



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior
de Educação

Diferenças na Funcionalidade e na Satisfação com a Vida em Idosos Praticantes e Não Praticantes de um Programa Regular de Atividade Física

João Miguel Martins Domingues

Orientadores

Professor Doutor Jorge Manuel Folgado dos Santos

Professor Doutor João Júlio de Matos Serrano

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Atividade Física, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Jorge Manuel Folgado dos Santos e do Professor Doutor João Júlio de Matos Serrano, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Novembro de 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor, Marco Alexandre da Silva Batista

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

Vogais

Professor Doutor, Pedro Sánchez (Arguente)

Professor Titular da Faculdade de Ciências do Desporto da Universidade da Extremadura, Espanha

Professor Doutor, Miguel Alexandre Rebelo Lucas (Arguente)

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

Professor Doutor, Jorge Manuel Folgado dos Santos (Orientador)

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, professores e amigos por todo o apoio que me proporcionaram ao longo desta minha etapa acadêmica.

“Podemos compreender a sabedoria de três modos: o primeiro é a meditação que é o modo mais nobre. Em segundo lugar é possível ser influenciado por outra pessoa, ou segui-la, que é o modo mais fácil. O terceiro é pela experiência, que é o mais difícil.”

Confúcio, pensador e filósofo chinês

Agradecimentos

Este trabalho de investigação, só foi possível de realizar, por ter o apoio incondicional de algumas pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a sua realização, pelo que aqui quero deixar expresso os meus profundos agradecimentos.

Tudo começou no verão de 2011, iria reprovar pela terceira vez, na certeza que tinha de mudar para aquilo que realmente gostava, foi então através de uma conversa atípica com os meus pais que tudo mudou. Basicamente, deram-me ali uma segunda oportunidade para estudar.

Às minhas irmãs, Margarida e Beatriz, e ao meu cunhado Hugo, agradecer a ajuda imprescindível que deram no dia da recolha de dados.

À minha companheira de vida, Catarina, pelo incentivo e paciência demonstrada ao longo deste processo.

Ao meu “mestre” Professor Doutor Jorge Santos, por ter sido o primeiro profissional da área da educação física a acreditar em mim e que me tem acompanhado de perto nestes catorze anos.

Aos meus orientadores, Professor Doutor João Serrano e ao Professor Especialista Jorge Santos, quero agradecer a orientação, acompanhamento, partilha de informação científica e disponibilidade demonstrada representando qualidade científica, bem como, os momentos de reflexão partilhados.

Ao professor Paulo Silveira pela disponibilidade e paciência demonstrada nos ensinamentos e tratamentos estatísticos.

À professora Isabele Lavado pela disponibilidade e paciência demonstrada na tradução do resumo para inglês.

Ao Professor Doutor António Faustino pelo apoio, amizade, disponibilidade, incentivo e profissionalismo demonstrado ao longo do meu percurso académico.

Ao Presidente da Câmara Municipal de Oleiros, Doutor Miguel Marques e ao Senhor Vereador Paulo Jorge Brás Urbano, pela autorização concedida para a realização desta investigação e respetiva cedência das instalações para aplicação dos testes. Também, uma palavra de apreço aos meus colegas do grupo de desporto do Município de Oleiros, Inês Martins e Filipe Henriques, por sentir da parte deles um apoio incondicional no sentido do crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, como demonstrado neste percurso académico.

Ao Presidente da Junta de Freguesia de Cambas e à Tesoureira, Exmo. Sr. Luís Alves e à Exma. Sr^a. Carla Chamiça; à Junta de Freguesia de Álvaro; à União de Freguesias de Estreito e Vilar Barroco; à Junta de Freguesia da Madeirã; e, por fim, à Associação dos Amigos de Abitureira (ABITU), em nome de uma das sócias fundadoras, que por sinal é minha avó. A todos o meu agradecimento pela

autorização concedida para a realização desta investigação e respetiva cedência das instalações para aplicação dos testes.

A todos os indivíduos que se mostraram disponíveis, desde logo, para participar nos testes físicos e nos questionários possibilitando assim obter uma amostra considerável de 63 indivíduos (n=63). Indivíduos que me viram crescer neste concelho e que tenho em muito boa estima.

Aos meus tios Alice e Zé, aos meus primos Rita e Rui, e aos meus amigos Otília e João pelo suporte importantíssimo que sempre me ofereceram ao longo destes sete anos passados em Castelo Branco.

À minha coach Patrícia Cruz pelo apoio, amizade, disponibilidade, incentivo e profissionalismo demonstrado ao longo desta etapa académica.

Aos meus restantes familiares e amigos pela paciência e ajuda prestada.

A ti meu amigo Nuno, espero que onde tu estiveres possas estar feliz e sentir orgulho em mim por aquilo que alcancei.

Por último, ao Instituto Vaz Serra e à Escola Superior de Educação de Castelo Branco pela formação em prol dos seus alunos. Também, a todos os outros professores que contribuíram de certa forma para a minha evolução.

A todos o meu muito obrigado!

Resumo

O envelhecimento é um processo biológico inevitável que envolve mudanças físicas e psicossociais. Em Portugal, seguindo as tendências globais, tem-se verificado um aumento da esperança de vida. Nesse contexto, a atividade física destaca-se como um fator importante para atenuar os efeitos do envelhecimento nas dimensões social, psicológica e biológica. Este estudo teve como objetivo verificar se os idosos praticantes de um programa regular de atividade física formal tiveram uma melhor percepção de satisfação com a vida do que os idosos não praticantes e se as diferenças estiveram diretamente relacionadas com o nível funcional dos idosos. A amostra incluiu 63 idosos do concelho de Oleiros, divididos entre praticantes (35) e não praticantes (28) de atividade física. A satisfação com a vida foi avaliada pelo questionário MOS SF-36v2 e o nível funcional pela bateria Senior Fitness Test. Os dados foram analisados com o software SPSS 29. Os resultados do estudo indicaram que os idosos praticantes de atividade física apresentaram diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida em várias dimensões, como função física, desempenho físico, vitalidade, desempenho emocional e saúde geral. No sexo masculino, essas diferenças estatisticamente significativas foram ainda mais evidentes, abrangendo também dor corporal e mudança em saúde. No sexo feminino, apenas a dimensão vitalidade mostrou diferenças estatisticamente significativas. Quanto ao nível funcional, os praticantes obtiveram diferenças estatisticamente significativas em quase todas as variáveis, exceto na flexibilidade inferior e no IMC. Estas diferenças também se verificaram de forma consistente em ambos os sexos. Além das diferenças estatisticamente significativas, os resultados demonstraram efeitos práticos relevantes, o que reforçou a robustez e a relevância funcional das diferenças observadas. Houve ainda correlações positivas estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o nível funcional entre os praticantes, especialmente nas capacidades de força e resistência dos membros superiores e inferiores e, resistência cardiovascular. No sexo masculino confirmou-se essa tendência nas capacidades de força e resistência dos membros superiores e, resistência cardiovascular, para além de verificar ainda uma correlação positiva com a flexibilidade inferior. Por outro lado, o sexo feminino apresenta apenas uma correlação positiva com a força e resistência dos membros inferiores. Entre os não praticantes, observaram-se correlações negativas estatisticamente significativas com a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. No sexo feminino essa tendência confirmou-se, enquanto no sexo masculino apenas se observam correlações negativas estatisticamente significativas com o IMC. Concluiu-se que a prática de atividade física revelou uma melhor percepção da qualidade de vida e maior funcionalidade, com correlações positivas estatisticamente significativas, enquanto nos não praticantes surgiram apenas associações negativas pontuais e limitadas.

Palavras chave

Envelhecimento, Envelhecimento Ativo, Qualidade de Vida, Atividade Física, e Capacidade Funcional.

Abstract

Ageing is an inevitable biological process that involves physical and psychosocial changes. In Portugal, following global trends, there has been an increase in life expectancy. In this context, physical activity stands out as an important factor in mitigating the effects of ageing in social, psychological, and biological dimensions. This study aimed to verify whether older adults who participated in regular formal physical activity program had a better perception of life satisfaction than older adults who did not participate and whether the differences were directly related to the functional level of the older adults. The sample included 63 elderly people from the municipality of Oleiros, divided between those who practised physical activity (35) and those who did not (28). Life satisfaction was assessed using the MOS SF-36v2 questionnaire, and functional level using the Senior Fitness Test battery. The data were analysed using SPSS 29 software. The results of the study indicated that elderly people who practised physical activity showed statistically significant differences in their perception of quality of life in several dimensions, such as physical function, physical performance, vitality, emotional performance and general health. These statistically significant differences in males were even more evident, covering body pain and health changes. In females, only the vitality dimension showed statistically significant differences. Regarding functional level, practitioners obtained statistically significant differences in almost all variables, except for lower flexibility and BMI. These differences were also consistently observed in both sexes. In addition to statistically significant differences, the results demonstrated relevant practical effects, which reinforced the robustness and functional relevance of the observed differences. There were also statistically significant positive correlations between quality of life and the functional level among practitioners, especially in strength and endurance capacities of the upper and lower limbs, and cardiovascular endurance. In the males, this trend was confirmed in the capacities of strength and endurance of the upper limbs and cardiovascular endurance, in addition to also finding a positive correlation with lower flexibility. On the other hand, the females show only a positive correlation with the strength and endurance of the lower limbs. Among non-practitioners, statistically significant negative correlations were observed with speed, agility, and dynamic balance. In females, this trend was confirmed, while in males, only statistically significant negative correlations with BMI were observed. It was concluded that physical activity revealed a better perception of quality of life and greater functionality, with statistically significant positive correlations. At the same time, there were only occasional and limited negative associations among non-practitioners.

Keywords

Ageing, Active Ageing, Quality of Life, Physical Activity, and Functional Capacity.

Índice geral

Resumo	IX
Abstract.....	XI
Índice geral	XIII
Índice de figuras.....	XVII
Índice de gráficos.....	XIX
Lista de tabelas.....	XXI
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XXV
Introdução	1
Capítulo I	5
1. Revisão da Literatura	7
1.1 Envelhecimento	7
1.2 Envelhecimento Ativo	9
1.3 Satisfação com a Vida	10
1.4 Atividade Física	11
1.4.1 Atividade Física Formal vs Atividade Física Não Formal	12
1.4.2 Recomendações de Atividade Física para a Saúde dos Idosos	14
1.5 Capacidade Funcional	15
1.6 Estudos Comparativos.....	15
1.6.1 Estudos sobre Satisfação com a Vida	16
1.6.2 Estudos sobre Capacidade Funcional	17
1.6.3 Estudos sobre Satisfação com a Vida e Capacidade Funcional	24
Capítulo II	31
2. Organização e Planificação do Estudo	33
2.1 Problema e Objetivos do Estudo	33
2.1.1 Problema.....	33
2.1.2 Objetivos do Estudo	34
2.1.3 Objetivo Geral	34
2.1.4 Objetivos Específicos	35
2.2 Hipóteses do Estudo.....	35
2.3 Variáveis do Estudo.....	37
2.3.1 Variáveis Independentes.....	37

2.3.2 Variáveis Dependentes	37
Capítulo III.....	39
3. Metodologia.....	41
3.1 Descrição do Estudo.....	41
3.2 Caracterização da População e do Contexto Geográfico do Estudo	42
3.3 Caracterização da Amostra.....	49
3.3.1 Caracterização das idades por sexo e por grupo	50
3.4 Métodos e procedimentos de recolha de dados.....	51
3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	52
3.4.2 Recolha dos dados.....	53
3.4.3 Instrumentos de recolha dos dados.....	54
3.4.5 Procedimentos Estatísticos	58
Capítulo IV	61
4. Apresentação e análise dos resultados	63
4.1 Análise descritiva.....	64
4.2 Análise inferencial.....	73
4.3 Análise de correlações.....	87
Capítulo V	95
5. Discussão dos resultados.....	97
5.1 Questionário de qualidade de vida MOS SF-36v2	97
5.2 Bateria de testes <i>Senior Fitness Test</i> de Rikli & Jones (1999; 2001) ...	102
5.3 Correlação entre as componentes da qualidade de vida e a funcionalidade	105
5.4 Análise das hipóteses do estudo	107
Capítulo VI	113
6. Conclusões do estudo.....	115
6.1 Limitações e recomendações do estudo	116
6.1.1 Limitações do Estudo	116
6.1.2 Recomendações do Estudo	117
Capítulo VII	119
7. Referências Bibliográficas	121
Anexos	133
Anexo A – Termo de Consentimento Individual Informado.....	135

Anexo B – Questionário de Qualidade de Vida (SF-36v2).....	137
Anexo C – Transformação de valores do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36v2).....	141
Anexo D – Protocolo de aplicação da bateria de testes Senior Fitness Test de Rikli e Jones (1999; 2001).....	143

Índice de figuras

Figura 1 - Mapa das freguesias do concelho de Oleiros, após a reorganização administrativa de 2013 (INE & Eurostat, 2025).....	46
Figura 2 – Modelo factorial SF-36 com duas componentes (Ferreira, 2000). ..	55
Figura 3 – Diagrama do sistema de pontuação do SF-36 (Ferreira, 2000).	56
Figura 4 – Teste de estatura e peso (Rikli & Jones, 2001).	143
Figura 5 – Teste Levantar e Sentar na Cadeira (Rikli & Jones, 2001).	144
Figura 6 – Teste Flexão do Antebraço (Rikli & Jones, 2001).....	146
Figura 7 – Teste Sentado e Alcançar (Rikli & Jones, 2001).....	148
Figura 8 – Teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar (Rikli & Jones, 2001).....	150
Figura 9 – Teste Alcançar Atrás das Costas (Rikli & Jones, 2001).....	151
Figura 10 – Teste Andar 6 minutos (Rikli & Jones, 2001).....	153

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Índice de Envelhecimento: Raking de Portugal na União Europeia (INE & Eurostat, 2025).	43
Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento: variação de Portugal 1960-2023 (INE & Eurostat, 2025).	44
Gráfico 3 - Índice de Envelhecimento: Gráfico Regional por Municípios de Portugal (INE & Eurostat, 2025).	45

Lista de tabelas

Tabela 1 - População residente no concelho de Oleiros (INE & Eurostat, 2025).	47
Tabela 2 - Número médio de habitantes por km ² no concelho de Oleiros (INE & Eurostat, 2025).	47
Tabela 3 - Comparação por grupos etários no concelho de Oleiros (INE & Eurostat, 2025).	48
Tabela 4 – Caracterização da amostra (n=63).	50
Tabela 5 – Caracterização das idades por sexo e por grupo.	51
Tabela 6 – Descrição da bateria <i>SFT</i> (adaptado de Rikli e Jones, 1999).	57
Tabela 7 - Estatística descritiva e análise de fiabilidade das variáveis.	64
Tabela 8 – Média e DP dos resultados obtidos através do questionário MOS SF-36v2, por grupos (de praticantes e não praticantes).	65
Tabela 9 - Média e DP dos resultados obtidos através da bateria de testes <i>SFT</i> , por grupos (de praticantes e não praticantes).	67
Tabela 10 - Média e DP dos resultados obtidos através do questionário MOS SF-36v2, para o sexo masculino.	68
Tabela 11 - Média e DP dos resultados obtidos através da bateria de testes <i>SFT</i> , para o sexo masculino.	69
Tabela 12 - Média e DP dos resultados obtidos através do questionário MOS SF-36v2, para o sexo feminino.	71
Tabela 13 - Média e DP dos resultados obtidos através da bateria de testes <i>SFT</i> , para o sexo feminino.	72
Tabela 14 – Valores de Referência para <i>d-Cohen</i> (Cohen, 1988).	74
Tabela 15 – Valores de Interpretação dos Tamanhos do Efeito (Cohen, 1988, adaptado por Rosnow & Rosenthal, 1996).	74
Tabela 16 - Valores de α e <i>D-Cohen</i> relativos aos resultados obtidos através do Questionário SF-36v2, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes.	75
Tabela 17 - Valores de α e <i>D-Cohen</i> relativos aos resultados obtidos através da bateria de testes <i>SFT</i> , comparação entre grupo de praticantes e não praticantes.	77
Tabela 18 - Valores de α e <i>D-Cohen</i> relativos aos resultados obtidos através do Questionário SF-36v2, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo masculino.	79

Tabela 19 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo masculino.	81
Tabela 20 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através do Questionário SF-36v2, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo feminino.	83
Tabela 21 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo feminino.	85
Tabela 22 – Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de praticantes.	88
Tabela 23 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de não praticantes. ...	89
Tabela 24 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de praticantes, quanto ao sexo masculino.	90
Tabela 25 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de não praticantes, quanto ao sexo masculino.	91
Tabela 26 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de praticantes, quanto ao sexo feminino.	92
Tabela 27 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de não praticantes, quanto ao sexo feminino.	93
Tabela 28 – Valores de Referência Homens: Teste de Levantar e Sentar na Cadeira.	145
Tabela 29 - Valores de Referência Mulheres: Teste de Levantar e Sentar na Cadeira.	145
Tabela 30 – Valores de Referência Homens: Teste Flexão do Antebraço.	147
Tabela 31 – Valores de Referência Mulheres: Teste Flexão do Antebraço. ..	147
Tabela 32 – Valores de Referência Homens: Teste Sentado e Alcançar.	148
Tabela 33 - Valores de Referência Mulheres: Teste Sentado e Alcançar.	149
Tabela 34 – Valores de Referência Homens: Teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar.	150
Tabela 35 - Valores de Referência Mulheres: Teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar.	150

Tabela 36 – Valores de Referência Homens: Teste Alcançar Atrás das Costas.	152
Tabela 37 - Valores de Referência Mulheres: Teste Alcançar Atrás das Costas.	152
Tabela 38 – Valores de Referência Homens: Teste Andar 6 minutos.	153
Tabela 39 - Valores de Referência Mulheres: Teste Andar 6 minutos.	154

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AF – Atividade Física

AFF - Atividade Física Formal

AFNF - Atividade Física Não Formal

AVD – Atividades da Vida Diária

DP – Desvio Padrão

EA – Envelhecimento Ativo

GS – Ginástica Sénior

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

KS – *Kolmogorov-Smirnov*

MOS SF-36 - *Medical Outcomes Study – Short Form-36*

N - Número de participantes (ou tamanho da amostra)

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAF – Programa de Atividade Física

QV – Qualidade de Vida

SCV – Satisfação com a Vida

SFT – *Senior Fitness Test*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Introdução

O envelhecimento demográfico apresenta-se para os próximos anos como um fenómeno global e irreversível, suscitando em diversas áreas científicas a necessidade e o interesse de estudar a saúde da população idosa (Rodrigues & Henriques, 2017).

Segundo a Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (2017), em Portugal o número de idosos já há muito que ultrapassou o número de jovens, e o índice de envelhecimento em 2015 situava-se em 140 idosos por cada 100 jovens, alterações na composição etária da população que são reveladoras do envelhecimento demográfico ocorrido nos últimos anos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), as projeções indicam que a população em idade ativa diminuirá de 6,6 para 4,2 milhões até 2080, sendo que número de jovens irá diminuir dos 1,4 milhões para aproximadamente 1 milhão de jovens. A população idosa aumentará de 2,2 milhões para 3 milhões de idosos, aumentando o índice de envelhecimento de 159 idosos para os 300, por 100 jovens. Dados mais recentes, referem que o envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se. Em 2022, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (181,3 em 2021), notando-se assim esse crescimento como referido pelo INE em 2020 (INE, 2023).

Para Cardoso (2019) este fenómeno é resultado de diversos fatores entre os quais os baixos índices de fecundidade e o aumento da esperança média de vida. As melhores condições de vida, os progressos da medicina e uma melhor assistência médica, são alguns dos fatores que influenciam o aumento da longevidade.

O processo de envelhecimento é acompanhado por um declínio progressivo da aptidão funcional, sendo um fator de risco para perda da independência funcional e para o aumento da morte prematura (Buchman et al. 2007; Hollenberg et al., 2006). Este processo traz consigo várias alterações fisiológicas, como a progressiva atrofia muscular, fraqueza funcional, diminuição da capacidade coordenativa, de entre outras que, na sua maioria, têm os seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida ativo. A prática de Atividade Física (AF) pode ser destacada como elemento de prevenção (Ferreira, 2011).

A prática regular de AF, contribui para a diminuição da depressão e ansiedade, aumentando a tolerância à dor e stress mantendo a estabilidade entre a saúde mental e física. Os exercícios ativam os neurotransmissores (serotonina e noradrenalina) relacionados com o quadro depressivo, diminuindo assim a depressão, permitindo a regulação de substâncias inerentes ao sistema nervoso, melhorando o fluxo sanguíneo no sangue; mantém a abstinência das drogas e na

recuperação da autoestima. Ocorre redução do stress prevenindo assim a depressão (Paulo, 2015).

Segundo Almeida (2007), aquando da sua investigação “Fatores de influência da prática da AF na terceira idade”, constatou que muitos idosos deixam de praticar exercícios devido a barreiras culturais e estruturais. Além disso, fatores individuais e ambientais — como o nível de educação ao longo da vida, — têm um papel determinante na decisão de manter ou não hábitos saudáveis na velhice. Neste sentido, o mesmo autor requer que a AF surja como um pilar fulcral no envelhecimento, não o evita, mas pode atenuar este processo natural nas suas diferentes dimensões com particular ênfase em três itens: social, psicológico e biológico.

Por isso, tem aumentado a preocupação com o bem-estar e a Qualidade de Vida (QV) desta população tendo, a sociedade procurado dar respostas nesse sentido, pondo em prática o conceito de Envelhecimento Ativo (EA) que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), visa otimizar as possibilidades de boa saúde, de participação e de segurança a fim de aumentar a QV durante a velhice.

Neste sentido, a QV está relacionada com a autoestima e o bem-estar pessoal, sendo que dela fazem parte conceitos como o nível socioeconómico, o estado emocional, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais e religiosos, a satisfação com atividades diárias ou com o ambiente, o estilo de vida e o nível funcional. Esta funcionalidade do idoso, segundo a literatura, depende muito do facto de se evitar comportamentos sedentários. Por isso, uma boa perceção de QV pode ser influenciada pela prática regular de AF (Antão, 2017).

Embora a bibliografia existente evidenciar que a Atividade Física Formal (AFF) formal promover incalculáveis benefícios, como aqueles referidos nos parágrafos anteriores, não podemos afirmar com toda a certeza que os idosos participantes nesses programas têm essa perceção.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo verificar se idosos praticantes de um programa regular de AFF, têm uma melhor perceção da sua Satisfação com a Vida (SCV) do que idosos não praticantes. Procuramos também saber, se existindo essas diferenças, se estão diretamente relacionadas com o nível funcional dos idosos. Trata-se, portanto de um estudo quantitativo de natureza descritiva e de tipo caso.

Este trabalho de investigação foi efetuado no meu concelho de residência, o Concelho de Oleiros, o qual possui desde 2007 um Programa de Atividade Física (PAF) para idosos, Ginástica Sénior (GS), tendo como objetivo conhecer a realidade da capacidade funcional e QV dos indivíduos, de um concelho do interior do país, bastante envelhecido. Por outro lado, este estudo tem como objetivo, melhorar e adquirir novos conhecimentos para o desempenho das funções como técnico superior de desporto neste tipo de população na minha zona de residência.

O presente estudo está estruturado em oito partes:

A primeira parte diz respeito à introdução, onde apresentamos uma breve síntese ao estudo e se indicamos a forma como foi estruturado.

A segunda parte (Capítulo I), contém a revisão de literatura na qual procuramos enquadrar este estudo e revelar a importância da temática, bem como dar a conhecer aquilo que já foi estudado e dito sobre os conceitos relacionados com este estudo.

Na terceira parte (Capítulo II), vamos dar a conhecer a organização e planificação do estudo. Esta é dividida em 4 partes: o enunciado do problema; os objetivos; as hipóteses e as variáveis.

Na quarta parte (Capítulo III), vamos apresentar a metodologia utilizada neste estudo. Esta é dividida em 7 partes: descrição do estudo; a caracterização da população e o contexto geográfico do estudo; a caracterização da amostra; os critérios de inclusão e exclusão; os métodos e procedimentos de recolha de dados; os instrumentos de recolha de dados; e, por fim, os procedimentos estatísticos.

A quinta parte (Capítulo IV), corresponde à apresentação e análise dos dados obtidos. Aqui apresentamos a descrição e caracterização dos praticantes por grupo e por sexo, no que diz respeito à satisfação com a vida e à capacidade funcional.

A sexta parte (Capítulo V) é constituída pela discussão dos resultados, onde comparamos os resultados obtidos com outros estudos com a mesma temática e da mesma região.

A sétima parte (Capítulo VI) apresenta as conclusões parciais e finais retiradas da realização do estudo, complementada com as limitações e recomendações para futuras investigações.

A oitava parte (Capítulo VII) corresponde às fontes utilizadas, onde são apresentadas as obras consultadas.

A nona e última parte apresenta os anexos.

Capítulo I

1. Revisão da Literatura

O envelhecimento é um fenómeno global com implicações significativas para a saúde pública, exigindo uma compreensão aprofundada dos fatores que influenciam a QV na terceira idade. Entre estes fatores, a prática regular de AF destaca-se como uma das principais estratégias para promover o envelhecimento saudável, prevenir o declínio funcional e melhorar o bem-estar geral. Diversos estudos têm evidenciado os benefícios da AF na manutenção da autonomia, capacidade funcional e saúde mental dos idosos, refletindo-se também em níveis mais elevados de SCV.

Desta forma, esta revisão de literatura tem como objetivo explorar os conceitos de funcionalidade e SCV em idosos, abordando os impactos da prática regular de AF nessas variáveis. Serão apresentados estudos relevantes que comparam idosos praticantes e não praticantes, permitindo uma análise sobre os benefícios do exercício físico e os desafios enfrentados.

Neste sentido, iremos abordar conceitos fundamentais tais como: o envelhecimento; o EA; a SCV; a AF, delimitando a AFF e da Atividade Física Não Formal (AFNF); a capacidade funcional; verificar estudos comparativos por forma a termos uma melhor perceção do envolvimento das temáticas SCV e capacidade funcional; e, por fim, explorar o contexto da região a nível social, económico e dando nota de destaque ao flagelo dos incêndios rurais.

1.1 Envelhecimento

É do conhecimento geral que um dos problemas da sociedade contemporânea é o seu envelhecimento, sendo necessário encontrar soluções e estratégias que sirvam para minimizar todos os problemas inerentes a esse facto o qual, geralmente, está associado à solidão. É aqui que é deveras importante, para o idoso, a AF como potenciadora de uma maior QV e autonomia para o seu dia-a-dia, com repercussões a nível biológico, social e psicológico, contribuindo assim decidida mente para a manutenção, incrementação e melhoria de estilos de vida saudáveis (Alves et al., 2018).

Os mesmos autores mencionam que o envelhecimento demográfico da população é uma realidade à escala mundial. A Europa, já designada por “continente grisalho”, é uma das regiões mais envelhecidas do mundo e Portugal, no contexto europeu, é um dos países onde se observa um maior envelhecimento demográfico.

Para Lima (2004), o processo natural de envelhecimento caracteriza-se por um fenómeno universal, gradual e irreversível, que gera distintas mudanças e transformações que ocorrem ao longo do ciclo vital. Isto é, entende-se por envelhecimento todo um processo natural ou conjunto de processos que ocorrem no organismo, em que com o passar dos anos, leva à perda de adaptabilidade, destreza física, funcionalidade e posterior morte (Spiriduso, 2005). O envelhecimento, engloba alterações morfo-funcionais durante a vida, que se iniciam depois da maturação sexual e comprometem, gradualmente, a capacidade de resposta dos sujeitos aos fatores ambientais e à conservação da homeostasia. A perda de autonomia, comportamentos sedentários e a incapacidade são obstáculos à saúde inerentes ao envelhecimento, que auxiliam na decadência da autonomia do idoso (Honório, et al, 2016).

Segundo Silva (2015), a idade surge como um marco preciso para identificar a partir de quando é que uma pessoa é considerada idosa. Porém, as características referentes ao nível biológico, psicológico, mental e social variam de pessoa para pessoa, e como tal não existem critérios homogêneos que o fundamentem. No entanto, os sessenta e cinco anos são a referência para o início do fenómeno de envelhecimento, ou por outras palavras, é a partir dessa idade que os indivíduos são considerados como idosos, como defende a OMS.

O envelhecimento da população é um fenómeno global que tem vindo a intensificar-se nas últimas décadas, com implicações significativas em diversas áreas da sociedade, nomeadamente na saúde, economia e políticas sociais. Em Portugal, este processo é particularmente acentuado. Segundo dados do Eurostat (2023), Portugal registou uma das idades medianas mais elevadas da União Europeia, situando-se nos 46,8 anos, refletindo um aumento de 4,7 anos na última década. Este crescimento é atribuído, em parte, à baixa taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida.

