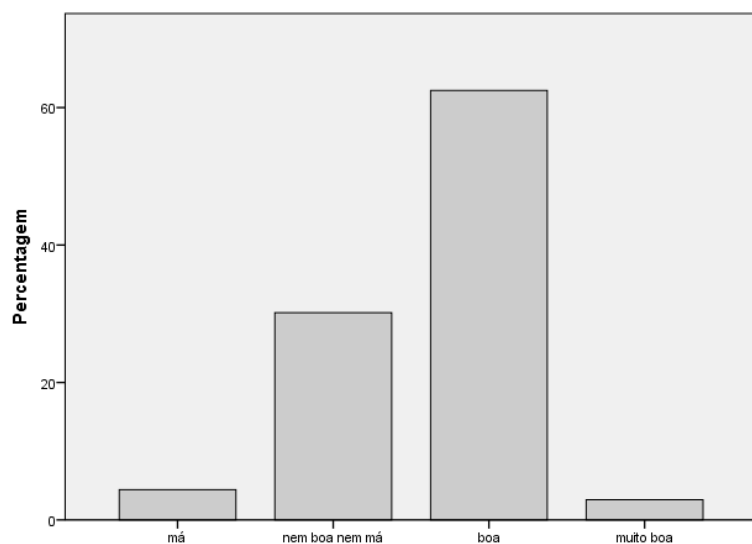
Relativamente aos dados do *BSI*, os sujeitos da amostra apresentam os resultados descritos no Quadro 7, nas 9 dimensões avaliadas:

**Quadro 7.**

Distribuição dos sujeitos por subescala do *BSI*

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOS	ANS FOB	IP	PSIC
	(N=140)	(N=140)	(N=140)	(N=140)	(N=140)	(N=140)	(N=140)	(N=140)	(N=140)
Média	0,66	1,32	0,90	0,87	0,97	0,88	0,39	1,06	0,66
Desvio padrão	0,67	0,71	0,80	0,72	0,75	0,72	0,58	0,77	0,67

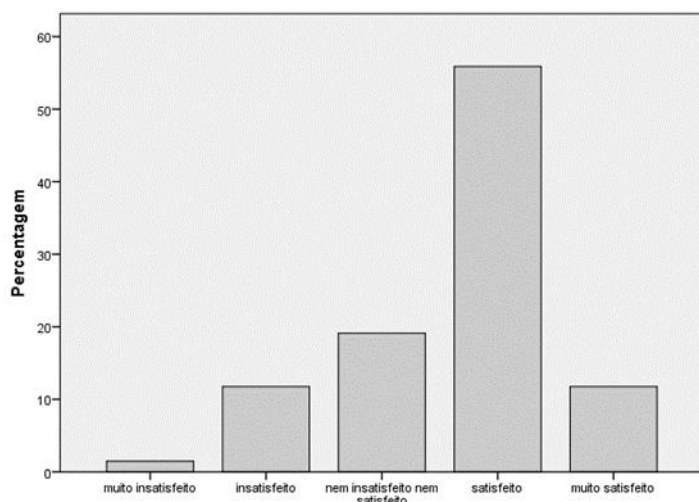
No que se refere à avaliação da percepção da qualidade de vida, os resultados do *WHOQOL-BREF* revelam que 65,4% da amostra percebe a sua qualidade de vida como boa ou muito boa (gráfico 1) e 67,7% está satisfeito ou muito satisfeito com a sua saúde (gráfico 2).



**Gráfico 1.**

Avaliação da Qualidade de vida

## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA



**Gráfico 2.**

Avaliação do Grau de satisfação com a Saúde

Relativamente às 4 dimensões avaliadas por este instrumento de medida, os sujeitos pontuam acima de 70 distribuindo-se da seguinte forma nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Quadro 8):

**Quadro 6.**

Distribuição dos sujeitos por domínios do *WHOQOL – BREF*

	Domínio Físico (N=140)	Domínio Psicológico (N=140)	Domínio Relações Sociais (N=140)	Domínio Ambiente (N=140)
Média	77,50	75,00	76,08	72,00
Desvio padrão	11,80	12,35	13,995	10,74

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho revelam valores mais baixos do que os encontrados por Batista e colaboradores (2011) no que se refere à prática de exercício físico quando consideramos a última semana. Verifique-se a este respeito que, na nossa amostra, e na última semana, cerca de 40% das pessoas afirma ter praticado exercício físico e os resultados de Batista e colaboradores (2011) apontam para números próximos de 75%. No entanto, quando consideramos o último ano, os últimos cinco, ou mesmo os últimos vinte anos, os nossos resultados revelam-se idênticos ou mesmo superiores.