A par das questões de saúde e bem-estar, importa ainda considerar as dimensões sociais do envelhecimento. O enfraquecimento das redes familiares, a migração dos mais jovens para os centros urbanos ou para o estrangeiro, e a crescente individualização das sociedades contribuem para a solidão e isolamento dos idosos. Segundo o INE (2021), mais de 40% das pessoas com 65 ou mais anos vivem sozinhas ou com outra pessoa idosa, o que reforça a importância de políticas de inclusão social e de estratégias comunitárias que promovam o convívio social.

Em suma, o envelhecimento populacional apresenta desafios complexos que exigem respostas multidimensionais. A implementação de políticas públicas e a participação em iniciativas internacionais, serão certamente um bom compromisso a adotar por Portugal em promover um envelhecimento digno, saudável e participativo.

1.2 Envelhecimento Ativo

Este cenário demográfico coloca novos desafios à sociedade portuguesa, exigindo uma reconfiguração das políticas públicas e sociais para responder às necessidades de uma população envelhecida. O aumento da longevidade não deve ser encarado apenas como um prolongamento da vida, mas também como uma oportunidade para promover um EA e saudável.

No que respeita ao conceito EA, este foi introduzido no final dos anos 90 pela OMS, e é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a QV para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005). A OMS define EA como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a QV à medida que as pessoas envelhecem. A OMS acrescenta, ainda, que a abordagem do EA se baseia na identificação dos direitos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, de participação, de dignidade, de assistência e de autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse contexto, coloca-se a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, de forma a envelhecer com saúde, autonomia e independência (Direção-Geral da Saúde, 2006), com o intuito de poder maximizar todas as oportunidades ao longo da vida, mas também, de forma a manter a funcionalidade que, aparentemente, é o parâmetro mais importante para a maioria dos adultos (OMS, 2015).

Ingrês (2024) diz-nos que no envelhecimento, o aparelho locomotor vai de forma natural sofrendo algumas modificações decorrentes deste processo. Como sabemos, o equilíbrio e a mobilidade são fundamentais e imprescindíveis para uma vida independente e a promoção de atividades que ajudem a estimular os mesmos e que procurem manter os seus níveis tornam-se importantes e necessárias, sobretudo no decorrer do processo do envelhecimento.

A participação em programas regulares de AF ainda não é uma realidade para muitos idosos, seja por barreiras físicas, sociais ou motivacionais. Isto levanta questões importantes sobre as diferenças existentes entre aqueles que praticam um programa regular de AF e aqueles que permanecem sedentários. Compreender estas diferenças é fundamental para a intervenção eficaz voltada à promoção da saúde na população idosa.

Azevedo et al. (2022), referem que a promoção do EA está maioritariamente centrada no exercício físico, ao qual estão associados benefícios na saúde mental e física, prevenção do declínio mental, melhoria na função cognitiva, benefícios sociais, influenciando positivamente a QV dos idosos. A evidência destes benefícios no processo de envelhecimento tem levado a uma crescente preocupação na conceção de programas de exercício físico. No entanto, a sua

implementação deve ter em conta os problemas de saúde, o nível de dependência funcional, o tipo de exercício físico e as convicções de cada um sobre os benefícios. Ou seja, é necessário que os diferentes programas de intervenção respeitem as diversas trajetórias de vida e as condições do idoso. Também para Rikli e Jones (2013), a promoção da AF assume um papel fundamental. Diversos estudos têm demonstrado que a prática regular de exercício físico contribui significativamente para a melhoria da condição física, prevenção de doenças crônicas, manutenção da mobilidade e independência funcional dos idosos. Além dos benefícios fisiológicos, a AF contribui para o bem-estar psicológico, atenuando sintomas de depressão, ansiedade e solidão, comuns nesta faixa etária (Rodrigues et al., 2018).

Em Portugal, várias iniciativas têm procurado responder a estas necessidades. Programas de EA, promovidos quer por autarquias, universidades seniores e instituições particulares de solidariedade social, têm vindo a ganhar expressão, com o objetivo de integrar os idosos em atividades que promovam o seu bem-estar global. No entanto, persistem desafios significativos, nomeadamente no acesso equitativo a estas oportunidades, principalmente nas zonas rurais e interiores do país, onde o isolamento geográfico e social é mais evidente (Carneiro, 2020). Na investigação de Afonso (2023), foi possível observar que idosos da Beira Baixa, de meio rural e urbano, apresentam níveis de AF inferiores nos dias de fim-de-semana em detrimento dos dias de semana, confirmando que é um fator que merece toda a sua atenção nas intervenções com esta população para aumentar os níveis de AF. Estas informações sugerem que é possível um indivíduo ser-se fisicamente ativo e despende muito tempo em comportamentos sedentários. Neste sentido, é importante que tudo isto deva ser considerado no planeamento das intervenções com idosos, tendo em vista a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis nesta população.

1.3 Satisfação com a Vida

A SCV é um componente essencial do bem-estar subjetivo, refletindo a avaliação global que o indivíduo faz da sua própria existência. Em contextos de envelhecimento, esta variável adquire particular relevância, uma vez que está associada à perceção de QV, funcionalidade e saúde mental.

Segundo Huebner (2004), a perspetiva subjetiva foca-se nas avaliações pessoais das circunstâncias de vida e afigura-se como mais vantajosa, dado que os julgamentos de SCV tendem a correlacionar-se mais com as medidas de bem-estar subjetivo do que as condições objetivas de vida da pessoa. Além disso, as pessoas reagem de forma diferente a circunstâncias semelhantes, avaliando as suas condições de vida com base nas suas expectativas, valores e experiências (Diener et al., 1998). De acordo com Batista (2009) a sensação de bem-estar ou de

SCV está intimamente ligada à forma como o indivíduo é capaz de lidar e absorver a ocorrência de episódios da sua vida, alguns destes inerentes à própria evolução da mesma. Ou seja, a SCV trata-se de uma extensão positiva do bem-estar subjetivo, isto é, uma autoavaliação cognitiva global que o indivíduo faz de cada momento da sua vida, sendo os critérios de avaliação designados pelo próprio (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Ou seja, a pessoa avalia a sua vida consoante as suas experiências pessoais, considerando aspetos positivos e negativos, chegando a uma avaliação global da sua vida com o mínimo de influência emocional no momento da avaliação (Lucas et al., 1996).

Estudos têm demonstrado que a prática regular de AF está positivamente correlacionada com níveis mais elevados de SCV entre os idosos. Por exemplo, um estudo realizado por Costa et al. (2023) com adultos com mais de 50 anos revelou que aqueles com maior SCV apresentavam melhor aptidão física, nomeadamente maior força dos membros inferiores e melhor agilidade e equilíbrio. Os autores sugerem que programas de exercício físico que visem desenvolver ou preservar a aptidão física devem ser implementados a partir dos 50 anos para assegurar melhores indicadores de saúde mental. Além disso, a influência da AF na SCV também se manifesta através da melhoria da saúde mental. Hurst (2024) observa que a AF está associada a uma maior SCV e eficácia no tratamento da depressão, sugerindo que o exercício pode ser uma intervenção eficaz para melhorar o bem-estar psicológico dos idosos.

Dado o exposto, a literatura atual evidencia que a prática regular de AF desempenha um papel significativo na promoção da SCV entre os idosos.

1.4 Atividade Física

“A AF é definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso” (Caspersen et al, 1985, p.126).

A importância da prática de AF na população idosa é consensual na literatura, sendo um comportamento essencial para promover saúde e prevenir doenças. Para melhorar os efeitos da AF em diversos parâmetros relacionados à saúde, diferentes intensidades de AF podem ser sugeridas, sendo a de intensidade moderada a vigorosa a mais usada (Silva, 2019).

A relação entre AF e QV em idosos tem sido objeto de estudo há décadas. Em 2006, Mota et al., realizaram um estudo comparativo entre idosos participantes e não participantes de programas regulares de AF. Os resultados indicaram que os praticantes apresentavam melhor QV associada à saúde, com destaque para a função física e o bem-estar geral. A participação em PAF's foi associada a uma

maior autonomia e melhor desempenho nas atividades da vida diária. Nos anos seguintes, diversos estudos reforçaram a importância da AF na promoção da saúde mental e emocional dos idosos. Em 2010, uma revisão sistemática realizada por Vieira et al. (2010), destacaram que a prática regular de AF estava associada a melhorias na QV, especialmente quando realizada duas vezes por semana, onde os benefícios foram observados em intervenções que incluíam exercícios de aquecimento, treino aeróbico, fortalecimento muscular e atividades na água. Em 2016, Clementino et al., analisaram a influência da AF na percepção da QV em idosos. Os resultados mostraram que a prática regular de exercícios físicos, especialmente quando programados, melhora significativamente a percepção de QV, influenciando positivamente aspectos físicos, psicológicos e sociais. Mais recentemente, Oliveira et al. (2023) analisaram a influência da prática de AF sobre a QV de idosos. Os autores concluíram que a prática regular de AF demonstrou ter efeito benéfico sobre a QV, melhorando aspectos relacionados à autonomia, capacidade funcional e interação social, além de reduzir riscos de patologias e declínio cognitivo. Além disso, estudos internacionais têm explorado a relação entre AF, funcionalidade e SCV. Por exemplo, o estudo de Wang et al. (2022) examinou as associações entre AF, aptidão funcional e SCV em idosos que vivem na comunidade. Os resultados indicaram que idosos com níveis mais elevados de AF apresentavam melhor aptidão funcional e maior SCV, sugerindo um papel mediador da aptidão funcional nessa relação.

No entanto, apesar dos conhecidos benefícios da AF moderada e vigorosa e os esforços feitos para distribuir informações sobre as diretrizes de AF, a maioria dos estudos analisados constatou que os idosos não se envolvem num nível suficiente de AF para garantir um impacto positivo na sua saúde. Para além disso, estudos afirmaram que a população idosa é a que passa mais tempo em comportamentos sedentários, o que é preocupante, pois este tipo de comportamentos surge frequentemente associado a condições adversas de saúde (Silva, 2019).

Os benefícios observados incluem melhorias na capacidade funcional, autonomia, saúde mental e bem-estar geral. Estes achados reforçam a importância de PAF's adaptados às necessidades da população idosa, visando promover um EA e saudável (Menezes et al., 2020).

1.4.1 Atividade Física Formal vs Atividade Física Não Formal

O envelhecimento populacional tem levado à crescente preocupação com a QV e a funcionalidade dos idosos. Entre os fatores que influenciam positivamente estes domínios, a AF tem sido amplamente reconhecida como um dos mais relevantes (World Health Organization, 2010). A literatura distingue entre AFF, caracterizada por práticas estruturadas, planificadas e orientadas (como aulas em ginásios,

programas de fisioterapia ou GS), e AFNF, que inclui movimentos espontâneos e não estruturados no cotidiano, como jardinagem, caminhadas e tarefas domésticas (Caspersen et al., 1985).

Caspersen et al. (1985) foram pioneiros na definição de AF, onde a sua distinção entre exercício (formal) e AF geral (que pode incluir ações informais) tornou-se base teórica para muitos estudos posteriores. Já no final da década de 1990, a OMS passou a reconhecer a inatividade física como um fator de risco relevante para doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 1997), sinalizando a necessidade de políticas públicas para incentivar a prática regular de AF em todas as idades. Durante os anos 2000, vários estudos começaram a explorar a relação entre AF e envelhecimento. Chodzko-Zajko et al. (2009) destacaram que a prática regular de exercício físico formal está associada à melhoria da capacidade funcional e à prevenção da dependência em idosos. Ao mesmo tempo, a AFNF, como caminhar ou cuidar do jardim, também mostraram impacto positivo na manutenção da autonomia (Nelson et al., 2007). Além disso, Ferreira (2011) realizou um estudo em Portugal que, embora focado em crianças, destacou a importância de integrar tanto atividades formais como informais no cotidiano como forma de promoção da saúde, um princípio igualmente aplicável ao envelhecimento. Durante esta década, intensificou-se a investigação sobre a relação entre AF e SCV. Wang et al. (2012) verificaram que idosos envolvidos em programas regulares de exercício (atividade formal) apresentavam maiores níveis de bem-estar psicológico. Em paralelo, estudos como os de Rejeski & Mihalko (2001) demonstraram que mesmo formas não estruturadas de movimento podem promover sentimentos de utilidade, satisfação e integração social.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Promoção da AF, da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF 2016–2025) estabeleceu linhas orientadoras para promover a AF ao longo da vida, com especial atenção aos grupos vulneráveis como os idosos (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Nos últimos anos, têm-se aprofundado os estudos que relacionam AF com funcionalidade e SCV em idosos. Aleixo (2013) observou que os idosos praticantes da AF obtêm valores das médias mais elevados, sendo estatisticamente significativos, comparativamente aos idosos não praticantes de AF. Poderemos concluir então que a prática da AF influencia, de um modo bastante positivo a execução de tarefas, a saúde e o bem-estar, melhorando a QV dos idosos. Também no estudo de Silva (2019), os resultados enfatizam a importância de promover a AF, especialmente de intensidade moderada a vigorosa, e de reduzir os comportamentos sedentários junto da população idosa, de forma a melhorar a aptidão física, a função pulmonar e os indicadores de composição corporal. Ainda, nos estudos de Santos et al. (2019) se verificam diferenças significativas em idosos institucionalizados que praticam AF. Estes efeitos não se limitam apenas à dimensão física, mas estendem-se ao domínio cognitivo e emocional, promovendo um envelhecimento mais ativo e autónomo. Por outro lado, Guimarães & Oliveira (2021) alertam para a necessidade de políticas públicas mais eficazes e integradas

que promovam tanto a prática formal como não formal, valorizando a diversidade de contextos e preferências dos idosos.

A revisão da literatura demonstra de forma consistente que tanto a AFF como a AFNF têm impactos positivos na funcionalidade e SCV dos idosos, ou seja, os estudos enfatizaram o papel do desporto e da AF na prevenção do envelhecimento. No entanto, os programas estruturados parecem oferecer benefícios adicionais em termos de progressão motora, socialização e motivação. Estes estudos sustentam a pertinência de investigar, no presente estudo, as diferenças entre idosos praticantes e não praticantes de programas regulares, contribuindo para intervenções mais eficazes e personalizadas na promoção do EA.

1.4.2 Recomendações de Atividade Física para a Saúde dos Idosos

Segundo Camargo & Añez (2020), a AF em idosos proporciona múltiplos benefícios de saúde, entre eles:

- Diminuição do risco de mortalidade por doença cardiovascular;
- Diminuição do risco de incidência de hipertensão, cancros e diabetes (*tipo 2*);
- Diminuição do risco de quedas e lesões relacionadas;
- Diminuição da adiposidade corporal;
- Previne o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional;
- Melhora a saúde mental, a saúde cognitiva e o sono.

Os mesmos autores recomendam que todos os idosos devem praticar AF regular para benefícios de saúde, nas seguintes condições:

- Realizar ao longo da semana entre 150 a 300 minutos de AF aeróbica de moderada intensidade, ou pelo menos 75 a 150 minutos de AF aeróbica de vigorosa intensidade;
- Realizar atividades de fortalecimento muscular de moderada intensidade que envolvam os principais grupos musculares em pelo menos dois dias da semana;
- Aumentar gradualmente, a AF aeróbica de moderada intensidade para mais de 300 minutos ao longo da semana, ou fazer mais de 150 minutos de AF aeróbica de vigorosa intensidade ao longo da semana.

Neste sentido, torna-se evidente que a AF em idosos proporciona múltiplos benefícios de saúde, basta seguir as recomendações da OMS para a prática regular de AF durante a semana.

1.5 Capacidade Funcional

A capacidade funcional pode ser definida como a aptidão de um indivíduo para realizar de forma independente as Atividades da Vida Diária (AVD), como caminhar, vestir-se, alimentar-se e manter a mobilidade (Veras & Oliveira, 2018). Trata-se de um indicador essencial de autonomia e QV na velhice, sendo amplamente utilizada na avaliação do envelhecimento saudável.

O processo natural de envelhecimento está associado a alterações fisiológicas, como a perda de massa muscular, diminuição da força e da resistência física, que comprometem progressivamente a capacidade funcional (Clegg et al., 2013). Contudo, evidências demonstram que a prática regular de AF, especialmente em programas estruturados, pode atenuar ou mesmo reverter parte desse declínio (Chodzko-Zajko et al., 2009). Estudos apontam que idosos ativos apresentam melhor equilíbrio, força muscular, flexibilidade e velocidade de marcha – todos componentes fundamentais da funcionalidade (Nelson et al., 2007). Além disso, a capacidade funcional preservada está diretamente associada à menor incidência de quedas, menor institucionalização e maior autonomia (Moreira et al., 2021).

Assim, torna-se evidente que a promoção da AF regular, sobretudo de caráter formal, constitui uma estratégia fundamental para a manutenção da capacidade funcional em idosos, contribuindo simultaneamente para uma maior SCV.

1.6 Estudos Comparativos

“O estado de arte é entendido como uma tarefa complexa, crítica e reflexiva. Considerada das fases mais fundamentais num trabalho científico, pois é através desta que é possível compreender o que já foi realizado a nível científico no âmbito de uma determinada temática.” (Figueira, 2021, p. 21, e Bennett et al., 2005).

O nosso estudo tem como objetivo avaliar a percepção da satisfação da vida em idosos, e relacionar a mesma com o nível funcional. Neste contexto, existem vários estudos semelhantes, sendo que alguns incidem apenas sobre a SCV ou apenas sobre o nível funcional dos idosos. Por outro lado, existem outros estudos que incidem sobre ambos os temas.

Neste sentido, apresentamos um levantamento dos estudos realizados no âmbito da temática em causa, para posteriormente utilizarmos alguns destes estudos na discussão dos resultados por nós obtidos.

1.6.1 Estudos sobre Satisfação com a Vida

“Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: Um estudo comparativo e correlacional”

O estudo de Lopes (2004) teve como objetivo comparar a QV e o suporte social percebido por idosos residentes em áreas rurais e urbanas. A amostra foi composta por 118 participantes, divididos entre zonas rurais (Alentejo e Trás-os-Montes) e urbanas (Lisboa e Porto). Foram utilizados diversos instrumentos de avaliação, incluindo o Mini-Mental State Examination (para excluir défices cognitivos), um questionário sociodemográfico, o *Medical Outcomes Study – Short Form-36* (MOS SF-36) para medir a QV e uma escala de satisfação com o suporte social. Os resultados mostraram que os idosos do meio rural apresentaram uma QV mais elevada e maior satisfação com o suporte social em comparação com os idosos do meio urbano. Além disso, foi identificada uma correlação positiva entre os níveis de QV e o grau de satisfação com o suporte social em ambos os grupos.

“Dilemas atuais e desafios futuros - 14. Comparação da qualidade de vida de idosos residentes em meio rural e urbano”

O estudo de Anes et al. (2012) comparou a QV percebida por idosos que vivem em áreas urbanas e rurais de duas freguesias no Nordeste Transmontano, Portugal. Utilizou-se o questionário MOS SF-36 para avaliar as dimensões físicas e psicológicas da QV, junto com variáveis sociodemográficas e clínicas. Participaram 54 idosos, sendo 32 urbanos e 22 rurais. Os resultados mostraram que os idosos do meio rural apresentaram escores mais altos em QV, tanto física quanto mental, com diferenças significativas relacionadas ao sexo, idade, tipo de apoio necessário e presença de doenças. Uma exceção foi a relação negativa com o rendimento. Estudos anteriores de Lopes (2004) e Ferreira (2009) apoiam esses achados, indicando melhor QV para idosos rurais.

“Influência da atividade física na qualidade de vida dos idosos”

O estudo realizado por Aleixo (2013) teve como objetivo avaliar a QV de idosos com mais de 65 anos no concelho de Mação e investigar como a prática de AF influencia essa qualidade. Para isso, foram analisados dois grupos de 30 idosos: um composto por praticantes de AF no Centro de Saúde de Mação e outro por não praticantes. A QV foi medida com o questionário MOS SF-36, versão portuguesa. Os resultados mostraram que os idosos ativos apresentaram níveis significativamente superiores de QV em todas as áreas avaliadas, em comparação com os que não praticavam AF.

“Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos socio comportamentais”

O estudo de Camões et al. (2016) teve como objetivo analisar como diferentes contextos sociais e comportamentais influenciam a percepção da QV em idosos com mais de 70 anos, especialmente em relação à prática de exercício físico. Foram avaliados 250 idosos divididos em quatro grupos: idosos da comunidade que praticavam exercício (grupo 1), idosos da comunidade que não praticavam (grupo 2), participantes de centro de dia (grupo 3) e idosos institucionalizados (grupo 4), todos não praticantes. O questionário MOS SF-36 foi utilizado para medir a QV, e os dados foram analisados com regressão linear múltipla. Os resultados mostraram que os idosos ativos (grupo 1) apresentaram melhores índices nos domínios de função física, saúde mental e vitalidade. Concluiu-se que, mesmo com frequência e duração reduzidas, a prática regular de exercício físico está associada a melhor QV entre idosos da comunidade.

1.6.2 Estudos sobre Capacidade Funcional

“Atividade física e saúde na terceira idade: Estudo da influência da prática de hidroginástica na aptidão física funcional de idosos autônomos e independentes”

O estudo de Padilha (1992) investigou o impacto da prática regular de hidroginástica nas capacidades físicas funcionais e nos níveis de AF habitual de idosos autônomos e independentes, de ambos os sexos. O objetivo deste estudo é avaliar como a prática sistemática de hidroginástica influencia a aptidão física funcional e os hábitos de AF relacionados com a saúde na terceira idade. Quanto à sua metodologia foi realizado um estudo descritivo e transversal com 109 idosos entre os 65 e 94 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos: praticantes e não praticantes de AF regular orientada. A AF habitual foi medida através do questionário de Baecke et al. (1992), que avalia atividades diárias, desportivas e de lazer no último ano. A aptidão física funcional foi avaliada pela bateria de testes de Rikli e Jones, que inclui avaliações de força, flexibilidade, mobilidade, equilíbrio e resistência. Como resultado do estudo, verificou-se que os idosos que praticavam hidroginástica regularmente apresentaram melhor desempenho na maioria das componentes da aptidão física funcional e níveis mais elevados de AF no dia a dia, em comparação com os não praticantes. As diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Concluindo, a prática consistente de hidroginástica tem um efeito positivo na funcionalidade física e nos hábitos de vida ativos dos idosos, promovendo uma melhor saúde e QV.

“Qualidade de vida e aptidão física funcional dos idosos do concelho de Évora”

O estudo de Leitão (2010) avaliou a QV e a aptidão física funcional de 396 idosos com 75 anos ou mais, moradores no concelho de Évora, divididos entre institucionalizados (196) e não institucionalizados (200). A QV foi medida pelo questionário EASYcare e a aptidão física pela bateria *Senior Fitness Test (SFT)*. Os resultados mostraram que os idosos que vivem em casa têm melhor QV e aptidão física do que os que estão em instituições. A maioria da amostra apresentou baixa incapacidade funcional, indicando boa independência. Homens tiveram melhor percepção da QV e desempenho físico que as mulheres. Além disso, houve correlação significativa entre QV e aptidão física.

“Alterações nas capacidades motoras básicas, em Idosos Institucionalizados submetidos à prática de atividade física”

O estudo de Taveira (2010) teve como propósito analisar a aptidão física funcional de idosos institucionalizados que praticam AF, observando como as capacidades motoras básicas variavam conforme o sexo, idade e frequência das aulas. A pesquisa envolveu 32 idosos com mais de 65 anos, sendo 8 homens e 24 mulheres, divididos em dois grupos etários: de 65 a 75 anos e acima de 75. Utilizou-se a bateria de testes de Rikli & Jones (1999). Os resultados mostraram que a prática de AF contribuiu para melhorias na maioria das capacidades motoras, com exceção da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. Apesar dessas exceções, essas mesmas capacidades, juntamente com a força dos membros superiores e inferiores, apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Notou-se ainda que as mulheres obtiveram melhores desempenhos em todas as capacidades, embora a diferença entre os sexos não tenha sido muito expressiva.

“Atividade física na população idosa: Efeitos da atividade física não formal na capacidade funcional e no índice de massa corporal da população idosa”

No estudo de Paulo & Brito (2012), foi analisado o impacto da prática de AF, formal ou não formal, na capacidade funcional e no Índice de Massa Corporal (IMC) de idosos sedentários. A pesquisa envolveu 90 participantes divididos em três grupos: um grupo de controlo (26 idosos), um grupo que praticava AF não formal (26 idosos) e um grupo que realizava sessões de exercício supervisionado com objetivos definidos (38 idosos). A avaliação da capacidade funcional foi feita com os testes de Rikli & Jones (1999), e o IMC foi medido com dados antropométricos. Os melhores resultados foram observados no grupo que praticava exercícios supervisionados, enquanto o grupo da AF não formal teve melhorias apenas em alguns testes específicos. O estudo concluiu que a prática de exercícios orientados

contribui de forma mais eficaz para o aumento da capacidade funcional e a melhoria do IMC em idosos.

“Atividade física na pessoa idosa”

No estudo de Monteiro (2013), o objetivo foi avaliar os níveis de AF dos idosos da Santa Casa da Misericórdia e da Universidade Sénior do concelho de Porto de Mós, além de identificar fatores associados a esses níveis. A pesquisa seguiu um modelo quantitativo, correlacional e transversal, sem intervenção experimental. Foram aplicados um questionário de identificação, a Bateria de Aptidão Física Funcional de Fullerton e o Questionário de Baecke Modificado. A análise dos dados foi feita com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os resultados mostraram que os idosos com níveis moderados a elevados de AF apresentam uma boa aptidão física funcional, o que os afasta do risco de perder a sua autonomia.

“Efeitos de um programa de exercício na capacidade funcional de pessoas idosas institucionalizadas”

O estudo de Coelho (2014) teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de exercício físico na aptidão funcional, cognição e QV de idosos residentes em instituições. A amostra foi composta por 26 participantes com idades entre 60 e 91 anos, divididos em grupo experimental e grupo controlo. O grupo experimental participou de um programa de exercícios durante 8 semanas, enquanto o grupo de controlo manteve as suas rotinas habituais. Após o período de intervenção, observaram-se melhorias significativas no grupo experimental em variáveis como força do braço dominante, flexibilidade da perna dominante, agilidade motora e atenção visual dividida. Melhorias adicionais foram também registadas dentro do próprio grupo experimental. Concluiu-se que um programa de exercício físico pode beneficiar idosos institucionalizados, promovendo ganhos em capacidades físicas e cognitivas, mesmo em populações frágeis.

“O Efeito do Exercício Físico em Grupo e Individualizado na Aptidão Funcional e Qualidade de Vida em Idosos”

O estudo de Ferro (2014) teve como objetivo comparar os efeitos de dois tipos de programas de exercício físico — um em grupo e outro individualizado — na aptidão funcional e QV de idosos. A amostra foi composta por 28 participantes, divididos igualmente entre os dois grupos, que participaram nos programas durante quatro meses. A aptidão funcional foi avaliada por meio de medidas como composição corporal, força dos membros inferiores e resistência aeróbica, enquanto a QV foi analisada em termos gerais e por domínios (físico, psicológico, social e ambiental). Os resultados mostraram que ambos os grupos tiveram

melhorias na composição corporal e na densidade mineral óssea. O grupo que realizou exercício em grupo não apresentou mudanças na QV, enquanto o grupo com exercício individualizado mostrou piora no domínio físico da QV. Concluiu-se que, apesar das diferenças específicas, os dois tipos de programas geraram efeitos semelhantes na aptidão funcional e na QV global dos participantes.

“A influência de um programa de jogos tradicionais nos níveis de aptidão física da mulher idosa”

O estudo de Gomes (2014) teve como objetivo avaliar se um programa de Jogos Tradicionais influenciava a aptidão física de mulheres idosas. O estudo analisou possíveis mudanças nas capacidades motoras básicas, tendo em conta a idade das participantes. A amostra foi composta por 26 idosas fisicamente ativas, com idades entre 65 e 87 anos, residentes no concelho do Bombarral. As participantes foram divididas em dois grupos etários: um com idosas entre 65 e 75 anos, e outro com idosas acima dos 75 anos. Utilizou-se a bateria de testes de Rikli & Jones (2001), aplicada no início e no final do programa, que teve a duração de 13 semanas. A análise dos dados foi feita com o software estatístico PSPP, uma alternativa gratuita ao SPSS. Os resultados mostraram que, embora as alterações nas capacidades motoras tenham sido ligeiras, o programa de Jogos Tradicionais contribuiu para manter os níveis de aptidão física funcional das idosas.

“Aptidão física funcional e desempenho cognitivo em pessoas idosas, com diferentes níveis de prática de atividade física supervisionada”

No estudo de Baião (2016), foi investigada a relação entre aptidão física funcional e desempenho cognitivo em idosos com diferentes níveis de prática de AF supervisionada. A amostra contou com 18 participantes, divididos em dois grupos conforme a frequência de exercício: grupo A (até 2 vezes por semana) e grupo B (3 ou mais vezes por semana). Foram aplicados os testes de aptidão funcional da bateria de Fullerton (Rikli & Jones, 2008) e avaliações cognitivas, como o Mini Mental State Examination, Trail Making Test e Teste D2. O grupo que praticava mais frequentemente (grupo B) apresentou resultados significativamente melhores em várias capacidades físicas e cognitivas, incluindo flexibilidade, resistência, velocidade psicomotora, atenção e concentração. Foi encontrada uma correlação positiva entre a prática de AF e o desempenho cognitivo. Não houve diferenças significativas quando os resultados foram analisados por gênero.

“Capacidade funcional e qualidade de vida dos seniores praticantes e não praticantes de hidroginástica”

O estudo de Antão (2017) teve como objetivo analisar o impacto da hidroginástica na capacidade funcional e na QV de idosos praticantes e não

praticantes. A amostra incluiu 93 pessoas com mais de 65 anos, sendo 53 praticantes de hidroginástica e 40 sedentários. A aptidão funcional foi avaliada com a bateria de testes de Rikli e Jones, e a QV com o questionário WHOQOL-Bref. Os resultados mostraram que os praticantes apresentaram melhor flexibilidade (superior e inferior) e pontuações mais altas no domínio social da QV. O autor concluiu que a hidroginástica regular é importante para um envelhecimento saudável, promovendo benefícios físicos, psicológicos e sociais.

“Níveis de aptidão física de idosos praticantes de hidroginástica”

Serrano et al. (2017), realizaram um estudo para avaliar se a prática de hidroginástica ao longo de quatro meses melhora a aptidão física dos idosos. Participaram 83 idosos, divididos conforme a quantidade de aulas frequentadas: menos de 15, entre 15 e 25, e mais de 25. Para a avaliação, utilizaram a bateria de testes de Rikli & Jones (2008). Os resultados mostraram melhorias significativas na maioria dos testes entre a primeira e a segunda avaliação, porém a frequência das aulas não influenciou diretamente esses avanços.

“A prática de exercício funcional versus a de hidroginástica em idosos: Evolução na condição física e nos parâmetros fisiológicos associados à prática”

O estudo de Freire (2017) teve como objetivo comparar os efeitos da hidroginástica e do exercício funcional na condição física e em parâmetros fisiológicos de idosos após três meses de prática. A amostra contou com 20 idosos com mais de 65 anos do distrito de Castelo Branco, divididos igualmente entre os dois tipos de atividade. Foi utilizada a bateria de testes *SFT* para avaliar os participantes antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram melhorias significativas em várias capacidades físicas e fisiológicas em ambos os grupos. O grupo de exercício funcional teve melhores resultados em flexibilidade, força, velocidade e no teste de levantar e sentar. Já o grupo da hidroginástica destacou-se na resistência. O estudo concluiu que ambas as práticas trazem benefícios, mas em áreas diferentes da condição física.

“Avaliação da aptidão física em idosos”

No estudo de Vicente et al. (2018), foi avaliada a aptidão física funcional de idosos do concelho da Pampilhosa da Serra, comparando dois grupos: um que participou em AF organizada durante 9 meses (duas vezes por semana) e outro que não praticou. A amostra incluiu 225 idosos com idades entre 65 e 97 anos, sendo 156 praticantes e 69 não praticantes. O grupo de praticantes foi ainda subdividido por freguesias, totalizando 8 subgrupos. Os resultados mostraram que os idosos que praticaram AF organizada apresentaram melhorias significativas em

todos os testes avaliados (IMC, força, mobilidade, flexibilidade e resistência). Comparando os subgrupos, “Unhais-o-Velho” destacou-se no IMC, no teste de levantar e sentar, e em mobilidade; já “Dornelas do Zêzere” obteve melhores resultados na força dos braços, flexibilidade dos ombros e resistência aeróbica. O estudo concluiu que a AF regular e orientada tem efeitos positivos na aptidão física dos idosos.

“Efeitos de um programa de ginástica sénior na capacidade funcional em idosos institucionalizados no concelho de Mação”

O estudo de Mendes (2018) teve como objetivo avaliar os efeitos de um programa de GS, com duração de 12 semanas, na capacidade funcional de idosos institucionalizados no concelho de Mação. A investigação comparou dois grupos: um grupo experimental, com 13 idosos que participaram nas sessões de ginástica, e um grupo de controlo, com 10 idosos sedentários. A capacidade funcional foi medida por meio da bateria de testes *SFT*, aplicada antes e depois do programa. Os resultados mostraram que o grupo ativo teve melhorias significativas em quase todos os testes, com exceção do teste de caminhada de 2,44 metros. Ambos os sexos beneficiaram do programa, apresentando ganhos funcionais relevantes. Já o grupo sedentário apresentou uma diminuição nas suas capacidades físicas ao longo do tempo. O estudo conclui que a GS contribui positivamente para a manutenção e melhoria da capacidade funcional em idosos institucionalizados.

“Impacto dos comportamentos sedentários e da atividade física na aptidão física, função pulmonar e composição corporal de idosos não institucionalizados do distrito de Castelo Branco”

O estudo de Silva (2019) teve como objetivo analisar a relação entre o tempo gasto em comportamentos sedentários e os níveis de AF (leve e moderada a vigorosa) com a aptidão física, função pulmonar e composição corporal de idosos não institucionalizados no distrito de Castelo Branco. Além disso, buscou comparar esses indicadores entre idosos que cumpriram ou não as Recomendações Globais de AF da OMS. A pesquisa foi dividida em três partes, abordando: a revisão da literatura, o impacto da AF e do sedentarismo na aptidão física, na função pulmonar e na composição corporal. Os resultados principais indicam que a AF moderada a vigorosa está associada a melhor aptidão física, incluindo agilidade, equilíbrio, resistência aeróbia, força e menor IMC. Idosos que seguiram as recomendações de AF apresentaram melhores resultados em agilidade e resistência aeróbia. Por outro lado, não houve relação significativa entre comportamento sedentário ou AF com a função pulmonar, nem diferenças importantes nos exames espirométricos entre os grupos. Além disso, a AF moderada a vigorosa está ligada a menores níveis de gordura corporal, enquanto o sedentarismo está relacionado a maior adiposidade. Os idosos que cumpriram as recomendações tiveram menor massa

gorda e percentagem de gordura corporal. Esses resultados reforçam a importância de incentivar a prática regular de AF intensa e a redução do sedentarismo entre os idosos para preservar a aptidão física e a saúde corporal, servindo também como base para futuras pesquisas.

“Estudo da Composição Corporal e Aptidão Física de uma População Idosa”

O estudo de Martins (2020) foca-se na relação entre a composição corporal e a aptidão física de pessoas idosas, num contexto de crescente envelhecimento da população. Com o avançar da idade e o estilo de vida sedentário, ocorrem mudanças físicas que reduzem a capacidade funcional dos idosos, dificultando a realização de tarefas diárias. A prática de AF é essencial para preservar a composição corporal saudável e a aptidão física funcional, fundamentais para a autonomia na velhice. O IMC está diretamente relacionado com a fragilidade dos idosos e com o risco de doenças cardiovasculares, sendo necessário mantê-lo sob controlo. O trabalho foi dividido em dois estudos principais: 1) Associação entre composição corporal e aptidão física funcional na população idosa; 2) Análise comparativa da aptidão física funcional e da pressão arterial entre idosos eutróficos, com excesso de peso e com obesidade. Participaram 114 idosos da região de Castelo Branco, com uma média de idade de cerca de 74 anos. Os instrumentos usados incluíram a balança de bioimpedância Inbody 270, fita métrica, estadiómetro, testes de aptidão física de Rikli & Jones (1999), dinamómetro para medir a força da mão, e esfigmomanómetro para aferir a pressão arterial. Os principais resultados foram: 1) Verificaram-se correlações fortes entre o IMC e indicadores de gordura corporal, bem como entre a massa gorda e o desempenho em testes de força funcional; 2) Observaram-se diferenças significativas na capacidade de marcha e mobilidade (6 minutos de caminhada e percurso de 2,44 metros) entre os grupos eutrófico, com sobrepeso e obeso, com os obesos apresentando piores resultados.

“Atividade física versus avaliação da aptidão física funcional de idosos”

O estudo de Silveira et al. (2020), teve como objetivo analisar como a prática de AF influencia a aptidão física funcional de idosos. A pesquisa envolveu 348 participantes com idades entre 61 e 97 anos, divididos em dois grupos: 254 idosos ativos fisicamente e 94 sedentários. A avaliação foi feita por meio da bateria de testes *SFT*, que mede a capacidade funcional. Os resultados mostraram que os idosos que praticam AF tiveram desempenho significativamente melhor em todos os testes, comparados aos que não praticam. Tanto a hidroginástica quanto a ginástica trouxeram benefícios evidentes, mas a ginástica proporcionou resultados superiores em testes de mobilidade e resistência, como caminhar 2,44 metros e o teste de caminhada de 6 minutos. Em resumo, o estudo confirma que a AF regular

melhora a aptidão funcional dos idosos, sendo a ginástica ligeiramente mais eficaz que a hidroginástica em alguns aspetos.

“Efeitos de um programa de exercício físico na aptidão física e no equilíbrio de uma população idosa institucionalizada: um estudo comparativo”

O estudo realizado por Ingrês (2024) teve como propósito avaliar os efeitos de um programa de exercício físico com estrutura periodizada, aplicado durante três meses, nas capacidades físicas e no equilíbrio motor de idosos institucionalizados. Os participantes foram divididos em dois grupos: um com treino periodizado (16 pessoas) e outro com treino não periodizado (11 pessoas). Foram avaliadas várias componentes da aptidão física, como força, flexibilidade, coordenação, agilidade, equilíbrio (dinâmico e estático) e resistência aeróbia, antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram melhorias gerais em todas as áreas avaliadas, especialmente no grupo com treino periodizado. Conclui-se que um programa de exercício físico estruturado e adequado pode ser uma ferramenta eficaz na promoção da aptidão física e do equilíbrio motor em idosos institucionalizados, contribuindo para a prevenção de problemas associados ao envelhecimento.

1.6.3 Estudos sobre Satisfação com a Vida e Capacidade Funcional

“Aptidão física, destreza manual e sensibilidade propriocetiva manual no idoso: Estudo em praticantes e não praticantes de atividade física”

Este estudo de Pinto (2003), teve como objetivo analisar aspetos da aptidão física, da coordenação manual e da percepção sensorial nas mãos em idosos, comparando aqueles que praticam AF com os que não praticam. Foram observadas essas capacidades considerando o sexo, a idade e o envolvimento em atividades físicas, buscando também possíveis relações entre elas. A pesquisa envolveu 57 idosos institucionalizados, homens e mulheres, com idades entre 65 e 99 anos. Para as avaliações, utilizaram-se o *SFT* para medir a aptidão física, o Teste de Destreza Manual de Minnesota para a coordenação das mãos e o Teste de Discriminação de Pesos para a percepção tátil. Os dados foram analisados com testes estatísticos como o *t* de Student, o *z* de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Pearson. Os principais achados foram: 1) Certos aspetos da aptidão física mostraram-se influenciados pelo sexo, pela idade e pela prática de exercícios; 2) A coordenação manual variou com a idade e foi melhor em homens e em praticantes de AF; 3) A percepção sensorial das mãos não teve relação com sexo, idade ou prática de exercício; 4) A habilidade de agilidade e equilíbrio físico esteve moderadamente ligada à coordenação manual. No entanto, não foram encontradas

associações claras entre aptidão física, destreza manual e percepção sensorial. Conclui-se que programas regulares de AF podem contribuir para melhorar a aptidão física, a coordenação manual e a percepção sensorial em idosos.

“A atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida: Efeito da atividade física na autonomia funcional e qualidade de vida, em idosos a residir no concelho de Câmara de Lobos”

O estudo de Teixeira (2005) teve como objetivo analisar o impacto da AF orientada na autonomia funcional e QV de idosos residentes no concelho de Câmara de Lobos. A investigação envolveu 76 idosos entre os 60 e 79 anos, divididos em dois grupos: 41 praticantes de AF orientada e 35 não praticantes. Para avaliar a autonomia funcional, foi usada a bateria de testes funcionais adaptada de Rikli & Jones (1998). A QV foi medida com o questionário MOS SF-36 versão portuguesa de (Ferreira, 2000). Resultados principais: i) Os idosos que praticavam AF tiveram melhores resultados nos testes de autonomia funcional comparativamente aos não praticantes, com diferenças estatisticamente significativas, exceto nos testes de flexibilidade ("alcançar atrás das costas" e "sentar e alcançar"); ii) Em termos de QV, os praticantes apresentaram valores mais elevados em todas as dimensões, com diferenças significativas nas áreas: função física, desempenho físico, dor, vitalidade, função social e desempenho emocional; iii) Apenas as dimensões de saúde geral e saúde mental não apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Concluindo, a prática regular de AF orientada está associada a melhor autonomia funcional e a uma melhor percepção da QV nos idosos, reforçando a importância do exercício físico para o envelhecimento saudável.

“Envelhecimento, aptidão física e qualidade de vida: Diferenças entre idosos ativos e não ativos da comunidade e utentes do concelho de Santa Maria da Feira”

O estudo de Oliveira (2006) teve como objetivo analisar o impacto da AF na autonomia funcional e na QV de idosos do concelho de Santa Maria da Feira, de ambos os sexos. A amostra foi composta por 122 idosos com 60 anos ou mais, divididos em dois grupos: 85 residentes na comunidade (GC) e 37 frequentadores de centros de dia (GU). Cada grupo foi ainda subdividido em idosos ativos e não ativos, com base nos seus níveis de AF. Foram usados o Functional Fitness Test (Rikli & Jones, 1999) para avaliar a aptidão física e o MOS SF-36 para medir a QV. A análise estatística incluiu testes de comparação entre grupos e correlações para avaliar a relação entre a percepção de saúde e a aptidão física. Principais resultados: i) Os idosos da comunidade (GC) mostraram melhores níveis de aptidão física e percepção de saúde em comparação com os utentes dos centros de dia (GU); ii) Independentemente do grupo, os idosos ativos apresentaram melhor desempenho

físico e percepção de saúde do que os não ativos; iii) Nos idosos ativos, a força dos membros superiores e a resistência cardiovascular estavam mais fortemente associadas a uma percepção positiva do estado de saúde; iv) Nos não ativos, também a força dos membros inferiores mostrou-se associada à percepção de saúde, além das duas capacidades anteriores. Concluindo, sabe-se que a prática regular de AF, seja formal ou informal, está diretamente relacionada com uma melhor aptidão física e uma percepção mais positiva do estado de saúde, refletindo-se numa melhor QV entre os idosos.

“Qualidade de vida, atividade e aptidão física em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física”

O estudo de Gomes (2010) teve como objetivo comparar a relação entre aptidão física, QV e níveis de AF em idosos que participam ou não de programas regulares de exercícios. A pesquisa envolveu 110 participantes divididos em dois grupos: um grupo experimental, com 57 idosos (média de 69 anos) que participavam de atividades físicas regulares, e um grupo de controle, com 53 idosos (média de 73 anos) que não participavam de tais programas. A QV foi avaliada com o questionário SF-36, a aptidão física com o teste funcional para idosos de Rikli e Jones, e o nível de AF com acelerômetros. Os resultados mostraram que os idosos do grupo ativo apresentaram melhores indicadores em todos os aspetos avaliados. O estudo confirmou a relação positiva entre AF, QV e aptidão física, concluindo que a prática regular e orientada de exercícios promove melhorias nessas áreas.

“Associação entre qualidade de vida, atividade física, aptidão física e fatores de risco das doenças cardiovasculares dos idosos institucionalizados, da região norte de Portugal”

O estudo de Lobo (2011) teve como objetivo analisar como diferentes estratégias de promoção da saúde influenciam a AF, aptidão física, QV e fatores de risco cardiovascular em idosos residentes em instituições no norte de Portugal. Além disso, investigou-se o impacto do treino nessas variáveis. A pesquisa, de carácter longitudinal e experimental, durou um ano, com mais três meses de treino, e contou com a participação de 185 idosos (95 mulheres e 90 homens). Foram utilizados questionários sociodemográficos, a escala MOS SF-36 para avaliar QV, testes de aptidão funcional (Functional Fitness Test), um acelerómetro para medir a AF, e exames clínicos (sangue, pressão arterial e composição corporal). Os idosos participaram de três tipos de intervenção: treino aeróbico (TA), treino de força (TF) e um programa de educação em saúde (ES). Principais achados: i) Homens foram mais ativos e relataram melhor QV; ii) Mulheres apresentaram melhor flexibilidade, enquanto os homens se destacaram em força e resistência aeróbica; iii) O TF melhorou força e flexibilidade, e o TA aumentou a resistência, agilidade, equilíbrio e força nas pernas; iv) A aptidão física foi

influenciada positivamente pelo TA, pela escolaridade, pela QV e pelo tempo de institucionalização (negativamente); v) A QV foi favorecida pelo TA, TF e ES; vi) O destreio afetou principalmente a flexibilidade inferior, além de agilidade e força nas pernas no grupo do TA; vii) Melhorias nos indicadores clínicos incluíram redução da pressão arterial, colesterol e glicemia no grupo TF, e aumento do HDL no grupo TA, sem grandes alterações após o destreino. Conclui-se que a AF é essencial para melhorar a QV, a aptidão física e reduzir os riscos cardiovasculares em idosos institucionalizados.

“Gestão de custos com medicamentos, aptidão física funcional e qualidade de vida em idosos institucionalizados do concelho de Leiria”

O estudo de Biel (2011) analisou o impacto de um programa de exercício multicomponente em idosos institucionalizados no concelho de Leiria, com 65 anos ou mais. Participaram 36 idosos, sendo 17 que fizeram duas sessões semanais de 45 minutos de exercício e 19 que não praticavam AF regularmente. Foram avaliados a aptidão física funcional, QV e estados de humor, além do custo anual com medicamentos. Os resultados indicaram que a prática regular de exercício melhorou a aptidão física, a QV, o humor e reduziu os gastos com remédios. Houve diferenças entre homens e mulheres, com os homens apresentando maior comprometimento em algumas áreas, mas desempenho melhor na aptidão física. O desempenho no teste de caminhada de 6 minutos esteve relacionado com melhores resultados nas variáveis estudadas. Também foi encontrada uma ligação entre menor custo com medicamentos e envelhecimento saudável, independentemente do sexo.

“Gestão de custos com medicamentos, hidroginástica e qualidade de vida em pessoas idosas de Santarém”

O estudo de Ferreira (2011) teve como objetivo investigar como a prática regular de hidroginástica influencia a QV em idosos com 65 anos ou mais, no distrito de Santarém. A amostra contou com 40 participantes, sendo metade praticante de hidroginástica e a outra metade sedentária. Foram aplicados o *SFT* para medir a aptidão física funcional e o questionário SF-36 para avaliar a QV. Os resultados mostraram que os idosos que praticavam hidroginástica apresentaram melhor desempenho físico, menos limitações nas atividades diárias e melhor estado emocional. Houve uma relação positiva entre força muscular, flexibilidade e resistência com a QV física e mental. Além disso, foi observada uma relação inversa entre agilidade, velocidade e equilíbrio com algumas dimensões da QV, indicando que melhores resultados nessas capacidades estão associados a maior bem-estar.

“Efeitos do aumento da atividade física na funcionalidade e qualidade das pessoas idosas do Centro Social de Ermesinde”

O trabalho de estágio de Rocha (2012) teve como objetivo melhorar a aptidão funcional global de idosos por meio de um programa de intervenção que combinava sessões de exercícios (resistência aeróbica, força, flexibilidade, coordenação e equilíbrio) em grupo e individuais, além de atividades educativas como palestras e distribuição de materiais informativos sobre os benefícios da AF na terceira idade. A pesquisa envolveu 44 idosos, institucionalizados e não, com idades entre 74 e 97 anos, divididos em grupos de idosos dependentes e fragilizados, conforme avaliação pelo questionário de desempenho de Rikli & Jones. A aptidão física foi medida pela bateria de testes de Rikli & Jones, enquanto os níveis de AF e QV foram avaliados pelo IPAQ e SF-36, respetivamente. As avaliações foram feitas antes do programa e após 8 meses de intervenção. Os resultados indicaram que tanto a prática regular de exercícios quanto as sessões educativas contribuíram significativamente para a melhoria da funcionalidade, saúde e QV dos participantes.

“Percepção do estado de saúde, força muscular e composição corporal – efeito de um programa de intervenção em idosos institucionalizados”

O estudo de Alves (2014) investigou se um programa de exercícios pode melhorar a percepção da saúde, a aptidão física, a força muscular e a composição corporal em idosos institucionalizados. Participaram 20 idosos, com média de 76 anos e cerca de 18 meses de internação, que seguiram um programa de exercícios durante dois meses. Foram aplicados antes e depois do programa o questionário SF-36 v2, testes físicos de Rikli e Jones, dinamometria de mão e bioimpedância. Após a intervenção, houve melhora significativa nas avaliações físicas e mentais do SF-36, incluindo função física, dor, vitalidade, função social, saúde geral e mental. A aptidão física também evoluiu em todos os aspectos, especialmente em resistência aeróbica, flexibilidade, agilidade, velocidade e equilíbrio. Houve aumento da massa muscular e redução de gordura corporal, gordura visceral, idade metabólica e água corporal, embora sem significância estatística. A massa óssea permaneceu estável.

“Avaliação da aptidão física e funcional de idosos praticantes de atividade física”

O estudo de Moreira (2015) teve como objetivo analisar se a prática de AF influencia a aptidão e a capacidade funcional em idosos. A pesquisa avaliou 43 idosos de dois centros sociais com diferentes frequências semanais de exercício físico: um grupo praticava duas vezes por semana e o outro, quatro vezes. Para a análise, foram utilizados o *SFT* (Rikli & Jones, 1999), que mede a funcionalidade e autonomia, e o questionário SF-36, que avalia a percepção de saúde. Os resultados mostraram que os idosos que se exercitavam quatro vezes por semana

apresentaram melhor aptidão funcional. No entanto, não foram observadas diferenças significativas na QV entre os grupos.

“Auto percepção do estado de saúde, aptidão física e motivação para a prática de hidroginástica por parte dos idosos”

O estudo de Farinha (2016) teve como objetivo analisar como os idosos percebem o seu estado de saúde, o que os motiva a praticar hidroginástica e de que forma essa prática influencia a sua aptidão física, tendo em conta a frequência nas aulas durante quatro meses. A investigação contou com 83 participantes, todos frequentadores da piscina municipal da Sertã, organizados em três grupos conforme o número de aulas frequentadas: menos de 15, entre 15 e 25, e mais de 25 sessões. Foram utilizados dois questionários (QMAD e SF-36) e a bateria de testes funcionais de Rickli & Jones (2008). Os resultados indicaram que muitos idosos sentem limitações em atividades mais exigentes devido à sua condição de saúde. Quanto às motivações, destacam a importância do exercício físico e da convivência social. Verificaram-se melhorias na aptidão física entre a primeira e a segunda avaliação, embora a quantidade de aulas não tenha influenciado significativamente esses progressos.

“A auto percepção da qualidade de vida e a prática de atividade física em idosos”

O estudo de Cardoso (2019) investigou se a prática regular de AF influencia a percepção da QV em idosos do concelho de Proença-a-Nova. A amostra foi composta por 64 participantes com mais de 65 anos, divididos em dois grupos: praticantes de hidroginástica e GS, e não praticantes de AFF. Foram utilizados o questionário MOS SF-36 para avaliar a QV e a bateria SFT para medir a condição funcional. Os resultados indicaram que a percepção da QV só apresentou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de função física, função social e mudança em saúde, com vantagem para os praticantes. No entanto, essa percepção mostrou fraca relação com o nível funcional. Já a condição física foi visivelmente melhor nos praticantes, especialmente entre as mulheres, que apresentaram diferenças significativas em quase todas as variáveis avaliadas, exceto no IMC. Em conclusão, embora a prática de exercício físico não tenha demonstrado grande influência na percepção global da QV, teve impacto positivo e relevante na capacidade funcional dos idosos, sobretudo no público feminino.

“A Funcionalidade e a Satisfação com a Vida em Idosos Institucionalizados de Meios Diferenciados”

O estudo de Figueira (2021) investigou se a funcionalidade física e a SCV variam entre idosos institucionalizados em contextos urbanos e rurais. A pesquisa contou

com 48 participantes, com idades entre 66 e 98 anos, divididos entre os dois meios. Para avaliar a funcionalidade, foi usada a bateria de testes *SFT*, e a *SCV* foi medida com o questionário *MOS SF-36* (versão portuguesa). Os resultados revelaram diferenças significativas na funcionalidade apenas em dois testes: flexão do antebraço e alcançar atrás das costas. No grupo masculino, não houve diferenças significativas, enquanto no grupo feminino, observaram-se variações importantes na flexibilidade, agilidade, equilíbrio e IMC. Quanto à *SCV*, não foram encontradas diferenças significativas entre os meios nem no grupo masculino. No grupo feminino, as únicas diferenças surgiram nas áreas da função física e da saúde mental. No geral, concluiu-se que o local de institucionalização (urbano ou rural) não influencia de forma significativa os níveis de funcionalidade ou de *SCV* dos idosos.

Capítulo II

2. Organização e Planificação do Estudo

Apesar da evidência científica já existente, são ainda escassos os estudos que avaliem esta relação em populações envelhecidas de meios rurais, onde as condições socioeconómicas, o isolamento geográfico e o acesso a programas de AF podem influenciar significativamente os níveis de funcionalidade e de SCV, o que se reflete numa escassez de dados que comparem diretamente idosos praticantes e não praticantes de programas regulares, especialmente em contextos rurais como o caso do concelho de Oleiros. O concelho de Oleiros, com as suas especificidades sociais, ambientais e demográficas — incluindo a recorrência de incêndios florestais e os constrangimentos no acesso a serviços — constitui um terreno fértil para a análise destas variáveis no contexto do EA.

Este estudo visa colmatar essa lacuna, avaliando diferenças na capacidade funcional e na SCV entre ambos os grupos, contribuindo para a produção de conhecimento útil à formulação de políticas locais de promoção da saúde e do bem-estar em idade avançada.

Neste ponto, iremos elucidar a metodologia implementada nesta investigação e explicar os passos efetuados para atingir os objetivos propostos. Aqui iremos apresentar o problema do estudo e definindo os objetivos para alcançar uma resposta ao mesmo problema. De seguida, apresentamos as hipóteses e as variáveis que irão delimitar a investigação.

2.1 Problema e Objetivos do Estudo

2.1.1 Problema

Este estudo procura responder ao seguinte problema:

- **Os idosos praticantes de um programa regular de atividade física têm uma melhor perceção da satisfação com a vida do que os idosos não praticantes? Será que essas diferenças estão diretamente relacionadas com o nível funcional dos idosos?**

2.1.2 Objetivos do Estudo

Segundo Freixo (2011), o objetivo de um estudo deve ser formado por “um enunciado declarativo que precise as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando, conseqüentemente, o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

Segundo Marconi & Lakatos (2017), numa investigação a definição rigorosa dos objetivos, tem como finalidade orientar o trabalho para se saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar, nunca perdendo o fio condutor do mesmo. Deve estar indicado de forma clara e límpida qual é o fim que investigador persegue (Figueira 2021, como citado por Fortin, 2009).

Também Domingues (2021) afirmou, “na condução de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objetivos operacionais. Estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer (como citado por Almeida & Freire, 2007).

Neste contexto, para dar resposta ao problema acima referido, definimos o objetivo geral e os objetivos específicos, os quais iremos descrever nos pontos seguintes.

2.1.3 Objetivo Geral

Segundo Marconi & Lakatos (2017), o objetivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se diretamente à própria significação da tese proposta pelo projeto.” Reis & Frota (2012) comprovam isso mesmo, referindo que estes objetivos são a “(...) dimensão mais ampla pretendida com a pesquisa”.