Os sujeitos da nossa amostra, ao salientarem razões de saúde mental e física para o reinício da prática do exercício físico, revelam manifestar conhecimento do valor do exercício físico da

promoção da saúde (Fox, Stathi, McKenna, & Davis, 2007; Ingledew & Markland, 2008; Ingledew, Markland, & Ferguson, 2009; Weinberg & Gould, 2007; WHO, 2014).

Considerando os construtos apresentados por Deci e Ryan (1985), relativamente à motivação para a prática do exercício físico, a pontuação mais elevada que surge no *BREQ-3* situa-se na dimensão regulação identificada, na qual o indivíduo não se envolve na prática do exercício físico pelo prazer, mas sim porque é um meio para obter determinados objetivos por si valorizados (Calmeira & Matos, 2004; Moustaka et al., 2010). Este dado parece ser concordante com as razões apresentadas para o reinício do exercício físico, especificamente, o facto de os sujeitos salientarem razões de *saúde física e mental* para um novo envolvimento com a prática do exercício físico. Considerando que estes dados surgem de um instrumento de auto-relato, assume-se que os participantes, aos refletirem acerca da sua própria prática de exercício físico, responderão em função da avaliação que fazem do significado dessa mesma prática. Neste sentido, poder-se-á afirmar que os respondentes equacionam uma relação entre exercício físico e benefícios para a sua saúde, ou seja, confluem nas suas respostas.

Relativamente aos dados do *BSI*, os valores encontrados são concordantes com os encontrados por Canavarro (2007) o que permite concluir que a amostra do trabalho pertence à população não clínica.

Relativamente à perceção da qualidade de vida, os resultados evidenciam que os sujeitos percebem a sua qualidade de vida como satisfatória. Globalmente, percebem a sua qualidade de vida como boa, tanto em termos gerais, como nas diferentes dimensões avaliadas (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Estes dados vêm ao encontro do que tem sido descrito na literatura relativamente a sujeitos adultos (Patrício, Jesus, Cruice, & Hall, 2014).

Cerca de 3/4 da nossa amostra revela estar satisfeito ou muito satisfeito com a sua saúde. A este respeito e de acordo com os dados do INE/INSA (2009), a percentagem de população portuguesa residente que avalia positivamente o seu estado de saúde tem vindo a aumentar, atingindo os 53,2%. Embora não tenhamos dados anteriores a 2014 para esta amostra, esta percentagem de cerca de 75% parece revelar uma satisfação que se pode considerar boa. De acordo com Vuillemin e colaboradores (2005), existe uma relação positiva entre qualidade de vida e exercício físico moderado.

Face a estes resultados, assume-se como estudo a desenvolver a avaliação da relação entre estas três variáveis (exercício físico, saúde mental e qualidade de vida), neste contexto específico. Avoca-se, ainda, perceber se existem diferenças entre funcionários e estudantes de 2.º ciclo nas variáveis em estudo e pesquisar a influência da prática de exercício físico na perceção de qualidade de vida e da variável saúde mental, como tem sido descrito na literatura (Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007; Scully, Kremer, Meade, Graham, & Dudgeon, 1998).