O objetivo geral deve coincidir com o problema. Neste sentido, consideramos como objetivo geral deste estudo:

- **Verificar se os idosos praticantes de um programa regular de atividade física formal têm uma melhor perceção de satisfação com a vida do que os idosos não praticantes e se as diferenças estão diretamente relacionadas com o nível funcional dos idosos.**

2.1.4 Objetivos Específicos

Segundo Figueira (2021), o objetivo geral indica para que fim a investigação pretende chegar ou alcançar, ao passo que os objetivos específicos, são as etapas que devem ser cumpridas para que possamos chegar ao objetivo geral (tal como citado em Costa et al., 2014). Isto é, os objetivos específicos definem metas específicas da pesquisa que sucessivamente complementam e viabilizam o alcance do objetivo geral (Cardoso, 2019, como citado em Reis & Frota, 2012).

Marconi & Lakatos (2017), também mencionam que os objetivos específicos são um aprofundamento do objetivo geral e nunca devem ultrapassar a abrangência proposta deste. Para estes autores, tanto nos objetivos gerais, como nos específicos, devem ser utilizados verbos no infinitivo de forma a caracterizar diretamente as ações que são propostas para a investigação.

Assim, tendo em conta o nosso objetivo geral, formulamos os seguintes objetivos específicos:

- **Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da satisfação com a vida de idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de atividade física;**
- **Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de funcionalidade de idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de atividade física;**
- **Verificar se as diferenças na percepção da satisfação com a vida se relacionam com o nível funcional dos idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de atividade física;**
- **Verificar se as diferenças na percepção da satisfação com a vida se relacionam com o nível funcional entre idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de atividade física, tendo por base a variável sexo.**

2.2 Hipóteses do Estudo

Como Pereira (2013) afirmou, “nas investigações científicas, as hipóteses são formuladas previamente e orientam a realização do trabalho subsequente”. Elas podem ser formuladas a priori, antes da análise dos dados coletados, ou a posteriori, depois de a análise dos dados coletados ter sido realizada. Em geral, os cientistas “dão mais credibilidade às hipóteses formuladas antes da análise dos dados”. Este autor afirma ainda que “uma função da hipótese, quando bem

formulada, é de se constituir em guia para a investigação e, em particular, para a coleta de dados e sua análise”.

Por sua vez, Felix & Mendonça (2018) também referem que (...), “a organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor”.

Assim, a definição de hipóteses é um ponto de partida para uma investigação em que os resultados dependem da forma como as mesmas foram formuladas a partir dos problemas e objetivos já definidos. Neste sentido, apresentamos abaixo as hipóteses do nosso estudo:

Hipótese 1 - O grupo de idosos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam uma percepção da satisfação com a vida significativamente mais elevada face aos idosos não praticantes.

Hipótese 2 - O grupo de idosos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de funcionalidade significativamente mais elevada face aos idosos não praticantes.

Hipótese 3 - O grupo de idosos masculinos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de percepção da satisfação com a vida significativamente mais elevada face aos idosos masculinos não praticantes.

Hipótese 4 - O grupo de idosos masculinos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de funcionalidade significativamente mais elevada face aos idosos masculinos não praticantes.

Hipótese 5 - O grupo de idosas praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de percepção da satisfação com a vida significativamente mais elevada face às idosas não praticantes.

Hipótese 6 - O grupo de idosas praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de funcionalidade significativamente mais elevada face às idosas não praticantes.

Hipótese 7 - O grupo de idosos praticantes apresentam correlações positivas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Hipótese 8 - O grupo de idosos não praticantes apresentam correlações negativas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Hipótese 9 – O grupo de idosos praticantes de ambos os sexos apresentam correlações positivas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Hipótese 10 – O grupo de idosos não praticantes de ambos os sexos apresentam correlações negativas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

2.3 Variáveis do Estudo

Fortin (2003, p. 36) “identifica as variáveis como qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação.” Já Kerlinger (1980), destaca que a pesquisa científica busca compreender as variações em uma variável e sua relação com outras variáveis de estudo.

De acordo com Monteiro (2013, p. 62) “a identificação das variáveis é fundamental no processo de investigação, sendo que a sua operacionalização é uma forma de garantir rigor e objetividade no estudo”.

Após terem sido definidos o problema, os objetivos e as hipóteses deste estudo, torna-se fundamental identificar e definir variáveis que delimitam este estudo.

2.3.1 Variáveis Independentes

Segundo Petrica (2003), variável independente é o fator que selecionamos para determinar a sua relação com o fenômeno observado, é a condição antecedente, porque existe interesse em conhecer o seu efeito, o resultado da sua ação, sobre outras variáveis, as variáveis dependentes.

Assim, temos como variáveis independentes deste estudo:

- **AF**, se pratica ou não pratica um programa de exercício físico:
 - Praticante de AFF;
 - Não Praticante de AFF.
- **Sexo**, variável categórica quanto ao dimorfismo sexual, se masculino ou feminino.

2.3.2 Variáveis Dependentes

Segundo Marconi & Lakatos (2017), a variável dependente consiste naqueles valores a serem explicados, em virtude de serem influenciados pela variável independente, ou seja, é o fator que varia à medida que o investigador modifica a variável independente.

Com isto, o nosso estudo define duas variáveis dependentes:

- **Satisfação com a Vida;**
- **Capacidade Funcional:**
 - Força;
 - Resistência;
 - Flexibilidade;
 - Velocidade;
 - Agilidade;
 - Equilíbrio.

Capítulo III

3. Metodologia

Para Turato (2003), a metodologia é o campo de estudo responsável por analisar e sistematizar os diferentes métodos existentes, considerando as suas origens históricas, os fundamentos teóricos e paradigmáticos que os sustentam, bem como as suas estruturas, relações teóricas e os objetivos a que se destinam. Também, de acordo com Fortin (2003), metodologia engloba os métodos e técnicas que orientam todo o processo de investigação científica.

Neste ponto iremos mencionar a metodologia de trabalho utilizada. Iremos começar por descrever o estudo realizada, depois caracterizar a nossa amostra, mostrar os métodos e os procedimentos utilizados para a coleta dos dados, quais os instrumentos utilizados para a coleta dos dados e, por fim, a análise estatística utilizada.

3.1 Descrição do Estudo

Segundo Serrano (2003) "...é importante que as investigações ao nível das formas de vida humanas procurem uma visão larga dos fenómenos, isto é, deve ter-se em conta além dos aspetos visíveis e exteriormente associados às transformações económicas, sociais e familiares, também aqueles, que apenas podem ser percecionados quando vistos de perto (por dentro)".

Este estudo é de carácter descritivo, de natureza quantitativa, de dinâmica estática, cuja dimensão é de caso e de corte transversal. O objetivo é estudar uma situação específica de modo a descobrir o fundamental e característico, tendo em conta os objetivos propostos, efetuaremos um estudo de caso.

Segundo Prodanov & Freitas (2013), este estudo é de carácter descritivo quando pretende descrever as características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Enquanto uma investigação quantitativa, considera que tudo é quantificável, tem o significado de traduzir em números, opiniões e informações, para classificar e analisar, o que exige o uso de técnicas estatísticas.

Neste caso particular, embora o nosso estudo possua um questionário de SCV, que lhe confere um carácter qualitativo, por outro lado, o estudo é na sua maioria de quantitativo, tendo em conta o que está mencionado no parágrafo anterior.

Segundo Fortin (2009), um estudo transversal baseia-se em examinar um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um determinado fenómeno presente no momento de investigação. Aqui o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe ordenadamente dados

verificáveis junto dos participantes e analisa-os com a ajuda de técnicas estatística. Já para Hochman et al. (2005), a característica principal do estudo transversal é que a observação das variáveis, é realizada em um único momento.

Por último, quanto aos procedimentos, podemos afirmar que estamos perante um estudo de caso, isto porque a nossa amostra está limitada ao concelho de Oleiros, tendo como principal objetivo um conhecimento mais exaustivo no que toca ao tema deste estudo. Também, pelo motivo de termos realizado a coleta dos dados num único momento. Como referido por Yin (2001), estamos perante um estudo de caso que significa “uma inquirição empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenómeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidencia são utilizadas”.

Desta forma, podemos concluir que este estudo é de carácter descritivo, de natureza quantitativa, de dinâmica estática, cuja dimensão representa um estudo de caso e é de corte transversal.

3.2 Caracterização da População e do Contexto Geográfico do Estudo

Este estudo foi aplicado a munícipes do concelho de Oleiros. Esta vila portuguesa pertence ao distrito de Castelo Branco e região estatística do Centro. Quanto à sub-região e à província tradicional este concelho pertence à Beira Baixa (INE & Eurostat, 2025). Por outro lado, este concelho pertence à Pinhal Maior – Associação de Desenvolvimento do Pinhal Interior Sul que possui um gabinete técnico logístico de apoio ao desenvolvimento dos concelhos de Mação, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei. Esta Comunidade tem com missão tornar esta região mais atrativa e competitiva, conservando a sua qualidade ambiental e identidade cultural, evitando o aumento do despovoamento, fixando as populações com novas atividades adequadas ao território (Pinhal Maior, 2025).

Segundo dados do INE & Eurostat (2025), Portugal é o segundo país, dos 27 que compõem União Europeia, com maior índice de envelhecimento 188,1% idosos por 100 jovens (com menos de 15 anos). Portugal é só superado pela Itália com um índice de envelhecimento 193,1%, **(gráfico 1)**.

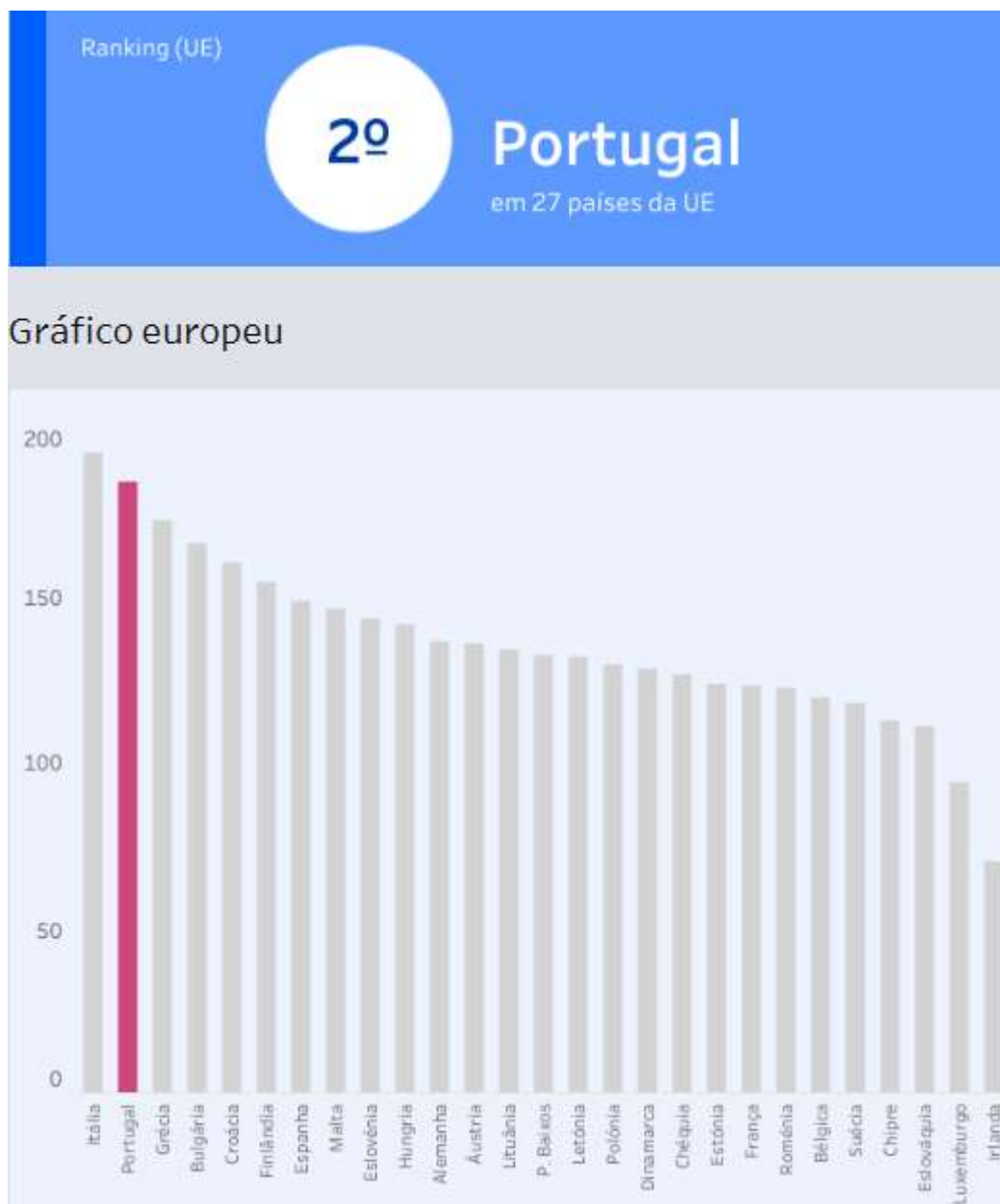


Gráfico 1 – Índice de Envelhecimento: Raking de Portugal na União Europeia (INE & Eurostat, 2025).

Relativamente a Portugal, o índice de envelhecimento atual subiu 3,7% face ao ano de 2002, ou seja, mais 4 idosos por cada 100 jovens. Para além disso, se compararmos os índices de envelhecimento de 1960 (27,3%) com 2023 (188,1%), podemos verificar uma diferença de 160 idosos por cada 100 jovens (**gráfico 2**), (INE & Eurostat, 2025).



Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento: variação de Portugal 1960-2023 (INE & Eurostat, 2025).

Especificamente Oleiros é o concelho mais envelhecido de Portugal (**gráfico 3**), registando o índice de envelhecimento de rácio 720,1%, ou seja, existem 720 idosos com (65 anos ou mais) por cada 100 crianças e jovens (com menos de 15 anos), (INE & Eurostat, 2025). Oleiros quando comparado com o Município da Ribeira Grande (Açores), que apresenta o índice de envelhecimento mais baixo (65,5%), a diferença é de 655 idosos por cada 100 jovens entre os dois municípios. Este panorama demográfico reflete uma população predominantemente idosa, com baixos níveis de escolaridade e rendimentos reduzidos, enfrentando desafios significativos em termos de saúde, habitação e isolamento social.

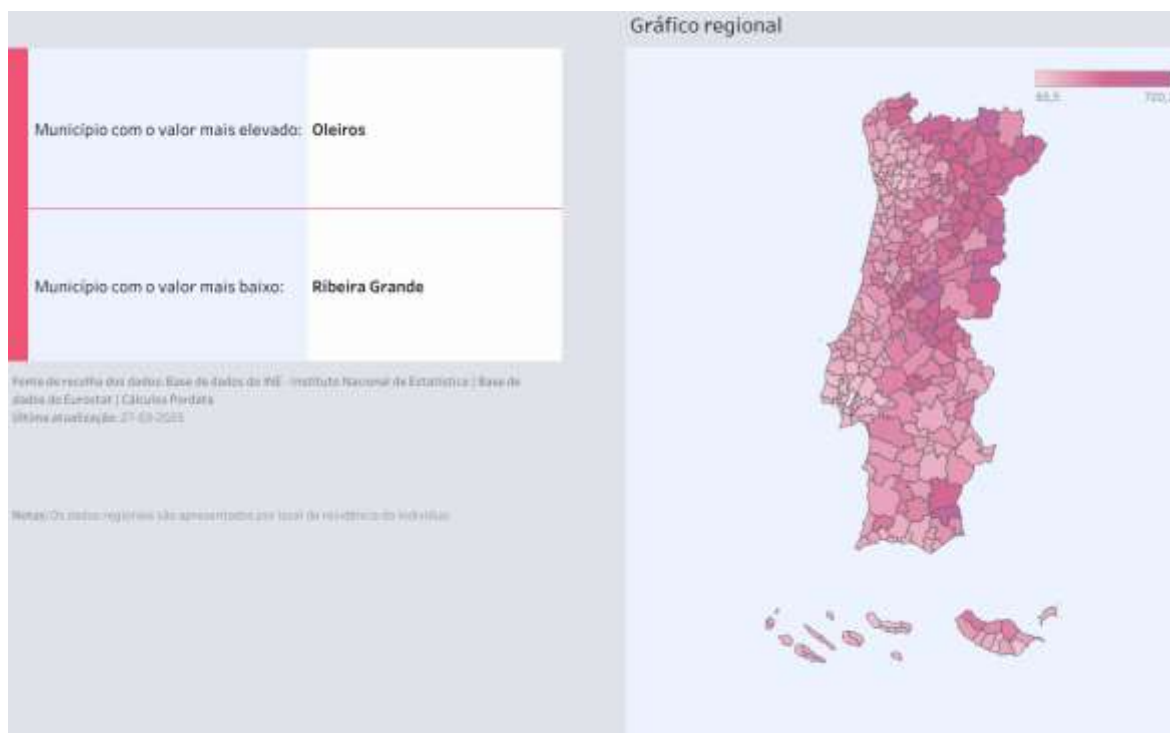


Gráfico 3 - Índice de Envelhecimento: Gráfico Regional por Municípios de Portugal (INE & Eurostat, 2025).

Esta sede de município com 471,1 Km² de superfície, está dividido em dez freguesias – Álvaro, Cambas, União de Freguesias de Estreito e Vilar Barroco, Isna, Madeirã, Mosteiro, União de Freguesias de Oleiros e Amieira, Orvalho e, Sarnadas de São Simão, - referenciadas na **figura 1**, (INE & Eurostat, 2025).



Figura 1 - Mapa das freguesias do concelho de Oleiros, após a reorganização administrativa de 2013 (INE & Eurostat, 2025).

Segundo dados do INE & Eurostat (2025), o concelho possuía 4886 habitantes em 2023, tendo registado um decréscimo da população nos últimos 22 anos (**tabela 1**). Quando comparado ao ano de 2021 (4933 habitantes), perdeu 47 habitantes, ou seja, de 1,36% da população. No entanto, se recuarmos ao ano de 2011 (5571 habitantes), regista-se um decréscimo de 12,3% da população (menos 683 habitantes), quando comparamos com o ano de 2023. Por fim, quando comparamos com o ano de 2001 (6609 habitantes), a queda ainda é mais acentuada, ou seja, menos 26,1% da população (menos 1723 habitantes). Apesar deste cenário, iniciativas locais têm procurado inverter a tendência de envelhecimento. A autarquia implementou programas de apoio à natalidade, oferecendo incentivos financeiros às famílias, o que resultou no aumento da procura por creches e sinais de renovação demográfica (Figueiredo & Barbosa, 2024).

Tabela 1 - População residente no concelho de Oleiros (INE & Eurostat, 2025).

2001	2011	2021	2023
6609	5571	4933	4886

Relativamente, à densidade populacional que corresponde ao número médio de habitantes por km² (**tabela 2**), sabe-se que:

- Atualmente (2023), Oleiros tem uma densidade populacional de 10,4 habitantes por km²;
- Em relação a 2021, o concelho manteve o número de habitantes por km², passando de 10,5 (em 2021) para 10,4 (em 2023);
- Em relação a 2011, o concelho perdeu um habitante por km², passando de 11,8 (em 2011) para 10,4 (em 2023);
- Em relação a 2001, passados mais de 20 anos, o concelho perdeu 4 indivíduos por km², passando de 14,0 (em 2001) para os 10,4 (em 2023), (INE & Eurostat, 2025).

Tabela 2 - Número médio de habitantes por km² no concelho de Oleiros (INE & Eurostat, 2025).

2001	2011	2021	2023
14,0	11,8	10,5	10,4

No que diz respeito à população residente por grupo etário (**tabela 3**), podemos verificar que:

- Em relação ao grupo etário dos Jovens (0-14 anos), atualmente existem 308 habitantes, que correspondem a 6,3% da população residente. Relativamente, ao ano de 2021 (288 habitantes), registou-se um aumento de 6,5% (mais 20 habitantes). Por outro lado, em comparação com o ano de 2011 (424 habitantes), registou-se uma perda de 27,4% (menos 116 habitantes). Desde o ano de 2001 (596 habitantes), verificámos um decréscimo superior a 45%, mais concretamente 48,3% (menos 288 habitantes);
- Em relação ao grupo etário População em Idade Ativa (15-64 anos), atualmente existem 2360 habitantes, que correspondem a 48,3% da população residente. Relativamente, ao ano de 2021 (2368 habitantes) registou-se uma perda de, apenas, 0,3% (menos 8 habitantes). Também em relação ao ano de 2011 (3069 habitantes), registou-se uma perda de 23,1% (menos 709 habitantes) e, em relação ao ano de 2001 (3716 habitantes), registou-se uma perda de 36,5% (menos 1356 habitantes);

- Em relação ao grupo etário dos Idoso (65 ou mais anos), a população-alvo do nosso estudo. Verificamos que atualmente existem 2218 habitantes, que correspondem a 45,4% da população residente. Relativamente, ao ano de 2021 (2277 habitantes), registou-se uma perda de 2,6% (menos 59 habitantes). Em contrapartida, em relação ao ano de 2011 (2078 habitantes), registou-se um aumento de 6,3% (mais 140 habitantes). Por outro lado, em relação ao ano de 2001 (2297 habitantes), registou-se uma perda de 3,4% (menos 79 habitantes), (INE & Eurostat, 2025).

Tabela 3 - Comparação por grupos etários no concelho de Oleiros (INE & Eurostat, 2025).

	2001	2011	2021	2023
0-14	596	424	288	308
15-64	3716	3069	2368	2360
65 ou mais	2297	2078	2277	2218

Neste sentido, o concelho de Oleiros, enfrenta desafios significativos no âmbito social e económico, refletindo-se diretamente na QV da sua população idosa.

Estudos realizados na freguesia do Mosteiro, em Oleiros, identificaram necessidades prementes entre a população idosa, incluindo apoio na saúde, melhoria das condições habitacionais e combate à solidão. Estas carências evidenciam a importância de programas que promovam o EA e a funcionalidade dos idosos (Lameiras, 2017). Em resposta a estes desafios, o Município de Oleiros tem implementado, em todo o concelho, iniciativas como a Semana Sénior, as Freguesias em Movimento e a disciplina de Educação Física, de Walking Football e Boccia integradas na Universidade Sénior de Oleiros, estes programas incluem AF, visando promover um envelhecimento saudável e o combate ao isolamento. Também, conta com ofertas como a Unidade Móvel de Saúde mensal, o Apoio Psicológico de combate à solidão, o Dia do Idoso ou até mesmo o Projeto do Cuidador. Tais programas são fundamentais para melhorar a QV e a satisfação dos idosos, especialmente num contexto marcado pelo envelhecimento populacional.

Economicamente, Oleiros tem adotado uma estratégia de investimento público para estimular o desenvolvimento local. De acordo com o Diário Digital de Castelo Branco (2025), o Orçamento Municipal para 2025 é de aproximadamente 19 milhões de euros, representando um aumento de 14,4% em relação ao ano anterior. Além disso, o município tem promovido campanhas para dinamizar o comércio local, por exemplo (Rádio Castelo Branco, 2024). Estas medidas refletem um esforço concertado para revitalizar a economia local, melhorar as condições de vida e, conseqüentemente, impactar positivamente na funcionalidade e SCV da população (Figueiredo & Barbosa, 2024).

Oleiros tem sido historicamente afetado por incêndios florestais de grande dimensão, configurando um dos principais desafios ambientais, sociais e económicos da região. De acordo com o Plano Municipal de Defesa da Floresta Contra Incêndios (PMDFCI), entre 1996 e 2011, Oleiros registou uma média anual de área ardida significativa, com os meses de julho, agosto e setembro a concentrarem o maior número de ocorrências e extensão de área queimada (Gabinete Técnico Florestal do Município de Oleiros, 2012). Os incêndios têm provocado perdas substanciais na economia local, afetando a produção florestal, agrícola e o turismo. Além disso, comprometem os serviços dos ecossistemas, como a proteção contra a erosão e o sequestro de carbono, essenciais para a regulação climática. O histórico de incêndios florestais em Oleiros evidencia a necessidade de uma abordagem integrada que combine prevenção, gestão florestal sustentável e recuperação dos ecossistemas (Município de Oleiros, 2023). Tais estratégias são fundamentais para mitigar os impactos ambientais e socioeconómicos dos incêndios, promovendo a resiliência e o desenvolvimento sustentável da região.

Diante o exposto, estudar os dados sociodemográficos, económicos e ambientais do concelho de Oleiros é fundamental para compreender o contexto em que a população idosa está inserida e, assim, avaliar de forma mais precisa o impacto da prática regular de AF na sua funcionalidade e SCV.

3.3 Caracterização da Amostra

Esta amostra por conveniência é constituída por 63 indivíduos (n=63) residentes no concelho de Oleiros. Esta amostra contempla indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 66 e os 95 anos, em que a média de idades obtida é de 74.94 ± 7.43 anos.

De modo a garantir aspetos éticos desta investigação, todos os indivíduos participaram de forma voluntária e tiveram conhecimento completo das ações desenvolvidas no decorrer da investigação, através da assinatura do **Termo de Consentimento Individual Informado (Anexo A)**.

A amostra foi selecionada por critérios subjetivos do investigador, com o perfil e características para participarem previamente definidas, ou seja, foram elaborados critérios de seleção para a amostra. Como exemplo disso, procurava-se para este estudo um grupo constituído por praticantes de AF e um grupo de não praticantes, com o objetivo de ir ao encontro do procurado para ambos os grupos.

Após a seleção da amostra e aplicação da bateria de testes e dos questionários, os indivíduos foram divididos em dois grupos:

Grupo de Praticantes (AFF) – Formado por 35 indivíduos praticantes de AF nos programas para idosos existentes no concelho de Oleiros, mais especificamente nas modalidades de Hidroginástica e GS.

Grupo de Não Praticantes (AFNF) – Composto por 28 indivíduos que não praticam AFF e que residem no concelho de Oleiros.

Tabela 4 – Caracterização da amostra (n=63).

Grupos	N	Média ± DP Idade (anos)	Masculino	Feminino
			N	N
Praticantes	35	72,00 ± 5,75	9	26
Não Praticantes	28	78,61 ± 7,74	12	16
TOTAL	63	74,94 ± 7,43	21	42

NOTAS: Número de Participantes (N); *Desvio Padrão (DP)*

Em análise à **tabela 4**, verificamos que a amostra é composta por 63 indivíduos (n=63), todos com idade igual ou superior a 65 anos, apresentando uma média de idades de 74,94 ± 7,43 anos. Em relação ao sexo, a amostra é composta por 21 indivíduos do sexo masculino (n=21) e 42 indivíduos do sexo feminino (n=42).

Quando ao grupo de praticantes, podemos verificar que o de AFF composto no total por 35 elementos (n=35), sendo que 9 indivíduos são do sexo masculino e 26 do sexo feminino, apresentando uma média de idade de 72,00 ± 5,75 anos.

Por outro lado, o grupo de AFNF, apresenta menos indivíduos (n=28). No que diz respeito ao sexo este grupo apresenta 12 indivíduos do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A média de idades deste grupo é de 78,61 ± 7,74 anos.

3.3.1 Caracterização das idades por sexo e por grupo

Relativamente, à análise da idade por sexo e por grupo desta amostra **tabela 5**, verificamos que, no total da amostra (n=63), enquanto o sexo masculino (n=21) apresenta uma média de idade de 76,19 ± 8,23 anos, por outro lado o sexo feminino (n=42) tem uma média de idades de 74,31 ± 7,02 anos.

Quando aos grupos de praticantes, no que toca ao sexo masculino, verificamos que no grupo de praticantes (n=9), apresenta uma média de idades de 71,00 ± 5,87 anos, enquanto o grupo de não praticantes (n=12), os indivíduos deste grupo têm um valor médio de idade de 80,08 ± 7,70 anos.

Por outro lado, no que toca ao sexo feminino, quanto ao grupo de praticantes (n=26), com uma média de idades de $72,35 \pm 5,78$ anos, sendo que no grupo de não praticantes (n=16), tem uma média de idades de $77,50 \pm 7,83$ anos.

Tabela 5 – Caracterização das idades por sexo e por grupo.

Grupo / Sexo	N	Média ± DP Idade (anos)	Grupo / Sexo	N	Média ± DP Idade (anos)
Praticantes / Masc	9	$71,00 \pm 5,87$	Praticantes / Fem	26	$72,35 \pm 5,78$
Não Praticantes / Masc	12	$80,08 \pm 7,70$	Não Praticantes / Fem	16	$77,50 \pm 7,83$
TOTAL	21	$76,19 \pm 8,23$	TOTAL	42	$74,31 \pm 7,02$

3.4 Métodos e procedimentos de recolha de dados

Relativamente aos métodos e procedimentos utilizados para recolha dos dados, começámos por estabelecer contacto prévio com os indivíduos que posteriormente vieram a fazer parte da amostra. Tendo em atenção que no nosso estudo, apenas, existiu um momento de avaliação da amostra, - retrato fotográfico, - consideramos que seria melhor recolher os dados no mesmo dia para conseguirmos maior precisão dos resultados. Neste sentido, utilizámos os mesmos materiais e aplicámos a mesma ordem dos testes e questionários, de modo às condições ser iguais para todos os indivíduos.

A recolha de dados foi realizada no Pavilhão Gimnodesportivo Municipal de Oleiros. Aqui iniciámos com uma reunião de apresentação com todos os indivíduos da amostra, onde explicámos o objetivo do nosso estudo, o que pretendíamos deles e, por último, se estariam dispostos a colaborar connosco neste estudo. Após esta reunião de apresentação, todos os indivíduos tomaram conhecimento e concordaram assinar o **Termo de Consentimento Individual Informado (Anexo A)**. De referir que, aos indivíduos que não soubessem assinar, oferecemos a possibilidade de o consentimento ser dado por um familiar/tutor. Posto isto, iniciámos a recolha de dados com a aplicação do **Questionário de SCV MOS SF-36v2 (versão 2) em Anexo B** e, da **Bateria de Testes SFT de Rikli e Jones (1999; 2001)**, - ver Anexo D.

Os dados recolhidos da Bateria de Testes SFT de Rikli e Jones (1999; 2001) foram registados numa folha do programa Microsoft Office Excel 2019. Em relação ao Questionário SF-36v2, foi entregue uma cópia a cada elemento para preenchimento individual. De referir que, aos indivíduos que não soubessem ler, oferecemos a possibilidade de ser auxiliado por um familiar/ tutor. Como já referido anteriormente, foi atribuído um número a cada indivíduo, tendo sido registado no

questionário e na folha de Excel, desta forma garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Patino & Ferreira (2018), referem que “(...) o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os participantes de um estudo é uma prática padrão e necessária na elaboração de protocolos de pesquisa de alta qualidade”. Os mesmos autores reforçam a ideia de que “(...) é muito importante que os investigadores não apenas definam critérios de inclusão e exclusão adequados ao elaborarem um estudo, mas também avaliem como essas decisões afetarão a validade externa dos resultados do estudo.”

Neste sentido, prestámos o máximo de atenção ao definir **os critérios (de inclusão e exclusão)** deste estudo, com o objetivo de a amostra se aproximar o melhor possível de resultados concretos e fiáveis.

Como Patino & Ferreira (2018), afirmaram que “(...) **os critérios de inclusão** são definidos como as características-chave da população-alvo que os investigadores utilizarão para responder à pergunta do estudo.” Sendo assim, temos como **critérios de inclusão** deste estudo:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos;
- Indivíduos sem contraindicações para praticar AF;
- Capacidade para realizar todos os testes da *SFT*;
- Ter marcado presença na reunião preparatória e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Para o grupo de praticantes, apenas, foram admitidos indivíduos que praticassem AFF, comprovado através de questão incluída no início do questionário MOS SF-36v2;
- Para o grupo de não praticantes, apenas, foram admitidos indivíduos que não praticassem qualquer tipo de AFF, comprovado através de questão incluída no início do questionário MOS SF-36v2;
- Residência no Concelho de Oleiros.

Por outro lado, Patino & Ferreira (2018), afirmaram que “(...) **os critérios de exclusão** são definidos como aspetos dos potenciais participantes que preenchem os critérios de inclusão, mas apresentam características adicionais, que poderiam interferir no sucesso do estudo ou aumentar o risco de um desfecho desfavorável para esses participantes.” Sendo assim, temos como **critérios de exclusão** deste estudo:

- Indivíduos com contraindicações para praticar AF;
- Indivíduos diagnosticados com demência;
- Incapacidade ou impossibilidade para realizar todos os testes da *SFT*.

3.4.2 Recolha dos dados

Como já referido, a recolha de dados deste estudo foi realizada numa única data, com o objetivo de obter um “retrato fotográfico” da amostra num momento específico.

Antes da recolha, realizámos diversos preparativos. O primeiro passo foi agendar uma reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Oleiros, com os seguintes objetivos:

- Apresentar a intenção de realizar o estudo no concelho de Oleiros, onde, desde 2008 (ano de abertura do Complexo das Piscinas Municipais), existem dois PAF's para idosos: GS e Hidroginástica Sénior;
- Explicar os objetivos do estudo;
- Solicitar autorização para contactar os participantes desses programas e outros interessados sem prática formal de AF;
- Solicitar a cedência do Pavilhão Gimnodesportivo Municipal de Oleiros para a realização da recolha de dados.

Com esta reunião, obtivemos autorização para desenvolver o estudo com os participantes dos programas referidos e com outros indivíduos elegíveis, assim como para utilizar o pavilhão.

Após a autorização, contactámos diretamente os praticantes dos programas, deslocando-nos ao Complexo das Piscinas Municipais para apresentar o estudo e convidá-los a participar. Simultaneamente, seleccionámos, de forma aleatória, residentes do concelho sem prática regular de AF. Todos os potenciais participantes foram informados detalhadamente sobre o estudo, sendo-lhes solicitada a colaboração voluntária.

Na fase seguinte, preparámos o espaço físico no Pavilhão Gimnodesportivo. Organizámos uma sala para o preenchimento do Termo de Consentimento Informado e do questionário de SCV. No campo de futsal, delimitámos sete áreas para os testes da *SFT* (Rikli & Jones, 1999; 2001). Garantimos ainda que todo o material necessário estava disponível e em quantidade suficiente.

A recolha de dados ocorreu no dia **6 de janeiro de 2025**. Contámos com a colaboração de seis colegas da área do desporto, alguns dos quais responsáveis

pelos PAF's para idosos no município. Iniciámos os trabalhos às **09h30** com uma reunião introdutória para:

- Relembrar os objetivos do estudo;
- Verificar se os participantes cumpriam os critérios de inclusão;
- Explicar os procedimentos a seguir;
- Entregar e recolher o Termo de Consentimento Informado.

Começámos pela aplicação do questionário, para aproveitar os níveis mais altos de concentração antes dos testes físicos. Cada participante recebeu um exemplar, cuja leitura foi feita em voz alta, para garantir a compreensão de todos. As respostas foram recolhidas de forma individual, assegurando a confidencialidade e o anonimato. Posteriormente, os dados foram inseridos no programa **SPSS (versão 29)**.

De seguida, foi aplicada a *SFT*, com cada avaliador responsável por registar os resultados numa folha previamente preparada. Os participantes que não conseguiram realizar algum dos testes foram excluídos da amostra, por não cumprirem os critérios definidos. Os resultados foram registados em **Microsoft Excel 2019** e, mais tarde, inseridos também na base de dados do **SPSS (versão 29)**.

3.4.3 Instrumentos de recolha dos dados

Como Marrachinho (2014) afirmou, "(...) o instrumento selecionado depende dos objetivos da investigação, da metodologia e das características específicas do estudo (como citado em Quivy & Campenhoudt, 1998). Neste sentido, para solucionar o problema deste estudo e alcançar os objetivos definidos para o mesmo, considerámos que a aplicação do questionário de QV (MOS SF-36v2) e da bateria de testes *SFT* de Rikli e Jones (1999; 2001), seriam os veículos indicados para nos dar a informação pretendida com rigor.

a) Questionário de Qualidade de Vida (MOS SF-36v2), de Ferreira (2000)

Relativamente ao questionário aplicado para avaliar os níveis de SCV, optamos pelo MOS SF-36 v2, este instrumento foi validado para a população portuguesa por Ferreira (2000), - **ver Anexo B**. Para Fernandes (2015), este é um instrumento de avaliação válido e fiável para medir e avaliar o estado de saúde e da perceção subjetiva dos indivíduos relativa ao próprio bem-estar e a sua QV.

Para Ferreira (2000), este questionário contém 36 itens cobrindo 8 dimensões de estado de saúde e detetando tanto os estados positivos como os negativos de

saúde, destinando-se a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos importantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. Segundo, o mesmo autor, as dimensões (abaixo descritas) que constituem o questionário são:

- **Função física:** avalia as limitações na realização das atividades da vida diária, desde as mais básicas às mais avançadas;
- **Desempenho físico e desempenho emocional:** avaliam as limitações em saúde, em termos do tipo e quantidade de trabalho executado;
- **Dor corporal:** pretende avaliar a intensidade e o desconforto provocados pela dor, assim como, a forma que interfere nas atividades da vida diária;
- **Saúde geral:** avalia a percepção holística da saúde incluindo a saúde atual, resistência à doença e a aparência saudável;
- **Vitalidade:** avalia os níveis de energia e de fadiga;
- **Função social:** avalia a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais;
- **Saúde mental:** diz respeito a 4 das mais importantes dimensões da saúde mental (ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico).

Estas 8 dimensões, acima referidas, podem ser agrupadas em duas componentes – a física e a mental, - tal como representado na **figura 2** (Ferreira, 2000).

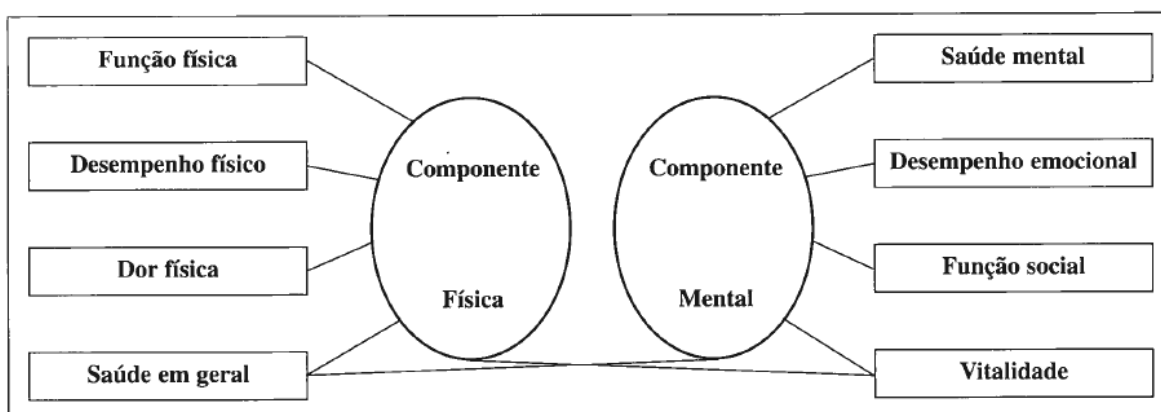


Figura 2 – Modelo factorial SF-36 com duas componentes (Ferreira, 2000).

Segundo Rocha (2012), existe ainda um item referente à transição ou mudança do estado de saúde, que avalia a percepção do indivíduo relativamente à mudança do estado de saúde nos últimos 12 meses.

Relativamente ao sistema de pontuação, sabe-se que os dados obtidos a partir das respostas ao questionário não estão disponíveis a serem utilizados de imediato.

Neste sentido, é necessário adotar um procedimento (**figura 3**), que torne os dados coerentes e interpretáveis em futuras manipulações, ou seja, é necessário que **os valores das escalas de algumas questões sejam transformados, de acordo com o exposto no Anexo C. Neste anexo, também se encontra a fórmula de cálculo para determinar o score de cada dimensão.** Esse score total varia de 0 a 100, isto é, um valor mais elevado corresponde a um melhor estado de saúde.

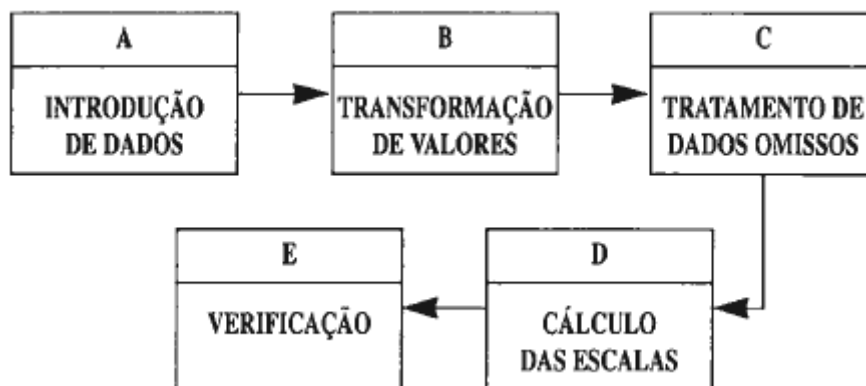


Figura 3 – Diagrama do sistema de pontuação do SF-36 (Ferreira, 2000).

b) Bateria de Testes Senior Fitness Test, de Rikli & Jones (2008)

Para avaliar a aptidão funcional dos idosos o instrumento utilizado foi a Bateria de Testes *SFT*, de Rikli e Jones (1999; 2001), - **ver Anexo D**. Segundo os mesmos autores, esta bateria de testes é composta por 7 testes que avaliam os principais parâmetros físicos associados à capacidade funcional de indivíduos autónomos com idades compreendidas entre os 60 e 90 ou mais anos. Esta bateria de testes permite avaliar: a força, a flexibilidade, a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, a resistência aeróbia e por fim, a composição corporal (IMC).

Teixeira (2002), Taveira (2010) e Gomes (2014), afirmam que a *SFT* é uma das baterias de teste mais equilibradas e adaptadas aos grupos de idade mais avançada e que vai ao encontro dos hábitos do quotidiano de qualquer idoso.

Paulo (2010), reforça que esta bateria de testes foi concebida tendo em consideração duas finalidades fundamentais: 1) Ser de fácil aplicação; 2) Apresentar acordo com padrões de aceitabilidade científica, quanto à fiabilidade e validade. O mesmo autor apresenta 12 critérios que fundamentaram a conceção dos testes desta bateria:

- Representar a maioria das componentes da aptidão física funcional, tal como os parâmetros físicos que suportam a realização das tarefas de vida diárias de forma independente;
- Apresentar um grau de fiabilidade teste-reteste aceitável ($r > 0,80$);
- Possuir um grau de validade aceitável;

- d) Refletir as alterações normais da funcionalidade relacionadas com o envelhecimento;
- e) Detetar alterações provocadas por programas de intervenção;
- f) Avaliar indivíduos idosos com níveis de funcionalidade diferenciados;
- g) Ser de fácil administração e de classificação para profissionais ou técnicos qualificados;
- h) Requerer equipamentos e espaços mínimos, podendo ser aplicada em qualquer instituição para idosos;
- i) Possibilidade de administrar em casa;
- j) Não apresentar riscos, à execução de situações que exijam assistência médica;
- k) Ser socialmente aceitável e significativo;
- l) Ser de rápida administração, a aplicação individual requer 30-45 minutos, a aplicação num grupo de 24 pessoas, não requer mais de 90 minutos, quando aplicada por 7 avaliadores.

Na tabela abaixo (**tabela 6**), apresentamos a descrição da bateria *SFT* (adaptado de Rikli e Jones, 1999), onde são referidos - os parâmetros avaliados, a descrição (breve) e a variável que avalia, - cada teste.

Tabela 6 – Descrição da bateria *SFT* (adaptado de Rikli e Jones, 1999).

Parâmetros Avaliados	Testes	Descrição	Variável
Força e resistência dos membros inferiores	Levantar e sentar na cadeira durante 30 seg.	Nº de execuções em 30 seg. com os braços cruzados sobre o tórax	Aptidão funcional
Força e resistência dos membros superiores	Flexão do antebraço	N.º de execuções em 30 seg.	Aptidão funcional
Resistência cardiovascular	Andar 6 minutos ou 2 minutos de step no mesmo lugar	Distância percorrida em 6 minutos ou número de <i>step</i> 's durante 2 minutos	Aptidão funcional
Flexibilidade inferior	Sentado e alcançar	Sentado numa cadeira, distância entre os dedos das mãos e os dedos dos pés	Aptidão funcional
Flexibilidade superior	Alcançar atrás das costas	Distância alcançada entre as duas mãos na parte posterior do tronco	Aptidão funcional
Velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico	Sentado, caminhar 2,44 metros e voltar a sentar	Tempo necessário para levantar da cadeira, caminhar 2,44 metros e voltar a sentar	Aptidão funcional
Composição corporal	Estatura e peso	Relação do peso corporal com a altura (kg/m ²)	Composição corporal

Relativamente aos materiais utilizados para a aplicação da bateria de testes *SFT*, foram os seguintes:

- Balança com estadiómetro;
- Réguas de 50 cm;
- Cadeira com encosto, sem apoio de braços e com altura de 43 cm;
- Haltere de mão com 3,63 kg para o sexo masculino;
- Haltere de mão com 2,27 kg para o sexo feminino;
- Cronómetros;
- Cones e Sinalizadores;
- Fita métrica.

Para a recolha de dados foi realizada sob os critérios definidos pelo **protocolo de aplicação da bateria de testes *SFT* de Rikli e Jones (1999; 2001)**, ver Anexo D. Antes da aplicação desta bateria de testes deve realizar-se um aquecimento geral de 8 minutos. Posteriormente, aplicam-se os testes pela seguinte ordem: estatura/massa corporal; levantar e sentar da cadeira (membros inferiores); flexão do antebraço (membros superiores); senta e alcança (flexibilidade dos membros inferiores); sentado, caminhar 2,44 m e voltar a sentar (agilidade, equilíbrio e velocidade); alcançar atrás das costas (flexibilidade dos membros superiores); teste andar 6 minutos (resistência aeróbia).

3.4.5 Procedimentos Estatísticos

A análise dos dados foi efetuada através do programa estatístico SPSS, versão 29.0. Começamos pela análise das variáveis, com recurso à estatística descritiva de modo a obter os resultados - mínimos, máximos, média e DP, - das variáveis analisadas.

Foi também testada a normalidade da distribuição da amostra através do teste *Kolmogorov-Smirnov* para a amostra total, visto que $n > 30$. Por outro lado, para a amostra dividida aplicamos o teste *Shapiro-Wilk* ($n < 30$), à exceção do grupo de praticantes ($n = 35$).

Posteriormente, efetuamos a análise inferencial. Quando a distribuição normal dos dados foi confirmada ($\text{sig} > 0,05$), recorremos ao Teste *T-Student* para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto nas dimensões do questionário MOS SF-36v2, como nos testes da bateria *SFT* de Rikli & Jones (1999; 2001). Nos casos em que não se verificou a normalidade da distribuição ($\text{sig} \leq 0,05$), foi aplicado o teste não paramétrico de U de *Mann-Whitney*.

Consideramos um nível de significância com margem de erro de 5%. Neste ponto, foi também calculado o tamanho do efeito (ou *d-Cohen*) com diferentes tamanhos de amostra, ajustando o cálculo do desvio-padrão combinado com pesos para os tamanhos de amostra. Permitindo assim, avaliar a magnitude real das diferenças encontradas, tendo como objetivo compreender o impacto da prática de AF sobre a percepção da QV, com base em dados quantitativos.

Por fim, realizamos a análise de correlações de modo a verificar se existe relação ou não entre as variáveis. Para tal foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* nas variáveis, que possuem uma distribuição normal, ou noutros casos, o coeficiente de correlação de *Spearman*, sempre que uma variável não segue uma distribuição normal e todas as suas relações são não lineares.

Capítulo IV

4. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos neste estudo. Iniciamos com uma caracterização geral da amostra, onde apresentamos os dados obtidos com recurso a análise descritiva, sendo apresentados em tabelas e, posteriormente, comentados os valores mínimos, máximos, médias e DP das variáveis analisadas. Para além disso, verificamos a normalidade da amostra e a fiabilidade das variáveis.

Por fim, procedemos à análise inferencial realizando as comparações e correlações, verificando o nível de significância entre as variáveis do estudo, para assim verificarmos se podemos ou não confirmar as hipóteses do estudo.

4.1 Análise descritiva

Tabela 7 - Estatística descritiva e análise de fiabilidade das variáveis.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	DP	KS	α de Cronbach
Função Física	5,00	100,00	62,78	25,22	0,649	0,917
Desempenho Físico	0,00	100,00	50,60	26,44	0,582	0,946
Dor Corporal	0,00	100,00	44,13	21,84	0,235	0,839
Saúde Geral	5,00	90,00	46,56	19,38	0,315	0,785
Vitalidade	12,50	93,75	50,60	20,54	0,556	0,847
Função Social	0,00	100,00	70,83	24,18	0,005*	0,729
Desempenho Emocional	16,67	100,00	51,19	23,52	0,050*	0,921
Saúde Mental	10,00	100,00	57,30	20,18	0,187	0,843
Mudança em Saúde	0,00	100,00	55,95	21,40	0,003*	-
Componente Física	11,75	90,25	51,01	20,55	0,981	0,902
Componente Mental	24,58	98,44	57,48	16,76	0,912	0,750
Levantar e Sentar na Cadeira	4,00	25,00	13,46	4,44	0,848	-
Flexão do Antebraço	6,00	25,00	15,67	4,27	0,740	-
Sentado e Alcançar	-29,00	20,00	- 0,92	10,99	0,107	-
Alcançar Atrás das Costas	-80,00	4,00	- 23,92	18,73	0,355	-
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	3,42	33,45	7,77	4,39	0,012*	-
Andar 6 minutos	90,00	623,00	433,57	112,53	0,087	-
Índice de Massa Corporal	19,48	42,70	29,71	4,63	0,829	-

NOTA: Kolmogorov-Smirnov (KS); * $p \leq 0,05$ não respeita o suposto de normalidade.

Na **tabela 7**, podemos observar uma caracterização geral da amostra com a apresentação dos dados com recurso à estatística descritiva - mínimo, máximo, média e desvio-padrão, - de todas as variáveis.

Também podemos verificar na **tabela 7**, que para medir a consistência interna das dimensões do questionário MOS SF-36v2, utilizamos o Alfa de Cronbach, para verificar se existe uma escala com boa confiabilidade. Segundo Lima (2009), este índice de consistência interna, apresenta valores entre 0 e 1, em que o α é um coeficiente de correlação ao quadrado que mede a homogeneidade das questões correlacionando as médias de todos os itens para estimar a consistência interna.

Como Maroco & Garcia-Marques (2006) afirmam que, "(...) um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o Alfa de Cronbach é pelo menos 0,70. Contudo, em alguns cenários de investigação das ciências

sociais um valor α de 0,60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice” (como citado em Nunnally, 1978).

No sentido, consideramos aceitáveis valores de α acima de 0,70 para considerar aceitável e com fiabilidade. Em termos globais, os valores obtidos em todas as dimensões avaliadas através do questionário apresentam um valor de α superior a 0,70. Deste modo, os valores são considerados de fiabilidade aceitável, sendo que o valor mais baixo corresponde ao item da Função Social com o valor α de 0,729, por outro lado, o valor mais elevado correspondente ao item Desempenho Físico com o valor α de 0,946.

Na **tabela 7**, também verificámos a normalidade da amostra, sendo que para tal recorreremos ao teste de Kolmogorov-Smirnov, pois $n \geq 30$ (tamanho da amostra).

Neste sentido, a análise da nossa amostra demonstra que as variáveis - função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, saúde mental, componente física, componente mental, levantar e sentar na cadeira, flexão do antebraço, sentado e alcançar, alcançar atrás das costas, andar 6 minutos e o IMC, - apresentam uma distribuição normal. Por outro lado, as restantes variáveis – função social, desempenho emocional, mudança em saúde e, sentado, caminhar 2,44 m e voltar a sentar, - não apresentam uma distribuição normal. O nível de significância foi de $p \leq 0,05$.

Tabela 8 – Média e DP dos resultados obtidos através do questionário MOS SF-36v2, por grupos (de praticantes e não praticantes).

Dimensões	Grupo de Praticantes Média ± DP	Grupo de Não Praticantes Média ± DP
Função Física	70,86 ± 22,21	52,68 ± 25,48
Desempenho Físico	59,46 ± 24,32	39,51 ± 25,12
Dor Corporal	48,63 ± 24,41	38,50 ± 16,89
Saúde Geral	51,43 ± 18,41	40,46 ± 19,13
Vitalidade	58,04 ± 18,97	41,29 ± 18,81
Função Social	69,64 ± 25,05	72,32 ± 23,41
Desempenho Emocional	58,33 ± 25,08	42,26 ± 18,13
Saúde Mental	60,14 ± 19,72	53,75 ± 20,53
Mudança em Saúde	52,14 ± 22,17	60,71 ± 19,75
Componente Física	57,59 ± 19,82	42,79 ± 18,67
Componente Mental	61,54 ± 18,18	52,41 ± 13,44

A **tabela 8** apresenta as médias e o DP dos resultados obtidos através da aplicação do questionário MOS SF-36v2, por grupos (de praticantes e não praticantes). Podemos verificar pela análise da tabela, que na maior parte das

dimensões o grupo de praticantes obteve melhores resultados em comparação com grupo de não praticantes, sendo que este último obteve valores superiores apenas na dimensão Função Social e Mudança em Saúde.

Na dimensão Função Física, podemos verificar que o grupo de praticantes apresentou uma média de $70,86 \pm 22,21$, obtendo assim melhor resultado que o grupo de não praticantes que obteve um valor médio de $52,68 \pm 25,48$.

Quanto à dimensão Desempenho Físico, o grupo de praticantes obteve valores superiores, com uma média de $59,46 \pm 24,32$, enquanto o grupo de não praticantes apresentou uma média de $39,51 \pm 25,12$.

Relativamente à dimensão Dor Corporal, observamos que o grupo de praticantes obteve uma média superior de $48,63 \pm 24,41$, em relação ao grupo de não praticantes que apresentou uma média de $38,50 \pm 16,89$.

Em relação à dimensão Saúde Geral, o grupo de praticantes alcançou uma pontuação média de $51,43 \pm 18,41$, apresentando assim, melhor valor médio em comparação com a média de $40,46 \pm 19,13$, obtida pelo grupo de não praticantes.

Os dados relativos à dimensão Vitalidade, indicam-nos que o grupo de praticantes obteve uma média de $58,04 \pm 18,97$, enquanto o grupo de não praticantes obteve um resultado médio inferior, correspondendo a uma média de $41,29 \pm 18,81$.

Relativamente à dimensão Função Social, observamos que o grupo de praticantes obteve uma média de $69,64 \pm 25,05$, enquanto o grupo de não praticantes apresentou uma média superior de $72,32 \pm 23,41$.

Em relação à dimensão Desempenho Emocional, verificamos que o grupo de praticantes obteve uma média de $58,33 \pm 25,08$, sendo superior à média obtida pelo grupo de não praticantes ($42,26 \pm 18,13$).

No que concerne à dimensão Saúde Mental, no grupo de praticantes a média obtida foi de $60,14 \pm 19,72$, obtendo melhor resultado em comparação com o grupo de não praticantes que obteve um valor médio de $53,75 \pm 20,53$.

Já no item Mudança em Saúde, podemos verificar que o grupo de não praticantes obteve uma média melhor que o grupo de praticantes, sendo que a média foi de $60,71 \pm 19,75$, e $52,14 \pm 22,17$, respetivamente.

Quanto à Componente Física, o grupo de praticantes obteve uma média de $57,59 \pm 19,82$, obtendo assim uma pontuação média superior ao grupo de não praticantes, que corresponde a $42,79 \pm 18,67$.

Por fim, na Componente Mental é observável que o grupo de praticantes obteve melhor valor médio ($61,54 \pm 18,18$), enquanto o grupo de não praticantes obteve uma média de $52,41 \pm 13,44$.

Tabela 9 - Média e DP dos resultados obtidos através da bateria de testes *SFT*, por grupos (de praticantes e não praticantes).

Testes	Grupo de Praticantes Média ± DP	Grupo de Não Praticantes Média ± DP
Levantar e Sentar na Cadeira	14,94 ± 3,93	11,61 ± 4,39
Flexão do Antebraço	17,89 ± 3,21	12,89 ± 3,81
Sentado e Alcançar	1,06 ± 10,25	-3,39 ± 11,56
Alcançar Atrás das Costas	-15,89 ± 11,94	-33,96 ± 20,92
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	6,17 ± 1,62	9,78 ± 5,78
Andar 6 minutos	486,80 ± 68,93	367,04 ± 121,80
Índice de Massa Corporal	30,44 ± 5,06	28,80 ± 3,93

Analisando a **tabela 9**, verificamos que os resultados da aplicação da bateria de testes *SFT* de Rikli e Jones (1999; 2001), apresentam grandes diferenças entre os dois grupos, sendo que o grupo de praticantes apresenta valores superiores em todos os testes, exceto no teste do IMC.