## AGRADECIMENTOS

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Referência: UID/CED/4748/2016

# EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA

## REFERÊNCIAS

- Baptista, F., Silva, A., Santos, D., Mota, J., Santos, R., Vale, S., Ferreira, J., Raimundo, A., & Moreira, H. (2011). *Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto. Livro Verde da Actividade Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45, 401–415. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.07.017.
- Brown, D., Balluz, L., Heath, G., Moriarty, D., Ford, E., Giles, W., & Mokdad, A. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Preventive Medicine*, 37, 520 – 528. doi: 10.1016/S0091-7435(03)00179-8.
- Calmeiro, L., & Matos, M. (2004). *Psicologia, Exercício e Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal (pp. 305- 330). In Mário Simões, Carla Machado, Miguel Gonçalves & Leandro Almeida (Coord.). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa – vol. III*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro M. C, Pereira M, Moreira H, & Paredes T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, III, 243-68.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126–131.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, Plenum.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.) Nebraska Symposium on Motivation Vol 38. *Perspectives on Motivation*, pp. 237-288. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health, *Canadian Psychology*, 48, 3, 182-185.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde*. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>
- Fleck, M.; Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E. Vieira, G., Santos, L. Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Fox, K., Stathi, A., McKenna, J., & Davis, M. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100, 591-602. doi: 10.1007/s00421-007-0392-0.
- Galesic, M. & Bosnjak, M. (2009). Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. *Public Opinion Quarterly*, 73, 349-360. doi: 10.1093/poq/nfp031.

- Ingledeu, D.K. & Markland, D. (2008). The role of motives in exercise participation. *Psychology and Health*, 23, 807-828. doi: 10.1080/08870440701405704.
- Ingledeu, D.K., Markland, D., & Ferguson, E. (2009). Three levels of exercise motivation. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 1, 336-355. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01015.x.
- Instituto Nacional de Estatística, IP., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA, 2009.
- Knochel, C., Oertel- Knochel, V., O'Dwyer, L., Prvulovic, D., Alves, G., Kollmann, B., Hampel, H. (2012). Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Progress in neurobiology*. 46-68. doi: 10.1016/j.pneurobio.2011.11.007.
- Macedo, E. (2012). Domínio relações sociais da qualidade de vida: um foco de intervenção em pessoas com doença de humor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7 (JUN.,2012), 19-24.
- Markland, D., & Tobin, V. (2010). Need support and behavioural regulations for exercise among exercise referral scheme clients: The mediating role of psychological need satisfaction. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 91–99. doi: doi:10.1016/j.psychsport.2009.07.001.
- Mota-Pereira, J., Silvério, J., Carvalho, S., Ribeiro, J.C., Fonte, D. & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1005-1011. doi: doi:10.1016/j.jpsychires.2011.02.005.
- Moustaka, F.C., Vlachopoulos, S.P., Vazou, S., Kaperoni, M., & Markland, D. (2010). Initial validity evidence for the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire – 2 among Greek exercise participants, *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 269-276. doi: 10.1027/1015-5759/a000036.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde- saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Direção geral da saúde/Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Patrício, B., Jesus, L. M., Cruice, M. & Hall (2014). Quality of Life Predictors and Normative Data. *Social Indicators Research*, 119, 1557-1570. doi: 10.1007/s11205-013-0559-5
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal Medicine*, 32, pp. 111-120. doi:10.1136/bjbm.32.2.11.
- Silva, A., Vaz, C., Areias, M. E., Vieira, D., Proença, C., Viana, V., Moura C., & Areias, J. (2011). Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiology in the Young*, 21, 670-676. doi: 10.1007/s00421-007-0392-0.
- Sicilia, A., Sáenz-Alvarez, P., González-Cutre, D., & Ferriz, R. (2014). Exercise motivation and social physique anxiety in adolescent. *Psychologica Belgica*, 54, 111-129. doi : 10.5334/pb.XX.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, B., Tessier, S., Oppert, J., Hercberg, S., Guillemin, F., & Briancon, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 41, 562– 569. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.01.006.

## EXERCÍCIO FÍSICO, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE VIDA

- Weinberg, R.S. & Gould, D. (2007). *Foundations of sport and exercise psychology* (4rd Ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Wilson, P., Rodgers, W., Loitz, C., & Scime, G. (2006). "It's Who I Am ... Really!" The Importance of Integrated Regulation in Exercise Contexts. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11, 79-104. doi: 10.1111/j.1751-9861.2006.tb00021.x.
- World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York. Retirado de [http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf\\_files/constitution-en.pdf](http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf).
- World Health Organization (2011). *Physical inactivity: a global public health problem*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Portuguese National Health Plan 2012-2016*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.