No primeiro teste Levantar e Sentar na Cadeira, o grupo de praticantes obteve um resultado médio de 14,94 ± 3,93 elevações, e o grupo de não praticantes uma média de 11,61 ± 4,39. Verificamos assim, que o valor médio do grupo de praticantes é superior ao obtido pelo grupo de não praticantes.

Em relação ao teste Flexão do Antebraço, o grupo de praticantes obteve um resultado médio de 17,89 ± 3,21 flexões, sendo este superior à média obtida pelo grupo de não praticantes (12,89 ± 3,81).

Os valores do teste Sentado e Alcançar, indicam-nos que o grupo de praticantes apresentou melhor desempenho, tendo obtido uma média de 1,06 ± 10,25, enquanto o grupo de não praticantes obteve uma média de -3,39 ± 11,56.

Quanto ao teste Alcançar Atrás das Costas, observamos que o grupo de praticantes apresenta uma média superior na comparação com o grupo de não praticantes, embora ainda apresente um valor negativo. Assim, as médias obtidas foram de -15,89 ± 11,94, e de -33,96 ± 20,92, respetivamente.

No teste Sentado, Caminhar 2,44 e voltar a Sentar, o grupo de praticantes obteve um resultado médio de 6,17 ± 1,62 segundos, enquanto o grupo de não praticantes obteve uma média de 9,78 ± 5,78 segundos.

Relativamente ao teste Andar 6 minutos, o grupo de praticantes obteve uma média superior (486,80 ± 68,93 metros), em relação ao grupo de não praticantes que obteve um resultado médio de 367,04 ± 121,80 metros.

Por fim, no teste do IMC observa-se que o grupo de praticantes obteve uma média de $30,44 \pm 5,06$ kg/m², enquanto o grupo de não praticantes obteve uma de $28,80 \pm 3,93$ kg/m².

Tabela 10 - Média e DP dos resultados obtidos através do questionário MOS SF-36v2, para o sexo masculino.

Dimensões	Grupo de Praticantes Média ± DP	Grupo de Não Praticantes Média ± DP
Função Física	86,11 ± 13,64	50,83 ± 25,12
Desempenho Físico	70,14 ± 27,38	34,90 ± 18,36
Dor Corporal	62,67 ± 26,24	34,25 ± 14,72
Saúde Geral	60,00 ± 19,59	40,25 ± 21,74
Vitalidade	62,50 ± 19,52	42,19 ± 20,49
Função Social	84,72 ± 12,15	75,00 ± 22,61
Desempenho Emocional	71,30 ± 29,50	40,97 ± 10,93
Saúde Mental	70,00 ± 19,84	58,33 ± 19,69
Mudança em Saúde	36,11 ± 25,34	68,75 ± 11,31
Componente Física	69,73 ± 18,18	40,06 ± 18,48
Componente Mental	72,13 ± 18,61	54,12 ± 13,58

Analisando a **tabela 10** podemos verificar que, o grupo de praticantes em relação ao sexo masculino, apresenta melhores valores médios das dimensões do questionário MOS SF-36v2, à exceção da dimensão Mudança em Saúde.

Na dimensão Função Física, o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma média de $86,11 \pm 13,64$, enquanto o grupo de não praticantes masculinos, obtiveram uma pontuação média inferior ($50,83 \pm 25,12$).

Já na dimensão do Desempenho Físico, o grupo de praticantes masculinos apresentaram uma média de $70,14 \pm 27,38$, sendo que o grupo de não praticantes masculinos alcançaram valores médios inferiores ($34,90 \pm 18,36$).

Quanto à dimensão Dor Corporal, observamos que o grupo de praticantes masculinos apresentam valores médios superiores ($62,67 \pm 26,24$), enquanto o grupo de não praticantes masculinos alcançaram uma média de $34,25 \pm 14,72$.

Na dimensão Saúde Geral, o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma pontuação média superior ($60,00 \pm 19,59$), quando comparado ao grupo de não praticantes masculinos, que obtiveram uma média de $40,25 \pm 21,74$.

Relativamente à dimensão da Vitalidade, o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma média superior de $62,50 \pm 19,52$, em relação ao grupo de não praticantes masculinos, que alcançaram uma média de $42,19 \pm 20,49$.

Em relação à dimensão da Função Social, a média de $84,72 \pm 12,15$, obtida pelo grupo de praticantes masculinos, foi superior à pontuação média de $75,00 \pm 22,61$, referente ao grupo de não praticantes masculinos.

Na dimensão Desempenho Emocional, o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma média superior de $71,30 \pm 29,50$, em relação ao grupo de não praticantes masculinos, que alcançaram uma pontuação média de $40,97 \pm 10,93$.

No que concerne à dimensão de Saúde Mental, o grupo de praticantes masculinos apresentaram um valor médio superior em relação ao grupo de não praticantes, sendo os valores médios de $70,00 \pm 19,84$, e $58,33 \pm 19,69$, respetivamente.

No item Mudança em Saúde, o grupo de não praticantes masculinos obtiveram uma média de $68,75 \pm 11,31$, alcançando um score médio superior, em relação à média ($36,11 \pm 25,34$), obtida pelo grupo de praticantes.

Para a Componente Física, os resultados demonstram que o grupo de praticantes masculinos alcançaram uma média de $69,73 \pm 18,18$, sendo este valor superior à média alcançada pelo grupo de não praticantes masculinos, que corresponde a $40,06 \pm 18,48$.

Por último, na Componente Mental, a média de $72,13 \pm 18,61$, relativa ao grupo de praticantes masculinos foi superior à média de $54,12 \pm 13,58$, obtida pelo grupo de não praticantes masculinos.

Tabela 11 - Média e DP dos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, para o sexo masculino.

Testes	Grupo de Praticantes Média \pm DP	Grupo de Não Praticantes Média \pm DP
Levantar e Sentar na Cadeira	$16,67 \pm 5,75$	$11,75 \pm 4,52$
Flexão do Antebraço	$18,89 \pm 3,48$	$13,08 \pm 4,12$
Sentado e Alcançar	$-0,67 \pm 10,24$	$-5,42 \pm 12,47$
Alcançar Atrás das Costas	$-13,67 \pm 12,67$	$-42,33 \pm 23,34$
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	$5,23 \pm 1,16$	$7,85 \pm 2,10$
Andar 6 minutos	$518,33 \pm 89,79$	$393,50 \pm 99,55$
Índice de Massa Corporal	$30,42 \pm 3,30$	$28,10 \pm 4,31$

A **tabela 11** mostra-nos que relativamente, ao sexo masculino, na bateria de testes SFT de Rikli e Jones (1999; 2001), o grupo de praticantes apresenta melhores resultados em todos os testes, em relação ao grupo de não praticantes, à exceção do teste do IMC.

Podemos verificar através dos resultados do teste Levantar e Sentar na Cadeira, que o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma média de $16,67 \pm 5,75$ elevações, superior à do grupo de não praticantes masculinos, que obtiveram uma média de $11,75 \pm 4,52$ elevações.

Quanto ao teste Flexão do Antebraço, o grupo de praticantes masculino teve melhor desempenho, efetuando em média $18,89 \pm 3,48$ flexões, enquanto que o grupo de não praticantes masculinos realizou em média $13,08 \pm 4,12$ flexões.

Relativamente ao teste Sentado e Alcançar, o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma média superior ao grupo de não praticantes, embora com valores médios negativos ($-0,67 \pm 10,24$, e $-5,42 \pm 12,47$, respetivamente).

Em relação ao teste Alcançar Atrás das Costas, a média de $-13,67 \pm 12,67$, obtida pelo grupo de praticantes masculinos demonstra valores médios superiores em relação ao grupo de não praticantes masculinos ($-42,33 \pm 23,34$), embora ambos os valores médios sejam negativos.

No teste Sentado, Caminhar 2,44m e voltar a Sentar, o grupo de praticantes masculinos realizaram o teste com uma média de $5,23 \pm 1,16$ segundos. Enquanto, o grupo de não praticantes masculinos realizaram o teste com uma média de $7,85 \pm 2,10$ segundos.

Relativamente ao teste Andar 6 minutos, o grupo de praticantes masculinos obteve um resultado médio superior de $518,33 \pm 89,79$ metros, em relação ao grupo de não praticantes masculinos, que alcançaram uma média de $393,50 \pm 99,55$ metros.

Finalizando, no teste IMC, observamos que o grupo de praticantes masculinos obtiveram uma média de $30,42 \pm 3,30$ kg/m², enquanto o grupo de não praticantes masculinos apresentaram uma média de $28,10 \pm 4,31$ kg/m².

Tabela 12 - Média e DP dos resultados obtidos através do questionário MOS SF-36v2, para o sexo feminino.

Dimensões	Grupo de Praticantes Média ± DP	Grupo de Não Praticantes Média ± DP
Função Física	65,58 ± 22,33	54,06 ± 26,47
Desempenho Físico	55,77 ± 22,56	42,97 ± 29,30
Dor Corporal	43,77 ± 22,24	41,69 ± 18,15
Saúde Geral	48,46 ± 17,40	40,63 ± 17,67
Vitalidade	56,49 ± 18,91	40,63 ± 18,11
Função Social	64,42 ± 26,38	70,31 ± 24,53
Desempenho Emocional	53,85 ± 22,26	43,23 ± 22,41
Saúde Mental	56,73 ± 18,86	50,31 ± 21,09
Mudança em Saúde	57,69 ± 18,40	54,69 ± 22,76
Componente Física	53,39 ± 18,89	44,84 ± 19,15
Componente Mental	57,87 ± 16,87	51,12 ± 13,62

A **tabela 12** apresenta-nos os valores referentes ao sexo feminino, relativamente ao questionário MOS SF-36v2. À semelhança do sexo masculino, também aqui verificamos que o grupo de praticantes têm valores médios superiores nas várias dimensões, à exceção da dimensão Função Social.

Na Dimensão Função Física, o grupo de praticantes femininos obtiveram uma média de 65,58 ± 22,33, sendo este um resultado superior à média de 54,06 ± 26,47, obtida pelo grupo de não praticantes femininos.

Em relação à dimensão do Desempenho Físico, observamos que o grupo de praticantes femininos apresentou valores médios de 55,77 ± 22,56, enquanto o grupo de não praticantes femininos obtiveram uma pontuação média mais baixa (42,97 ± 29,30).

Quanto à dimensão Dor Corporal, a média de 43,77 ± 22,24, referente ao grupo de praticantes femininos foi superior à obtida pelo grupo de não praticantes (41,69 ± 18,15).

Relativamente à dimensão Saúde Geral, o grupo de praticantes femininos obtiveram um score médio de 48,46 ± 17,40, e o grupo de não praticantes femininos, com pior score, alcançaram uma média de 40,63 ± 17,67.

Os valores da dimensão da Vitalidade que, mostram-nos que o grupo de praticantes femininos obtiveram uma melhor pontuação média (56,49 ± 18,91), enquanto o grupo de não praticantes femininos obtiveram uma média de 40,63 ± 18,11.

No que concerne à dimensão da Função social, o grupo de não praticantes femininos alcançaram uma média superior em comparação com o grupo de

praticantes, sendo os valores médios de $70,31 \pm 24,53$, e de $64,42 \pm 26,38$, respetivamente.

Os dados da dimensão do Desempenho Emocional, o grupo de praticantes femininos tiveram um valor médio superior, de $53,85 \pm 22,26$, enquanto o grupo de não praticantes femininos obtiveram uma média de $43,23 \pm 22,41$.

Em relação à dimensão Saúde Mental, verificamos que o grupo de praticantes femininos apresentam uma média superior em relação ao grupo de não praticantes femininos, sendo que os valores médios foram de $56,73 \pm 18,86$, e de $50,31 \pm 21,09$, respetivamente.

No item Mudança em Saúde, os resultados mostram que o grupo de praticantes femininos alcançou melhor média ($57,69 \pm 18,40$), enquanto o grupo de não praticantes femininos uma média de $54,69 \pm 22,76$.

Com os dados da Componente Física, observamos o grupo de praticantes femininos alcançaram um valor médio superior ($53,39 \pm 18,89$) em comparação com o grupo de não praticantes femininos ($44,84 \pm 19,15$).

Por fim, no que diz respeito à Componente Mental, o grupo de praticantes femininos voltam a obter melhor pontuação média em relação ao grupo de não praticantes femininos, sendo que as médias obtidas de $57,87 \pm 16,87$, e de $51,12 \pm 13,62$, respetivamente.

Tabela 13 - Média e DP dos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, para o sexo feminino.

Testes	Grupo de Praticantes Média \pm DP	Grupo de Não Praticantes Média \pm DP
Levantar e Sentar na Cadeira	14,35 \pm 3,01	11,50 \pm 4,44
Flexão do Antebraço	17,54 \pm 3,10	12,75 \pm 3,64
Sentado e Alcançar	1,65 \pm 10,39	-1,87 \pm 11,00
Alcançar Atrás das Costas	-16,65 \pm 11,84	-27,69 \pm 17,04
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	6,50 \pm 1,65	11,22 \pm 7,20
Andar 6 minutos	475,88 \pm 58,30	347,19 \pm 135,84
Índice de Massa Corporal	30,44 \pm 5,60	29,32 \pm 3,67

Da análise à **tabela 13** verificamos que relativamente, ao sexo feminino, na bateria de testes SFT de Rikli e Jones (1999; 2001), o grupo de praticantes apresenta melhores resultados em todos os testes, exceto no teste do IMC.

No teste Levantar e Sentar na Cadeira, o grupo de praticantes femininos obtiveram uma média superior de $14,35 \pm 3,01$ elevações, em relação ao grupo de não praticantes femininos, que atingiram uma média de $11,50 \pm 4,44$ elevações.

Em relação ao teste Flexão do Antebraço, o grupo de praticantes femininos tiveram melhor desempenho, com uma média $17,54 \pm 3,10$ flexões, enquanto o grupo de não praticantes femininos efetuou em média $12,75 \pm 3,64$ flexões.

Relativamente ao teste Sentado e Alcançar, o grupo de praticantes femininos obtiveram uma média de $1,65 \pm 10,39$, enquanto o grupo de não praticantes femininos atingiram uma média de $-1,87 \pm 11,00$.

No teste Alcançar atrás das Costas, os valores mostram que o grupo de praticantes femininos obteve uma média superior de $-16,65 \pm 11,84$, em relação ao grupo de não praticantes femininos que alcançaram uma média de $-27,69 \pm 17,04$, embora ambos os valores sejam negativos.

No que concerne ao teste Sentado, Caminhar 2,44m e voltar a Sentar, verificámos que o grupo de praticantes femininos apresentaram uma média de $6,50 \pm 1,65$ segundos, enquanto no grupo de não praticantes femininos apresentaram uma média de $11,22 \pm 7,20$ segundos.

No teste Andar 6 minutos, o grupo de praticantes femininos realizaram uma melhor prova com uma média de $475,88 \pm 58,30$ metros, enquanto o grupo de não praticantes femininos obtiveram valores médios de $347,19 \pm 135,84$ metros.

Por fim, através da análise dos resultados do IMC, observamos que o grupo de praticantes femininos obtiveram uma média de $30,44 \pm 5,60$ kg/m², enquanto o grupo de não praticantes femininos obtiveram uma média de $29,32 \pm 3,67$ kg/m².

4.2 Análise inferencial

Após verificarmos, no ponto anterior, se existiu distribuição normal dos dados para cada variável da amostra, através da aplicação do teste à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* ($n \geq 30$). Neste ponto, como dividimos as variáveis da amostra por grupo de praticantes e por sexo, aplicamos o teste Shapiro-Wilk ($n < 30$) para testar a normalidade das variáveis da amostra por grupos, à exceção do grupo de praticantes ($n = 35$).

Caso se verificasse a distribuição normal dos dados ($\text{sig} > 0,05$), aplicávamos o Teste *T-Student* para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto nas dimensões do questionário MOS SF-36v2, como nos testes da bateria *SFT* de Rikli & Jones (1999; 2001). Caso não se verificasse a normalidade da distribuição dos dados ($\text{sig} \leq 0,05$), aplicávamos o teste não paramétrico de U de *Mann-Whitney*.

Para além do valor de significância, foi também calculado o tamanho do efeito com diferentes tamanhos de amostra, ajustando o cálculo do desvio-padrão combinado com pesos para os tamanhos de amostra. Este cálculo é também

conhecido por *d-Cohen*, pelas suas semelhanças, com a correção de um “erro sistemático” positivo no desvio-padrão combinado (Lenhard & Lenhard, 2022).

Segundo Cohen (1988), e como se pode verificar na **tabela 14**, seguem os valores de *d-Cohen* que devem ser utilizados como guia geral e os mesmos devem ser interpretados de acordo com o seu contexto de estudo (área de investigação, tipo de medida, população analisada, entre outras). O mesmo autor refere que o tamanho do efeito é essencial para avaliar a importância científica de um resultado.

Tabela 14 – Valores de Referência para *d-Cohen* (Cohen, 1988).

Valor de <i>d-Cohen</i>	Tamanho do Efeito	Interpretação
0,20	Pequeno	Diferença sutil, dificilmente perceptível na prática
0,50	Moderado	Diferença visível, efeito notável em termos práticos
0,80	Grande	Diferença clara e expressiva, com impacto substancial

Na **tabela 15** estão apresentados os valores validados por Cohen (1988), mais tarde Rosnow & Rosenthal (1996), acrescentou a classificação “muito grande”.

Segundo Hopkins et al. (2009), para avaliar a magnitude dos efeitos (*d-Cohen*), na área do Desporto, é frequente utilizar os seguintes intervalos de variação: 0-0,2, trivial; 0,21-0,6, pequeno; 0,61-1,2, moderado; 1,21-2,0 grande; >2,0, muito grande.

Tabela 15 – Valores de Interpretação dos Tamanhos do Efeito (Cohen, 1988, adaptado por Rosnow & Rosenthal, 1996).

Insignificante	Pequeno	Médio	Grande	Muito Grande
< 0,19	0,20 – 0,49	0,50 – 0,79	0,80 – 1,29	> 1,30

Neste sentido, apresentamos neste subcapítulo os dados obtidos através da análise inferencial de forma a verificar se as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (*p*), enquanto o *d-Cohen* fornece uma estimativa dessa diferença, expressa em desvios padrão. Permitindo assim, avaliar a magnitude real das diferenças encontradas, tendo como objetivo compreender o impacto da prática de AF sobre a percepção da QV, com base em dados quantitativos.

Tabela 16 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através do Questionário SF-36v2, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes.

Dimensões	Grupos	Média \pm DP	Normalidade Sig.	Comparação Médias Sig.	Effect Size d-Cohen
Função Física	Praticantes	70,86 \pm 22,21	0,053 (1)	0,004 (a) **	0,766
	Não Praticantes	52,68 \pm 25,48	0,452 (2)		
Desempenho Físico	Praticantes	59,46 \pm 24,32	0,200 (1)	0,002 (a) **	0,809
	Não Praticantes	39,51 \pm 25,12	0,175 (2)		
Dor Corporal	Praticantes	48,63 \pm 24,41	0,200 (1)	0,091 (b)	0,473
	Não Praticantes	38,50 \pm 16,89	0,009 (2) **		
Saúde Geral	Praticantes	51,43 \pm 18,41	0,200 (1)	0,037 (b) *	0,586
	Não Praticantes	40,46 \pm 19,13	0,046 (2) *		
Vitalidade	Praticantes	58,04 \pm 18,97	0,200 (1)	0,002 (b) **	0,886
	Não Praticantes	41,29 \pm 18,81	0,034 (2) *		
Função Social	Praticantes	69,64 \pm 25,05	0,000 (1) **	0,716 (b)	0,110
	Não Praticantes	72,32 \pm 23,41	0,014 (2) *		
Desempenho Emocional	Praticantes	58,33 \pm 25,08	0,062 (1)	0,009 (b) **	0,722
	Não Praticantes	42,26 \pm 18,13	0,010 (2) **		
Saúde Mental	Praticantes	60,14 \pm 19,72	0,200 (1)	0,461 (b)	0,318
	Não Praticantes	53,75 \pm 20,53	0,034 (2) *		
Mudança em Saúde	Praticantes	52,14 \pm 22,17	0,000 (1) **	0,110 (b)	0,406
	Não Praticantes	60,71 \pm 19,75	0,000 (2) **		
Componente Física	Praticantes	57,59 \pm 19,82	0,200 (1)	0,004 (a) **	0,766
	Não Praticantes	42,79 \pm 18,67	0,360 (2)		
Componente Mental	Praticantes	61,54 \pm 18,18	0,200 (1)	0,030 (a) *	0,562
	Não Praticantes	52,41 \pm 13,44	0,448 (2)		

NOTAS: 1) Kolmogorov-Smirnov; 2) Shapiro-Wilk; a) T-student; b) U Mann-Whitney; * sig \leq 0,05; ** sig \leq 0,01.

Na **tabela 16** podemos observar os resultados de comparação estatística entre o grupo de praticantes e não praticantes de AF, considerando diferentes dimensões do MOS SF-36v2.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos médios a grandes são observados nas dimensões:

- ✓ Função Física ($p = 0,004$; $d = 0,766$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado médio. Isto indica que o grupo de praticantes apresenta uma melhor capacidade funcional física no seu dia a dia;

- ✓ Desempenho Físico ($p = 0,002$; $d = 0,809$): com uma diferença estatisticamente muito significativa e um efeito grande, esta dimensão demonstra que o grupo de praticantes apresentam melhor desempenho em atividades físicas;
- ✓ Vitalidade ($p = 0,002$; $d = 0,886$): a diferença é estatisticamente muito significativa e o efeito é grande, indicando que o grupo de praticantes relatam sentir-se mais energéticos e menos fatigados;
- ✓ Desempenho Emocional ($p = 0,009$; $d = 0,722$): a diferença é estatisticamente muito significativa e com um efeito médio, esta dimensão sugere que o grupo de praticantes apresenta melhor estabilidade emocional ou maior capacidade para lidar com limitações emocionais no seu dia-a-dia;
- ✓ Componente Física ($p = 0,004$; $d = 0,766$): é um resultado coerente com a dimensão anterior, o que mostra uma diferença estatisticamente muito significativa e com efeito médio, reforçando os benefícios físicos da atividade regular.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas e efeitos médios observados nas dimensões:

- ✓ Saúde Geral ($p = 0,037$; $d = 0,586$): a diferença é estatisticamente significativa com um efeito médio, revelando que o grupo de praticantes percebem a sua saúde global de forma mais positiva;
- ✓ Componente Mental ($p = 0,030$; $d = 0,562$): a diferença é estatisticamente significativa, com um efeito médio, o que indica que os praticantes tendem a apresentar maior bem-estar psicológico.

Por outro lado, observam-se ainda, diferenças estatisticamente não significativas, mas com efeito pequeno, nas dimensões:

- ✓ Dor Corporal ($p = 0,091$; $d = 0,473$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode sugerir uma tendência de menor dor corporal quanto ao grupo de praticantes, possivelmente não significativa devido ao tamanho da amostra;
- ✓ Mudança em Saúde ($p = 0,110$; $d = 0,406$): a diferença não é estatisticamente significativa, mas apresenta um efeito pequeno, o que pode indicar que o grupo de praticantes podem perceber melhor a evolução da sua saúde ao longo do tempo, embora de forma não conclusiva;
- ✓ Saúde Mental ($p = 0,461$; $d = 0,318$): apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, observa-se um efeito pequeno, o que sugere que os praticantes podem apresentar melhor saúde mental, mas esta diferença não é forte o suficiente para ser estatisticamente confirmada.

Existe uma dimensão sem diferenças estatisticamente significativas nem práticas, a Função Social ($p = 0,716$; $d = 0,110$). Aqui o efeito é considerado

insignificante, indicando que a prática de AF não influencia significativamente o envolvimento social do grupo de praticantes neste estudo.

Os resultados evidenciam que a prática de AF está associada a melhores percepções de saúde física, vitalidade e bem-estar emocional, com diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos moderados a grandes em várias dimensões. Isto reforça a importância da AF regular como fator promotor da QV, especialmente em aspectos físicos e emocionais. Dimensões como função social podem depender de outros fatores contextuais, e por isso não apresentaram diferenças estatisticamente significativas neste estudo.

Tabela 17 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes.

Testes	Grupos	Média \pm DP	Normalidade Sig.	Comparação Médias Sig.	Effect Size d-Cohen
Levantar e Sentar na Cadeira	Praticantes	14,94 \pm 3,93	0,016 (1) *	0,002 (b) **	0,804
	Não Praticantes	11,61 \pm 4,39	0,247 (2)		
Flexão do Antebraço	Praticantes	17,89 \pm 3,21	0,068 (1)	0,000 (a) **	1,433
	Não Praticantes	12,89 \pm 3,81	0,632 (2)		
Sentado e Alcançar	Praticantes	1,06 \pm 10,25	0,200 (1)	0,111 (a)	0,410
	Não Praticantes	-3,39 \pm 11,56	0,079 (2)		
Alcançar Atrás das Costas	Praticantes	-15,89 \pm 11,94	0,088 (1)	0,000 (a) **	1,093
	Não Praticantes	-33,96 \pm 20,92	0,400 (2)		
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Praticantes	6,17 \pm 1,62	0,085 (1)	0,000 (b) **	0,896
	Não Praticantes	9,78 \pm 5,78	0,000 (2) **		
Andar 6 minutos	Praticantes	486,80 \pm 68,93	0,200 (1)	0,000 (b) **	1,248
	Não Praticantes	367,04 \pm 121,80	0,042 (2) *		
Índice de Massa Corporal	Praticantes	30,44 \pm 5,06	0,200 (1)	0,165 (a)	0,357
	Não Praticantes	28,80 \pm 3,93	0,070 (2)		

NOTAS: 1) Kolmogorov-Smirnov; 2) Shapiro-Wilk; a) T-student; b) U Mann-Whitney; * sig \leq 0,05; ** sig \leq 0,01.

Na **tabela 17** podemos observar os resultados de comparação estatística entre o grupo de praticantes e não praticantes de AF, considerando diferentes testes da SFT.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos grandes a muito grandes são observados nos testes:

- ✓ Levantar e Sentar na Cadeira ($p = 0,002$; $d = 0,804$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado grande. Isto indica que o grupo de praticantes apresentam uma maior força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Flexão do Antebraço ($p = 0,000$; $d = 1,433$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado muito grande. Este resultado demonstra que o grupo de praticantes apresentam uma maior força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Alcançar Atrás das Costas ($p = 0,000$; $d = 1,093$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado grande, revelando que o grupo de praticantes apresentam uma melhor flexibilidade superior;
- ✓ Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar ($p = 0,000$; $d = 0,896$): a diferença é estatisticamente muito significativa e o efeito é considerado grande, indicando que o grupo de praticantes apresentam uma melhor velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico;
- ✓ Andar 6 minutos ($p = 0,000$; $d = 1,248$): a diferença é estatisticamente muito significativa e com um efeito grande, este teste sugere que o grupo de praticantes apresenta uma melhor resistência cardiovascular.

Por outro lado, observam-se ainda, diferenças estatisticamente não significativas, mas com efeito pequeno, nos testes:

- ✓ Sentado e Alcançar ($p = 0,111$; $d = 0,410$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode indicar que o grupo de praticantes podem apresentar uma melhor flexibilidade inferior, embora de forma não conclusiva;
- ✓ Índice de Massa Corporal ($p = 0,165$; $d = 0,357$): a diferença não foi estatisticamente significativa, mas apresenta um efeito pequeno, o que pode indicar que o grupo de praticantes podem apresentar uma melhor composição corporal, embora de forma não conclusiva.

Os resultados evidenciam que a prática de AF está associada a uma melhor aptidão funcional - na força e resistência dos membros inferiores e superiores, na flexibilidade superior, na velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, e na resistência cardiovascular, - com diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos grandes em vários testes. Isto reforça a importância da AF regular como fator promotor de uma melhor aptidão funcional. Variáveis como a flexibilidade inferior e a composição corporal, podem depender de outros fatores contextuais, e por isso não apresentaram diferenças estatisticamente significativas neste estudo.

Tabela 18 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através do Questionário SF-36v2, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo masculino.

Dimensões	Grupos	Média \pm DP	Shapiro-Wilk Sig.	Comparação Médias Sig.	Effect Size d-Cohen
Função Física	Praticantes	86,11 \pm 13,64	0,089	0,007 (b) **	1,675
	Não Praticantes	50,83 \pm 25,12	0,046 *		
Desempenho Físico	Praticantes	70,14 \pm 27,38	0,343	0,002 (a) **	1,559
	Não Praticantes	34,90 \pm 18,36	0,464		
Dor Corporal	Praticantes	62,67 \pm 26,24	0,482	0,012 (b) *	1,394
	Não Praticantes	34,25 \pm 14,72	0,012 *		
Saúde Geral	Praticantes	60,00 \pm 19,59	0,979	0,045 (a) *	0,947
	Não Praticantes	40,25 \pm 21,74	0,316		
Vitalidade	Praticantes	62,50 \pm 19,52	0,814	0,033 (a) *	1,011
	Não Praticantes	42,19 \pm 20,49	0,300		
Função Social	Praticantes	84,72 \pm 12,15	0,002 **	0,431 (b)	0,514
	Não Praticantes	75,00 \pm 22,61	0,061		
Desempenho Emocional	Praticantes	71,30 \pm 29,50	0,075	0,015 (a) *	1,453
	Não Praticantes	40,97 \pm 10,93	0,243		
Saúde Mental	Praticantes	70,00 \pm 19,84	0,857	0,196 (a)	0,591
	Não Praticantes	58,33 \pm 19,69	0,655		
Mudança em Saúde	Praticantes	36,11 \pm 25,34	0,208	0,002 (b) **	1,759
	Não Praticantes	68,75 \pm 11,31	0,000 **		
Componente Física	Praticantes	69,73 \pm 18,18	0,130	0,002 (a) **	1,617
	Não Praticantes	40,06 \pm 18,48	0,282		
Componente Mental	Praticantes	72,13 \pm 18,61	0,712	0,019 (a) *	1,133
	Não Praticantes	54,12 \pm 13,58	0,354		

NOTAS: a) *T*-student; b) *U* Mann-Whitney; *sig \leq 0,05; **sig \leq 0,01.

Na **tabela 18** podemos observar os resultados de comparação estatística entre o grupo de praticantes e não praticantes de AF, no sexo masculino, considerando diferentes dimensões do MOS SF-36v2.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente muito significativas, para além de efeitos muito grandes são observados nas dimensões:

- ✓ Função Física ($p = 0,007$; $d = 1,675$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito muito grande. Isto indica que o grupo de praticantes masculinos apresentam uma melhor capacidade funcional física no seu dia a dia;

- ✓ Desempenho Físico ($p = 0,002$; $d = 1,559$): com uma diferença estatisticamente muito significativa e um efeito muito grande, esta dimensão demonstra que o grupo de praticantes masculinos apresentam melhor desempenho em atividades físicas;
- ✓ Mudança em Saúde ($p = 0,002$; $d = 1,759$): a diferença é estatisticamente muito significativa e com um efeito muito grande, o que indica que o grupo de praticantes masculinos percebem melhor a evolução da sua saúde ao longo do tempo;
- ✓ Componente Física ($p = 0,002$; $d = 1,617$): é um resultado coerente com as dimensões anteriores, o que mostra uma diferença estatisticamente muito significativa e com efeito muito grande, reforçando os benefícios físicos da atividade regular em praticantes do sexo masculino.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas e efeitos médios a muito grandes observados nas dimensões:

- ✓ Dor Corporal ($p = 0,012$; $d = 1,394$): com uma diferença estatisticamente significativa e um efeito muito grande, sugere assim menor dor corporal quanto ao grupo de praticantes masculinos;
- ✓ Saúde Geral ($p = 0,045$; $d = 0,947$): a diferença é estatisticamente significativa com um efeito grande, revelando que o grupo de praticantes masculinos percebem a sua saúde global de forma mais positiva;
- ✓ Vitalidade ($p = 0,033$; $d = 1,011$): a diferença é estatisticamente significativa e o efeito é grande, indicando que o grupo de praticantes masculinos relatam sentir-se mais energéticos e menos fatigados;
- ✓ Desempenho Emocional ($p = 0,015$; $d = 1,453$): a diferença é estatisticamente significativa e com um efeito muito grande, esta dimensão sugere que o grupo de praticantes masculinos apresentam melhor estabilidade emocional ou maior capacidade para lidar com limitações emocionais no seu dia-a-dia;
- ✓ Componente Mental ($p = 0,019$; $d = 1,133$): a diferença é estatisticamente significativa, com um efeito grande, o que indica que o grupo de praticantes masculinos tendem a apresentar maior bem-estar psicológico.

Por outro lado, observam-se ainda, diferenças estatisticamente não significativas, mas com efeito pequeno, nas dimensões:

- ✓ Função Social ($p = 0,431$; $d = 0,514$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é médio, ou seja, tem um efeito notável em termos práticos, o que pode sugerir uma tendência de que a prática de AF pode influenciar o envolvimento social do grupo de praticantes masculinos;
- ✓ Saúde Mental ($p = 0,196$; $d = 0,591$): apesar da ausência de diferenças estatisticamente significativas, observa-se um efeito médio, ou seja, tem um

efeito notável em termos práticos, o que sugere que o grupo de praticantes masculinos podem apresentar melhor saúde mental.

Os resultados evidenciam que a prática de AF, no sexo masculino, está associada a melhores percepções de saúde física e saúde geral, com diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos muito grandes em várias dimensões. Isto reforça a importância da AF regular como fator promotor da QV, especialmente em aspectos físicos e emocionais, para além da saúde geral. Dimensões como função social ou saúde mental podem depender de outros fatores contextuais, e por isso não apresentaram diferenças estatisticamente significativas neste estudo.

Tabela 19 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo masculino.

Testes	Grupos	Média \pm DP	Shapiro-Wilk Sig.	Comparação Médias Sig.	Effect Size d-Cohen
Levantar e Sentar na Cadeira	Praticantes	16,67 \pm 5,75	0,358	0,042 (b) *	0,970
	Não Praticantes	11,75 \pm 4,52	0,016 *		
Flexão do Antebraço	Praticantes	18,89 \pm 3,48	0,026 *	0,003 (b) **	1,504
	Não Praticantes	13,08 \pm 4,12	0,173		
Sentado e Alcançar	Praticantes	-0,67 \pm 10,24	0,561	0,364 (a)	0,410
	Não Praticantes	-5,42 \pm 12,47	0,393		
Alcançar Atrás das Costas	Praticantes	-13,67 \pm 12,67	0,033 *	0,006 (b) **	1,465
	Não Praticantes	-42,33 \pm 23,34	0,712		
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Praticantes	5,23 \pm 1,16	0,931	0,003 (a) **	1,483
	Não Praticantes	7,85 \pm 2,10	0,816		
Andar 6 minutos	Praticantes	518,33 \pm 89,79	0,260	0,013 (b) *	1,306
	Não Praticantes	393,50 \pm 99,55	0,048 *		
Índice de Massa Corporal	Praticantes	30,42 \pm 3,30	0,676	0,196 (a)	0,592
	Não Praticantes	28,10 \pm 4,31	0,066		

NOTAS: a) T-student; b) U Mann-Whitney; *sig \leq 0,05; **sig \leq 0,01.

Na **tabela 19** podemos observar os resultados de comparação estatística entre o grupo de praticantes e não praticantes de AF, no sexo masculino, considerando diferentes testes da *SFT*.

Os resultados apontam para diferenças, estatisticamente muito significativas e efeitos muito grandes são observados nos testes:

- ✓ Flexão do Antebraço ($p = 0,003$; $d = 1,504$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado muito grande. Este resultado demonstra que o grupo de praticantes masculinos apresentam uma maior força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Alcançar Atrás das Costas ($p = 0,006$; $d = 1,465$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado muito grande, revelando que o grupo de praticantes masculinos apresentam uma melhor flexibilidade superior;
- ✓ Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar ($p = 0,003$; $d = 1,483$): a diferença é estatisticamente muito significativa e o efeito é considerado muito grande, indicando que o grupo de praticantes masculinos apresentam uma melhor velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas e efeitos grandes a muito grandes observados nas dimensões:

- ✓ Levantar e Sentar na Cadeira ($p = 0,042$; $d = 0,970$): a diferença é estatisticamente significativa e com um efeito grande, isto indica que o grupo de praticantes masculinos apresentam uma maior força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Andar 6 minutos ($p = 0,013$; $d = 1,306$): a diferença é estatisticamente significativa e com um efeito muito grande, este teste sugere que o grupo de praticantes masculinos apresentam uma melhor resistência cardiovascular.

Por outro lado, observam-se ainda, diferenças estatisticamente não significativas, mas com efeito pequeno, nos testes:

- ✓ Sentado e Alcançar ($p = 0,364$; $d = 0,410$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode indicar que o grupo de praticantes masculinos podem apresentar uma melhor flexibilidade inferior, embora de forma não conclusiva;
- ✓ Índice de Massa Corporal ($p = 0,196$; $d = 0,592$): a diferença não foi estatisticamente significativa, mas apresenta um efeito médio, ou seja, tem um efeito notável em termos práticos, o que sugere que o grupo de praticantes masculinos podem apresentar uma melhor composição corporal.

Os resultados evidenciam que a prática de AF, no sexo masculino, está associada a uma melhor aptidão funcional - na força e resistência dos membros superiores e na flexibilidade superior, na velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, - com diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos muito grandes em vários testes. Isto reforça a importância da AF regular, no sexo masculino, como fator promotor de uma melhor aptidão funcional. Variáveis como a flexibilidade inferior e a composição corporal, podem depender de outros fatores contextuais, e por isso não apresentaram diferenças estatisticamente significativas neste estudo.

Tabela 20 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através do Questionário SF-36v2, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo feminino.

Dimensões	Grupos	Média \pm DP	Shapiro-Wilk Sig.	Comparação Médias Sig.	Effect Size d-Cohen
Função Física	Praticantes	65,58 \pm 22,33	0,124	0,138 (a)	0,481
	Não Praticantes	54,06 \pm 26,47	0,811		
Desempenho Físico	Praticantes	55,77 \pm 22,56	0,470	0,119 (a)	0,506
	Não Praticantes	42,97 \pm 29,30	0,379		
Dor Corporal	Praticantes	43,77 \pm 22,24	0,582	0,754 (a)	0,100
	Não Praticantes	41,69 \pm 18,15	0,061		
Saúde Geral	Praticantes	48,46 \pm 17,40	0,318	0,167 (a)	0,447
	Não Praticantes	40,63 \pm 17,67	0,110		
Vitalidade	Praticantes	56,49 \pm 18,91	0,585	0,011 (a) *	0,852
	Não Praticantes	40,63 \pm 18,11	0,216		
Função Social	Praticantes	64,42 \pm 26,38	0,030 *	0,507 (b)	0,229
	Não Praticantes	70,31 \pm 24,53	0,108		
Desempenho Emocional	Praticantes	53,85 \pm 22,26	0,037 *	0,113 (b)	0,476
	Não Praticantes	43,23 \pm 22,41	0,033 *		
Saúde Mental	Praticantes	56,73 \pm 18,86	0,581	0,648 (b)	0,325
	Não Praticantes	50,31 \pm 21,09	0,030*		
Mudança em Saúde	Praticantes	57,69 \pm 18,40	0,001 **	0,636 (b)	0,149
	Não Praticantes	54,69 \pm 22,76	0,041 *		
Componente Física	Praticantes	53,39 \pm 18,89	0,799	0,164 (a)	0,450
	Não Praticantes	44,84 \pm 19,15	0,897		
Componente Mental	Praticantes	57,87 \pm 16,87	0,814	0,184 (a)	0,429
	Não Praticantes	51,12 \pm 13,62	0,345		

NOTAS: a) T-student; b) U Mann-Whitney; *sig \leq 0,05; **sig \leq 0,01.

Na **tabela 20** podemos observar os resultados de comparação estatística entre o grupo de praticantes e não praticantes de AF, no sexo feminino, considerando diferentes dimensões do MOS SF-36v2.

Existe, apenas, uma dimensão com diferenças estatisticamente significativas – a Vitalidade ($p = 0,011$; $d = 0,852$, - como um tamanho de efeito considerado grande, indicando que o grupo de praticantes femininos relatam sentir-se mais energéticos e menos fatigados.

Por outro lado, os resultados apontam para diferenças não significativas, mas com efeito pequeno, nas dimensões:

- ✓ Função Física ($p = 0,138$; $d = 0,481$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode sugerir uma tendência de que grupo de praticantes femininos podem apresentar uma melhor capacidade funcional física no seu dia a dia, possivelmente não tão expressiva devido ao tamanho da amostra;
- ✓ Desempenho Físico ($p = 0,119$; $d = 0,506$): apesar da ausência de significância estatística, observa-se um efeito médio, ou seja, tem um efeito notável em termos práticos, o que sugere que o grupo de praticantes femininos podem apresentar melhor desempenho em atividades físicas;
- ✓ Saúde Geral ($p = 0,167$; $d = 0,447$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode sugerir uma tendência de que grupo de praticantes femininos percebem a sua saúde global de forma mais positiva. No entanto esta diferença não é visível o suficiente para ser estatisticamente confirmada;
- ✓ Função Social ($p = 0,507$; $d = 0,229$): para além da diferença não ser estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode sugerir uma tendência de que a prática de AF pode influenciar o envolvimento social do grupo de praticantes femininos, possivelmente não tão expressiva devido ao tamanho da amostra;
- ✓ Desempenho Emocional ($p = 0,113$; $d = 0,476$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode sugerir uma tendência que o grupo de praticantes femininos podem apresentam melhor estabilidade emocional ou maior capacidade para lidar com limitações emocionais no seu dia-a-dia. No entanto esta diferença não é visível o suficiente para ser estatisticamente confirmada;
- ✓ Saúde Mental ($p = 0,648$; $d = 0,326$): apesar da ausência de significância estatística, observa-se um efeito pequeno, o que sugere que o grupo de praticantes femininos podem apresentar melhor saúde mental, mas esta diferença não é visível o suficiente para ser estatisticamente confirmada;
- ✓ Componente Física ($p = 0,164$; $d = 0,450$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode sugerir uma tendência de que a prática de AF pode influenciar os benefícios físicos do grupo de praticantes femininos, possivelmente não tão expressiva devido ao tamanho da amostra;
- ✓ Componente Mental ($p = 0,184$; $d = 0,429$): apesar da ausência de significância estatística, observa-se um efeito pequeno, o que sugere que o grupo de praticantes femininos tendem a apresentar maior bem-estar psicológico. No entanto, esta diferença não é visível o suficiente para ser estatisticamente confirmada.

Por fim, existem resultados que apontam para diferenças não significativas, nem com efeitos práticos, nas dimensões:

- ✓ Dor Corporal ($p = 0,754$; $d = 0,100$): esta dimensão não apresenta diferenças significativas, nem efeitos práticos, ou seja, a prática de AF não influencia significativamente a menor dor corporal quanto ao grupo de praticantes femininos.
- ✓ Mudança em Saúde ($p = 0,636$; $d = 0,149$): esta dimensão não apresenta diferenças significativas, nem efeitos práticos, ou seja, a prática de AF não influencia significativamente uma melhor percepção de evolução da saúde ao longo do tempo, quanto ao grupo de praticantes femininos.

Os resultados evidenciam que a prática de AF, no sexo feminino, está associada a uma melhor percepção da vitalidade, ou seja, a prática de AF regular deixa-nos mais energéticos e menos fatigados. Dimensões como dor corporal, função social ou mudança em saúde podem depender de outros fatores contextuais, e por isso não apresentaram diferenças estatisticamente significativas neste estudo.

Tabela 21 - Valores de α e D-Cohen relativos aos resultados obtidos através da bateria de testes SFT, comparação entre grupo de praticantes e não praticantes no sexo feminino.

Testes	Grupos	Média \pm DP	Shapiro-Wilk Sig.	Comparação Médias Sig.	Effect Size d-Cohen
Levantar e Sentar na Cadeira	Praticantes	14,35 \pm 3,01	0,371	0,017 (a) *	0,789
	Não Praticantes	11,50 \pm 4,44	0,902		
Flexão do Antebraço	Praticantes	17,54 \pm 3,10	0,413	0,000 (a) **	1,446
	Não Praticantes	12,75 \pm 3,64	0,458		
Sentado e Alcançar	Praticantes	1,65 \pm 10,39	0,263	0,302 (a)	0,331
	Não Praticantes	-1,87 \pm 11,00	0,190		
Alcançar Atrás das Costas	Praticantes	-16,65 \pm 11,84	0,806	0,032 (a) *	0,788
	Não Praticantes	-27,69 \pm 17,04	0,115		
Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Praticantes	6,50 \pm 1,65	0,052	0,001 (b) **	1,027
	Não Praticantes	11,22 \pm 7,20	0,000 **		
Andar 6 minutos	Praticantes	475,88 \pm 58,30	0,564	0,002 (a) **	1,353
	Não Praticantes	347,19 \pm 135,84	0,265		
Índice de Massa Corporal	Praticantes	30,44 \pm 5,60	0,827	0,482 (a)	0,226
	Não Praticantes	29,32 \pm 3,67	0,708		

NOTAS: a) *T-student*; b) *U Mann-Whitney*; **sig* \leq 0,05; ***sig* \leq 0,01.

Na **tabela 21** podemos observar os resultados de comparação estatística entre o grupo de praticantes e não praticantes de AF, no sexo feminino, considerando diferentes testes da *SFT*.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos grandes a muito grandes, são observados nos testes:

- ✓ Flexão do Antebraço ($p = 0,000$; $d = 1,446$): a diferença é estatisticamente muito significativa, com um tamanho de efeito considerado muito grande. Este resultado demonstra que o grupo de praticantes femininos apresentam uma maior força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar ($p = 0,001$; $d = 1,027$): a diferença é estatisticamente muito significativa e o efeito é considerado grande, indicando que o grupo de praticantes femininos apresentam uma melhor velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico;
- ✓ Andar 6 minutos ($p = 0,002$ $d = 1,353$): a diferença é estatisticamente muito significativa e com um efeito muito grande, este teste sugere que o grupo de praticantes femininos apresentam uma melhor resistência cardiovascular.

Os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas e efeitos médios a grandes, são observados nos testes:

- ✓ Levantar e Sentar na Cadeira ($p = 0,017$; $d = 0,789$): a diferença é estatisticamente significativa, com um tamanho de efeito médio grande, ou seja, com efeito notável em termos práticos quase com impacto substancial. Isto indica que o grupo de praticantes femininos apresentam uma maior força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Alcançar Atrás das Costas ($p = 0,032$; $d = 0,788$): a diferença é estatisticamente significativa, com um tamanho de efeito médio grande, ou seja, com efeito notável em termos práticos quase com impacto substancial. Revelando assim, que o grupo de praticantes femininos apresentam uma melhor flexibilidade superior.

Por outro lado, observam-se ainda, diferenças estatisticamente não significativas, mas com efeito pequeno, nas dimensões:

- ✓ Sentado e Alcançar ($p = 0,302$; $d = 0,331$): embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o efeito observado é pequeno, o que pode indicar que o grupo de praticantes femininos podem apresentar uma melhor flexibilidade inferior, embora de forma não conclusiva;
- ✓ Índice de Massa Corporal ($p = 0,482$; $d = 0,226$): a diferença não foi estatisticamente significativa, e o efeito apresentado é pequeno, o que pode indicar que o grupo de praticantes femininos podem apresentar uma melhor composição corporal, possivelmente não tão expressiva devido ao tamanho da amostra.

Tal como observamos no sexo masculino, os resultados evidenciam que a prática de AF, no sexo feminino, está associada a uma melhor aptidão funcional - na força e resistência dos membros superiores, na velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, e na resistência cardiovascular, - com diferenças estatisticamente muito significativas e efeitos grandes a muito grandes em vários testes. Isto reforça a importância da AF regular, no sexo feminino, como fator promotor de uma melhor aptidão funcional. Variáveis como a flexibilidade inferior e a composição corporal, podem depender de outros fatores contextuais, e por isso não apresentaram diferenças estatisticamente significativas neste estudo.

4.3 Análise de correlações

Como já referimos anteriormente neste estudo, um dos nossos objetivos passa por saber, se a existir diferenças estatisticamente significativas na percepção da QV, estas se relacionam com o nível funcional dos idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de AF. Para alcançar este objetivo estabelecemos correlações entre a percepção da QV com as variáveis do nível funcional, apresentando neste subcapítulo os resultados.

Neste sentido, sabe-se que a correlação pretende verificar a influência de uma determinada variável em outra (Martinho, 2017).

Dessa forma vamos verificar se existe correlação entre as variáveis estudadas. Para tal usámos o coeficiente de correlação de *Pearson* nas variáveis, que possuem uma distribuição normal. Por outro lado, utilizámos o coeficiente de correlação de *Spearman*, sempre que as variáveis não seguem uma distribuição normal e todas as suas relações são não lineares.

Tabela 22 – Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de praticantes.

	Levantar e Sentar na Cadeira	Flexão do Antebraço	Sentado e Alcançar	Alcançar Atrás das Costas	Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Andar 6 minutos	IMC
Componente Física	0,511 (b) **	0,444 (a) **	0,246 (a)	0,242 (a)	- 0,320 (b)	0,516 (b) **	- 0,117 (a)
Componente Mental	0,450 (b) **	0,527 (a) **	0,308 (a)	0,209 (a)	- 0,267 (b)	0,493 (b) **	- 0,208 (a)
Total SF-36	0,492 (b) **	0,500 (a) **	0,285 (a)	0,234 (a)	- 0,300 (b)	0,509 (b) **	- 0,166 (a)

NOTAS: a) *Pearson*; b) *Spearman*; *correlação de significância no nível 0,05; **correlação de significância no nível 0,01.

Na **tabela 22**, apresentamos as correlações entre as variáveis da funcionalidade com as componentes de QV e do seu total, em relação ao grupo de praticantes.

A Componente Física do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Andar 6 minutos, que avalia a resistência cardiovascular;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e o IMC).

A Componente Mental do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p \leq 0,01$), com o teste Andar 6 minutos, que avalia a resistência cardiovascular;

- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e o IMC).

O valor Total SF-36 apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Andar 6 minutos, que avalia a resistência cardiovascular;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e o IMC).

Tabela 23 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de não praticantes.

	Levantar e Sentar na Cadeira	Flexão do Antebraço	Sentado e Alcançar	Alcançar Atrás das Costas	Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Andar 6 minutos	IMC
Componente Física	0,322 (b)	0,248 (a)	- 0,056 (a)	0,267 (a)	- 0,484 (b) **	0,373 (b)	- 0,151 (a)
Componente Mental	0,104 (b)	0,083 (a)	- 0,153 (a)	0,129 (a)	- 0,292 (b)	0,269 (b)	- 0,268 (a)
Total SF-36	0,277 (b)	0,191 (a)	- 0,103 (a)	0,224 (a)	- 0,458 (b) *	0,373 (b)	- 0,215 (a)

NOTAS: a) *Pearson*; b) *Spearman*; *correlação de significância no nível 0,05; **correlação de significância no nível 0,01.

Na **tabela 23**, apresentamos as correlações entre as variáveis da funcionalidade com as componentes de QV e do seu total, em relação ao grupo de não praticantes.

A Componente Física do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada negativa estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, que avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico;

- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Levantar e Sentar na Cadeira, Flexão do Antebraço, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Andar 6 minutos e o IMC).

A Componente Mental do questionário de QV não apresenta nenhuma correlação estatisticamente significativa com as variáveis do nível funcional.

O valor Total SF-36 apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada negativa estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, que avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Levantar e Sentar na Cadeira, Flexão do Antebraço, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Andar 6 minutos, e o IMC).

Tabela 24 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de praticantes, quanto ao sexo masculino.

	Levantar e Sentar na Cadeira	Flexão do Antebraço	Sentado e Alcançar	Alcançar Atrás das Costas	Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Andar 6 minutos	IMC
Componente Física	0,285 (b)	0,664 (b)	0,666 (a)	0,390 (b)	- 0,478 (a)	0,724 (b) *	- 0,014 (a)
Componente Mental	0,418 (b)	0,843 (b) **	0,651 (a)	0,373 (b)	- 0,621 (a)	0,860 (b) **	- 0,127 (a)
Total SF-36	0,418 (b)	0,843 (a) **	0,672 (a) *	0,373 (b)	- 0,561 (a)	0,860 (b) **	- 0,073 (a)

NOTAS: a) *Pearson*; b) *Spearman*; *correlação de significância no nível 0,05; **correlação de significância no nível 0,01.

Na **tabela 24**, apresentamos as correlações entre as variáveis da funcionalidade com as componentes de QV e do seu total, em relação ao grupo de praticantes do sexo masculino.

A Componente Física do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação forte positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Andar 6 minutos, que avalia a resistência cardiovascular;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Levantar e Sentar na Cadeira, Flexão do

Antebraço, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e o IMC).

A Componente Mental do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação muito forte positiva, estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Uma correlação muito forte positiva, estatisticamente muito significativa ($p \leq 0,01$), com o teste Andar 6 minutos, que avalia a resistência cardiovascular;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Levantar e Sentar na Cadeira, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e o IMC).

O valor Total SF-36 apresenta:

- ✓ Uma correlação muito forte positiva, estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Uma correlação muito forte positiva, estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Andar 6 minutos, que avalia a resistência cardiovascular;
- ✓ Uma correlação forte positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Sentado e Alcançar, que avalia a flexibilidade inferior;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Levantar e Sentar na Cadeira, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e o IMC).

Tabela 25 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de não praticantes, quanto ao sexo masculino.

	Levantar e Sentar na Cadeira	Flexão do Antebraço	Sentado e Alcançar	Alcançar Atrás das Costas	Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Andar 6 minutos	IMC
Componente Física	- 0,168 (b)	0,007 (b)	- 0,352 (a)	- 0,067 (b)	- 0,325 (a)	0,498 (b)	- 0,388 (a)
Componente Mental	- 0,419 (b)	- 0,102 (b)	- 0,146 (a)	0,116 (b)	0,155 (a)	0,456 (b)	- 0,644 (a) *
Total SF-36	- 0,322 (b)	- 0,063 (b)	- 0,279 (a)	0,007 (b)	- 0,128 (a)	0,523 (b)	- 0,523 (a)

NOTAS: a) *Pearson*; b) *Spearman*; *correlação de significância no nível 0,05; **correlação de significância no nível 0,01.

Na **tabela 25**, apresentamos as correlações entre as variáveis da funcionalidade com as componentes de QV e do seu total, em relação ao grupo de não praticantes do sexo masculino.

A Componente Física do questionário de QV não apresenta nenhuma correlação estatisticamente significativa com as variáveis do nível funcional.

A Componente Mental do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação forte negativa estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste IMC, que avalia a composição corporal;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Levantar e Sentar na Cadeira, Flexão do Antebraço, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, e Andar 6 minutos).

O valor Total SF-36 não apresenta nenhuma correlação estatisticamente significativa com as variáveis do nível funcional.

Tabela 26 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de praticantes, quanto ao sexo feminino.

	Levantar e Sentar na Cadeira	Flexão do Antebraço	Sentado e Alcançar	Alcançar Atrás das Costas	Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Andar 6 minutos	IMC
Componente Física	0,542 (a) **	0,324 (a)	0,196 (a)	0,161 (a)	- 0,142 (b)	0,299 (a)	- 0,147 (a)
Componente Mental	0,371 (a)	0,375 (a)	0,270 (a)	0,113 (a)	0,036 (b)	0,205 (a)	- 0,248 (a)
Total SF-36	0,482 (a) *	0,364 (a)	0,241 (a)	0,145 (a)	- 0,079 (b)	0,266 (a)	- 0,204 (a)

NOTAS: a) *Pearson*; b) *Spearman*; *correlação de significância no nível 0,05; **correlação de significância no nível 0,01.

Na **tabela 26**, apresentamos as correlações entre as variáveis da funcionalidade com as componentes de QV e do seu total, em relação ao grupo de praticantes do sexo feminino.

A Componente Mental do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;

- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Flexão do Antebraço, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, Andar 6 minutos, e o IMC).

A Componente Mental do questionário de QV não apresenta nenhuma correlação estatisticamente significativa com as variáveis do nível funcional.

O valor Total SF-36 apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Flexão do Antebraço, Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, Andar 6 minutos, e o IMC).

Tabela 27 - Correlação bivariada entre as variáveis da funcionalidade e as componentes do questionário de QV e seu total no grupo de não praticantes, quanto ao sexo feminino.

	Levantar e Sentar na Cadeira	Flexão do Antebraço	Sentado e Alcançar	Alcançar Atrás das Costas	Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar	Andar 6 minutos	IMC
Componente Física	0,646 (a) **	0,550 (a) *	0,143 (a)	0,516 (a) *	- 0,726 (b) **	0,481 (a)	0,000 (a)
Componente Mental	0,546 (a) *	0,515 (a) *	- 0,132 (a)	0,390 (a)	- 0,456 (b)	0,255 (a)	0,078 (a)
Total SF-36	0,647 (a) **	0,573 (a) *	0,031 (a)	0,496 (a)	- 0,674 (b) **	0,414 (a)	0,035 (a)

NOTAS: a) *Pearson*; b) *Spearman*; *correlação de significância no nível 0,05; **correlação de significância no nível 0,01.

Na **tabela 27**, apresentamos as correlações entre as variáveis da funcionalidade com as componentes de QV e do seu total, em relação ao grupo de não praticantes do sexo feminino.

A Componente Física do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação forte positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Uma correlação forte negativa estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, que avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico;

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Alcançar Atrás das Costas, que avalia a flexibilidade superior;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Sentado e Alcançar, Andar 6 minutos, e o IMC).

A Componente Mental do questionário de QV apresenta:

- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, Andar 6 minutos, e o IMC).

O valor Total SF-36 apresenta:

- ✓ Uma correlação forte positiva estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Levantar e Sentar na Cadeira, que avalia a força e resistência dos membros inferiores;
- ✓ Uma correlação forte negativa estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), com o teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar, que avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico;
- ✓ Uma correlação moderada positiva estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o teste Flexão do Antebraço, que avalia a força e resistência dos membros superiores;
- ✓ Nenhuma correlação estatisticamente significativa com as restantes variáveis do nível funcional (Sentado e Alcançar, Alcançar Atrás das Costas, Andar 6 minutos, e o IMC).

Capítulo V

5. Discussão dos resultados

Após a análise dos resultados realizada no capítulo anterior, vamos agora proceder à discussão desses resultados, tendo em conta a bibliografia existente sobre esta temática, comparando os resultados com outros estudos - já descritos no ponto **1.6 Estudos comparativos**, - de modo a dar resposta às hipóteses do estudo.

5.1 Questionário de qualidade de vida MOS SF-36v2

Como já referimos anteriormente, este questionário é composto por oito dimensões, as quais foram analisadas separadamente para avaliação e comparação dos dois grupos que fizeram parte da amostra deste estudo.

No que diz respeito à dimensão **Função Física**, podemos observar pelos resultados que existem diferenças estatisticamente muito significativas com efeitos práticos entre os valores apresentados pelos dois grupos, sendo que o grupo de praticantes de AF apresentam valores médios superiores quando comparados com o grupo de não praticantes.

Este resultado vai de encontro aos seguintes estudos:

- ✓ Teixeira (2005) analisou o impacto da AF orientada na autonomia funcional e na QV de idosos em Câmara de Lobos. A pesquisa envolveu 76 idosos entre 60 e 79 anos, divididos entre praticantes e não praticantes. Os resultados mostraram que os praticantes obtiveram melhor desempenho nos testes de autonomia funcional (com exceção da flexibilidade) e apresentaram maiores pontuações em quase todas as dimensões da QV, com destaque para função física, dor, vitalidade, função social e desempenho emocional. As únicas áreas sem diferenças significativas foram saúde geral e saúde mental. Conclui-se que a AF orientada contribui positivamente para a autonomia e o bem-estar dos idosos;
- ✓ Oliveira (2006) analisou o impacto da AF na autonomia funcional e na QV de 122 idosos de Santa Maria da Feira, divididos entre residentes na comunidade e utentes de centros de dia, e entre ativos e não ativos fisicamente. Os resultados mostraram que os idosos da comunidade e os fisicamente ativos apresentaram melhores níveis de aptidão física e perceção de saúde. A força dos membros superiores e a resistência cardiovascular estiveram mais associadas a uma perceção positiva de saúde entre os ativos, enquanto nos não ativos a força dos membros

inferiores também teve relevância. Conclui-se que a prática regular de AF está ligada a melhor condição física, melhor percepção de saúde e maior QV;

- ✓ Gomes (2010) comparou aptidão física, QV e níveis de AF em 110 idosos, divididos entre praticantes e não praticantes de exercícios regulares. Os resultados mostraram que os idosos ativos (grupo experimental) apresentaram melhores indicadores em todas as variáveis analisadas. O estudo confirmou uma relação positiva entre AF, QV e aptidão física, concluindo que a prática regular e orientada de exercícios contribui significativamente para o bem-estar dos idosos;
- ✓ Rocha (2012) teve como objetivo melhorar a aptidão funcional de idosos por meio de um programa de intervenção com exercícios físicos (resistência, força, flexibilidade, coordenação e equilíbrio) e atividades educativas. Participaram 44 idosos, institucionalizados e não, entre 74 e 97 anos, classificados como dependentes ou fragilizados. Após 8 meses de intervenção, os resultados mostraram melhorias significativas na funcionalidade, saúde e QV, evidenciando os benefícios da prática regular de exercícios e da educação em saúde para a terceira idade;
- ✓ Aleixo (2013) avaliou a QV de idosos com mais de 65 anos no concelho de Mação, comparando praticantes e não praticantes de AF. Foram analisados dois grupos de 30 idosos, e a QV foi medida com o questionário MOS SF-36. Os resultados indicaram que os idosos fisicamente ativos apresentaram QV significativamente superior em todas as áreas avaliadas;
- ✓ Alves (2014) avaliou os efeitos de um programa de exercícios em 20 idosos institucionalizados, com média de 76 anos, ao longo de dois meses. Após a intervenção, observou-se melhora significativa na percepção de saúde (SF-36), especialmente em função física, dor, vitalidade, função social e saúde mental. A aptidão física também melhorou em todos os aspetos, com destaque para resistência, flexibilidade, agilidade e equilíbrio. Houve ainda tendência de aumento da massa muscular e redução de gordura corporal, embora sem significância estatística. A massa óssea manteve-se estável,
- ✓ Camões et al. (2016) também confirmou essa tendência, num estudo onde analisou a percepção da QV em pessoas com mais de 70 anos, considerando a participação em programas de exercício físico. A amostra incluiu 250 idosos, dos quais 148 praticavam AF. Utilizando o questionário SF-36, os autores identificaram diferenças estatisticamente significativas em várias dimensões da QV, exceto no desempenho físico, onde não houve diferenças significativas;
- ✓ Cardoso (2019) analisou o impacto da AF na percepção da QV e na condição funcional de 64 idosos em Proença-a-Nova. Comparando praticantes de hidroginástica e GS com não praticantes, os resultados mostraram diferenças significativas na QV apenas nas dimensões de função física,

função social e mudança em saúde. A relação entre percepção de QV e condição funcional foi fraca. No entanto, os praticantes, especialmente as mulheres, apresentaram melhor condição física em quase todas as variáveis, exceto no IMC. Conclui-se que a AF teve pouco efeito na percepção global da QV, mas contribuiu significativamente para a melhoria da capacidade funcional.

Relativamente às diferenças dentro do mesmo sexo, na Dimensão Função Física, observámos que os indivíduos do sexo masculino do grupo de praticantes, seguem a tendência, tendo também apresentado diferenças estatisticamente muito significativas com impacto substancial em termos práticos entre os valores apresentados pelos dois grupos, sendo que o grupo de praticantes masculinos de AF apresentam valores médios superiores quando comparados com o grupo de não praticantes masculinos. Por outro lado, quanto ao sexo feminino, apresenta melhores valores médios do que os do grupo de não praticantes, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, sem efeitos práticos.

Em relação à dimensão **Desempenho Físico** observámos que os praticantes de AF apresentam valores médios superiores em relação aos não praticantes e que existem diferenças estatisticamente muito significativas com efeitos grandes em termos práticos. Este resultado é sustentado pelos estudos de Teixeira (2005), Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012) e Aleixo (2013), em contrapartida com o estudo de Camões et al. (2016).

Também no sexo, a dimensão de Desempenho Físico, tal como ocorre na Função Física, só grupo de praticantes masculinos, apresentam diferenças estatisticamente muito significativas com impacto substancial em termos práticos entre os valores apresentados pelos dois grupos, sendo que o grupo de praticantes masculinos de AF apresentam valores médios superiores quando comparados com o grupo de não praticantes masculinos. Por outro lado, quanto ao sexo feminino, apresenta melhores valores médios do que os do grupo de não praticantes, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, com efeito em termos práticos, o que pode sugerir que o grupo de praticantes femininos podem apresentar melhor desempenho em atividades físicas.

Quanto à dimensão da **Dor Corporal**, o grupo de praticantes apresentam valores médios superiores aos do grupo de não praticantes, embora não existam diferenças estatisticamente significativas. Dimensão com um efeito pequeno, ou seja, dificilmente perceptível em termos práticos. Este resultado é contrário aos resultados desta dimensão nos estudos de Teixeira (2005), Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012), Aleixo (2013), Alves (2014) e Camões et al. (2016).

Relativamente ao sexo, na dimensão Dor Corporal, só o grupo de praticantes masculinos, apresentam diferenças estatisticamente significativas com impacto substancial em termos práticos entre os valores apresentados pelos dois grupos, sendo que o grupo de praticantes masculinos de AF apresentam valores médios superiores quando comparados com o grupo de não praticantes masculinos. Por

outro lado, quanto ao sexo feminino, apresenta melhores valores médios do que os do grupo de não praticantes, embora não existam diferenças estatisticamente significativas nem efeitos práticos.

Em relação à dimensão **Saúde Geral**, os praticantes de AF apresentarem valores médios superiores, comparando com os não praticantes, as diferenças existentes são estatisticamente significativas, com efeito em termos práticos. Este resultado vai de encontro aquilo que Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012), Aleixo (2013) e Camões et al. (2016), comprovaram nos seus estudos. Em contrapartida está o estudo de Teixeira (2005).

No sexo masculino verificamos que os resultados são praticamente idênticos na dimensão Saúde Geral, os praticantes de AF apresentarem valores médios superiores, comparando com os não praticantes, as diferenças existentes são estatisticamente significativas, com efeito substancial em termos práticos. Por outro lado, quanto ao sexo feminino, continua a apresentar melhores valores médios do que os do grupo de não praticantes, embora não existam diferenças estatisticamente significativas nem efeitos práticos.

Na dimensão **Vitalidade** os praticantes de AF apresentarem valores médios superiores, comparando com os não praticantes, as diferenças existentes são estatisticamente muito significativas, com efeito substancial em termos práticos, tal como se verificou nos estudos anteriores de Teixeira (2005), Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012), Aleixo (2013), Alves (2014) e Camões et al. (2016).

Na análise desta dimensão (Vitalidade), em ambos os sexos, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas, com efeitos práticos substanciais e, os praticantes de AF apresentam valores médios superiores comparando com os não praticantes.

Em relação à dimensão **Função Social**, os praticantes de AF, apresentam valores médios inferiores quando comparados com o grupo de não praticantes, sem diferenças estatisticamente significativas e sem efeitos práticos. Este resultado não corrobora os estudos de Teixeira (2005), Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012), Aleixo (2013), Alves (2014), Camões et al. (2016) e Cardoso (2019).

Relativamente ao sexo masculino da dimensão Função Social, observámos que o grupo de praticantes, apresentam valores médios superiores aos do grupo de não praticantes, e que embora não existam diferenças estatisticamente significativas, com efeito em termos práticos, o que pode sugerir que a prática de AF pode influenciar o envolvimento social do grupo de praticantes. Por outro lado, quanto ao sexo feminino, apresenta valores médios inferiores em relação grupo de não praticantes, embora não existem diferenças estatisticamente significativas. Com efeito pequeno em termos práticos, o que pode sugerir que a prática de AF pode não influenciar o envolvimento social do grupo de praticantes. Fatores contextuais ou características específicas dos praticantes podem ter influenciado esse resultado, sugerindo a necessidade de estudos adicionais.

No que diz respeito à dimensão **Desempenho Emocional**, os praticantes de AF, apresentam valores médios superiores quando comparados com o grupo de não praticantes. Para além das diferenças existentes serem estatisticamente muito significativas, com efeito em termos práticos. Este resultado corrobora os estudos de Teixeira (2005), Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012), Aleixo (2013) e Camões et al. (2016).

Relativamente ao sexo masculino da dimensão Desempenho Emocional, observámos que o grupo de praticantes, apresentam valores médios superiores aos do grupo de não praticantes, com diferenças estatisticamente significativas e efeitos substanciais em termos práticos. Quanto ao sexo feminino, embora apresente valores médios superiores em relação grupo de não praticantes, não existem diferenças estatisticamente significativas. Com efeito pequeno em termos práticos, o que pode sugerir que o grupo de praticantes femininos pode apresentar uma maior capacidade para lidar com as limitações emocionais do dia-a-dia, embora de forma não conclusiva.

Em relação à dimensão **Saúde Mental**, os resultados mostram-nos que os valores médios apresentados pelo grupo de praticantes são superiores em relação ao grupo de não praticantes. Nesta dimensão não se verificam diferenças estatisticamente significativas, mas observa-se um efeito pequeno, o que sugere que os praticantes podem apresentar melhor saúde mental, no entanto essa diferença não é forte o suficiente para ser estatisticamente confirmada. Este resultado não corrobora com os estudos de Oliveira (2006), Gomes (2010), Rocha (2012), Aleixo (2013), Alves (2014) e Camões et al. (2016), em contrapartida vai de encontro aos resultados obtidos no estudo de Teixeira (2005).

Também na Dimensão Saúde Mental, verificamos que para ambos os sexos, os valores médios apresentados pelo grupo de praticantes são superiores em relação ao grupo de não praticantes. Para além de, em ambos os sexos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos e o efeito é pequeno, o que pode sugerir que o grupo de praticantes, de ambos os sexos, podem apresentar uma melhor saúde mental, no entanto essa diferença não é forte o suficiente para ser estatisticamente confirmada.

Por fim abordamos a dimensão **Mudança em Saúde**, onde observámos que valores médios apresentados pelo grupo de praticantes são inferiores em relação ao grupo de não praticantes. Nesta dimensão não se verificam diferenças estatisticamente significativas, mas observa-se um efeito pequeno, o que sugere que os praticantes podem não perceber melhor a evolução da sua saúde ao longo do tempo. Fatores contextuais ou características específicas dos praticantes podem ter influenciado esse resultado, sugerindo a necessidade de estudos adicionais. Estes resultados não vão de encontro ao estudo de Ferreira (2011), que investigou os efeitos da hidroginástica na QV de idosos com 65 anos ou mais em Santarém. Com 40 participantes divididos entre praticantes da atividade e sedentários, foram aplicados o *SFT* e o questionário SF-36. Os resultados

indicaram que os praticantes apresentaram melhor desempenho físico, menos limitações nas atividades diárias e melhor estado emocional. Identificou-se uma relação positiva entre força, flexibilidade e resistência com a QV, além de uma relação inversa entre agilidade, velocidade e equilíbrio com algumas dimensões do bem-estar. Os resultados aqui demonstrados não corroboram com o estudo de Cardoso (2019).

Por outro lado, no sexo masculino da dimensão Mudança em Saúde, existem também diferenças estatisticamente muito significativas, com efeito substancial em termos práticos, voltando o grupo de não praticantes a apresentar valores médios superiores em comparação com o grupo de praticantes. Em relação ao sexo feminino, os valores médios do grupo de praticantes são superiores aos do grupo de não praticantes, estes não são estatisticamente significativos, nem tem efeitos práticos, no entanto essa diferença não é forte o suficiente para ser estatisticamente confirmada.

5.2 Bateria de testes *Senior Fitness Test* de Rikli & Jones (1999; 2001)

Em relação ao teste **Levantar e Sentar na Cadeira**, que avalia a força e resistência dos membros inferiores, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente muito significativas e com efeito substancial em termos práticos, para além dos valores médios (n.º de elevações) serem superiores, quando comparamos os dois grupos deste estudo.

Este resultado vai de encontro aos seguintes estudos:

- ✓ Vicente et al. (2018) comparou a aptidão física funcional de 225 idosos da Pampilhosa da Serra, divididos entre praticantes e não praticantes de AF organizada durante 9 meses. Os praticantes, distribuídos em 8 subgrupos por freguesia, apresentaram melhorias significativas em todas as variáveis avaliadas (IMC, força, mobilidade, flexibilidade e resistência). Destaque para os subgrupos de “Unhais-o-Velho” e “Dornelas do Zêzere”, com os melhores resultados em diferentes testes físicos. Concluiu-se que a prática regular e orientada de exercício físico melhora significativamente a aptidão funcional dos idosos;
- ✓ O estudo de Mendes (2018) avaliou os efeitos de um programa de GS de 12 semanas na capacidade funcional de idosos institucionalizados em Mação. Participaram 23 idosos, divididos entre um grupo experimental (13 praticantes) e um grupo de controlo (10 sedentários). Os resultados mostraram melhorias significativas na maioria dos testes de capacidade funcional no grupo ativo, enquanto o grupo sedentário teve uma queda no

desempenho. Ambos os sexos se beneficiaram do programa. Conclui-se que a GS é eficaz na manutenção e melhoria da capacidade funcional em idosos institucionalizados;

- ✓ Silva (2019) analisou a relação entre sedentarismo, níveis de AF e indicadores de saúde física em idosos não institucionalizados do distrito de Castelo Branco. Os resultados mostraram que a AF moderada a vigorosa está associada a melhor aptidão física (agilidade, equilíbrio, resistência, força) e menor IMC e gordura corporal. Idosos que cumpriam as recomendações da OMS apresentaram melhores indicadores físicos. Não foram observadas relações significativas entre AF ou sedentarismo com a função pulmonar. O estudo reforça a importância da prática regular de AF intensa e da redução do sedentarismo para a saúde e funcionalidade dos idosos;
- ✓ Silveira et al. (2020) analisou o impacto da AF na aptidão funcional de 348 idosos entre 61 e 97 anos, divididos entre ativos e sedentários. Os idosos ativos, avaliados com a bateria *SFT*, apresentaram desempenho significativamente superior em todos os testes. Tanto a hidroginástica quanto a ginástica mostraram benefícios, sendo que a ginástica se destacou em mobilidade e resistência. Conclui-se que a prática regular de AF melhora a aptidão funcional dos idosos, com a ginástica mostrando-se ligeiramente mais eficaz em alguns parâmetros.

No que diz respeito ao sexo, no teste Levantar e Sentar na Cadeira, verificamos que no sexo masculino, os valores médios são superiores no grupo de praticantes, existem diferenças estatisticamente significativas e o efeito é substancial em termos práticos. Já os praticantes de AF do sexo feminino têm valores médios de força de membros inferiores, superiores aos não praticantes, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas com efeito em termos práticos.

Relativamente ao teste **Flexão do Antebraço**, que avalia a força e resistência dos membros superiores, os praticantes de AF apresentam valores médios (n.º de flexões) serem superiores aos não praticantes, existindo diferenças estatisticamente muito significativas com efeito substancial em termos práticos. Este resultado é sustentado pelos estudos de Vicente et al. (2018), Mendes (2018), Silva (2019) e Silveira et al. (2020).

Ainda no teste que avalia a força dos membros superiores, verificamos em ambos os sexos, valores médios superiores do grupo de praticantes em relação ao grupo de não praticantes. Para além, de observarmos que existem diferenças estatisticamente muito significativas com um efeito substancial a nível prático.

No teste **Sentado e Alcançar**, que avalia a flexibilidade inferior, o grupo de praticantes tem valores médios superiores comparativamente ao grupo de não praticantes, sendo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com um efeito pequeno, o que pode indicar que o grupo de

praticantes podem apresentar uma melhor flexibilidade inferior, embora de forma não conclusiva. Este resultado não corrobora com o estudo de Antão (2017) avaliou o impacto da hidroginástica na capacidade funcional e na QV de 93 idosos com mais de 65 anos, divididos entre praticantes e sedentários. Os praticantes apresentaram melhor flexibilidade (superior e inferior) e maiores pontuações no domínio social da QV. Concluiu-se que a prática regular de hidroginástica contribui para um envelhecimento saudável, com benefícios físicos, psicológicos e sociais. Para além dos resultados apresentados serem contraditórios os estudos de Vicente et al. (2018), Mendes (2018), Silveira et al. (2020).

Ainda no teste que avalia a flexibilidade inferior, verificámos em ambos os sexos, valores médios superiores do grupo de praticantes em relação ao grupo de não praticantes. Para além, de observarmos que não existem diferenças estatisticamente significativas com um efeito pequeno, o que pode indicar que os grupos de praticantes de ambos os sexos podem apresentar uma melhor flexibilidade inferior, embora de forma não conclusiva.

Relativamente ao teste **Alcançar Atrás das Costas**, que avalia a flexibilidade superior, os praticantes de AF apresentam valores médios superiores, comparativamente ao grupo de não praticantes, existindo diferenças estatisticamente muito significativas com um efeito substancial em termos práticos. Este resultado é sustentado pelos estudos de Antão (2017), Vicente et al. (2018), Mendes (2018) e Silveira et al. (2019).

Em relação ao sexo, no teste que avalia a flexibilidade superior, percebemos que tanto no sexo masculino como no feminino, os valores médios do grupo de praticantes são superiores ao grupo de não praticantes. No sexo masculino existem diferenças estatisticamente muito significativas com um efeito substancial em termos práticos. Enquanto no sexo feminino, as diferenças existentes são estatisticamente significativas com efeito substancial em termos práticos.

No teste **Sentado, Caminhar 2,44 e voltar a Sentar**, que avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, existe uma diferença estatisticamente muito significativa com efeito substancial em termos práticos, entre o grupo de praticantes e o grupo de não praticantes, sendo que os praticantes de AF apresentam valores médios melhores (tempo em segundos), comparativamente aos não praticantes. Este resultado é sustentado pelos estudos de Vicente et al. (2018), Silva (2019) e Silveira et al. (2020), em contrapartida, noutro sentido está o estudo de Mendes (2018).

Ainda no teste que avalia a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, verificámos em ambos os sexos, valores médios superiores do grupo de praticantes em relação ao grupo de não praticantes. Para além, de observarmos que existem diferenças estatisticamente muito significativas com um efeito substancial em termos práticos, entre os grupos de praticantes de ambos os sexos.

No teste **Andar 6 minutos**, que avalia a resistência cardiovascular, os praticantes de AF têm valores médios superiores (distância em metros), quando comparados com os do grupo de não praticantes, sendo que se verificam diferenças estatisticamente muito significativas e com efeito substancial em termos práticos. Este resultado é sustentado pelos estudos de Mendes (2018), Vicente et al. (2018), Silva (2019) e Silveira et al. (2020).

Relativamente ao sexo masculino, no teste que avalia a resistência cardiovascular, verificamos valores médios superiores do grupo de praticantes em relação ao grupo de não praticantes. Para além, de observarmos que existem diferenças estatisticamente significativas com um efeito substancial em termos práticos entre os grupos de praticantes. Já no sexo feminino, também verificamos valores médios superiores do grupo de praticantes em relação ao grupo de não praticantes, reforçando que existem diferenças estatisticamente muito significativas com um efeito substancial em termos práticos entre os grupos de praticantes.

No que diz respeito ao teste do **IMC**, que avalia a composição corporal, o grupo de praticantes apresentam piores valores (kg/m^2), embora não existam diferenças estatisticamente significativas com um efeito pequeno. Fatores contextuais ou características específicas dos praticantes podem ter influenciado esse resultado, sugerindo a necessidade de estudos adicionais. Este resultado é sustentado com o estudo de Silva (2019), em contrapartida, estão os resultados dos estudos de Vicente et al. (2018), Mendes (2018) e Silveira et al. (2020).

Relativamente ao sexo, do teste que avalia a composição corporal, verificamos também, em ambos os sexos, que o grupo de praticantes apresentam piores valores, embora não existam diferenças estatisticamente significativas. No sexo masculino, existem efeitos em termos práticos, o que sugere que a prática de AF não influencia um melhor valor de IMC. Enquanto no sexo feminino, o efeito é pequeno, ou seja, não é conclusivo que a prática de AF não influencia um melhor valor de IMC.

5.3 Correlação entre as componentes da qualidade de vida e a funcionalidade

Os dados obtidos no ponto 3.3 (análise de correlações), indicam-nos que no **grupo de praticantes**, se verifica a existência de correlações com um grau de significância elevado ($p < 0,01$), entre as componentes física e mental e o total SF-36 (questionário de QV), com os testes de força e resistência dos membros (inferiores e superiores) e resistência cardiovascular. No estudo de Cardoso (2019), também foi possível verificar correlações entre as componentes da QV e os testes de força de membros inferiores e resistência cardiovascular no grupo de

praticantes. Estas correlações verificadas no nosso estudo, podem indicar que os indivíduos do grupo de praticantes quanto maior capacidade funcional tiverem, melhores serão as suas percepções de saúde físicas e emocionais no dia-a-dia.

Relativamente ao **grupo de não praticantes**, verificamos a existência de uma correlação moderada negativa com um grau de significância elevado ($p < 0,01$), entre a componente física, com o teste de velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. Também, verificamos a existência de uma correlação moderada negativa com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre o total do SF-36, com o teste de velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. Estas correlações moderadas negativas obtidas permite-nos afirmar que, quanto maior o tempo de execução do teste, menor vai ser a função física no dia-a-dia. Estas correlações vão de encontro aos resultados obtidos por Ferreira (2011), onde o autor verificou correlações positivas entre as componentes mencionadas.

Em relação ao **sexo masculino, no grupo de praticantes**, se verifica a existência de correlações com um grau de significância elevado ($p < 0,01$), entre a componente mental e o total SF-36, com os testes de força e resistência dos membros superiores e resistência cardiovascular. Estas correlações verificadas, podem indicar que os indivíduos do grupo de praticantes masculinos quanto maior força e resistência tiverem, melhores serão as suas percepções de saúde físicas e emocionais no dia-a-dia. Esta correlação vai de encontro aos resultados obtidos nos estudos de Oliveira (2006), Ferreira (2011) e Rocha (2012). Por outro lado, a correlação forte positiva com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre a componente física e o teste de resistência cardiovascular, permite-nos concluir que, quanto maior a resistência cardiovascular melhor será a sua percepção de saúde física no dia-a-dia. Este resultado é sustentado pelos estudos de Teixeira (2005), Oliveira (2006), Gomes (2010), Ferreira (2011), Rocha (2012) e Aleixo (2013), Alves (2014) e Camões *et al* (2016), e em contrapartida com o estudo de Cardoso (2019). Também existe uma correlação forte positiva com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre o total SF-36 e o teste de flexibilidade inferior, permite-nos concluir que, quanto maior a flexibilidade, melhor será a QV no geral. Tal como, Ferreira (2011), Rocha (2012), Alves (2014) e Antão (2017), chegaram aos mesmos resultados em estudos da mesma temática.

Já no **grupo de não praticantes do sexo masculino**, pode se verificar a existência de uma correlação forte negativa com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre a componente mental e a composição corporal, permite-nos concluir que, quanto maior o valor do IMC, pior será a percepção de bem-estar psicológico ou emocional. Tal como comprovado em estudos anteriores, de Cardoso (2019) e Silveira *et al.* (2020).

Os resultados do **grupo de praticantes do sexo feminino**, indicam-nos que a única correlação existente, é uma correlação moderada positiva com grau de significância mais forte ($p < 0,01$), entre a componente física e o teste de força e resistência dos membros inferiores, permite-nos concluir que, quanto maior a força

nas pernas, melhor será a percepção de bem-estar psicológico ou emocional. Por outro lado, a correlação moderada positiva com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre o total SF-36 e o teste de força e resistência dos membros inferiores, permite-nos concluir, que quanto maior a força nas pernas, melhor será a percepção de QV global. Tal como sustentado, pelos estudos de Ferreira (2011), Rocha (2012) e Silva (2019).

Por fim, quanto aos resultados **do grupo de não praticantes do sexo feminino**, se verifica a existência de correlações com um grau de significância elevado ($p < 0,01$), entre a componente física e o total SF-36 com o teste de força e resistência dos membros inferiores e velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. Estas correlações podem indicar quanto maior capacidade funcional tiverem, melhores serão as suas percepções de saúde físicas e emocionais no dia-a-dia. Cardoso (2019), também obteve correlações positivas entre as componentes da QV e velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. Por outro lado, a correlação moderada positiva com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre a componente física e mental e o total SF-36 com o teste de força e resistência dos membros superiores, permite-nos concluir, que quanto maior a força de braços, melhores serão as suas percepções de saúde físicas e emocionais no dia-a-dia. Também se verifica, uma correlação moderada positiva com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre a componente mental e o teste de força e resistência dos membros inferiores, permite-nos concluir, que quanto maior a flexibilidade superior, melhores serão as suas percepções de saúde emocional no dia-a-dia. Tal como podemos verificar no estudo de Oliveira (2006). Para além de se verificar uma correlação moderada positiva com grau de significância mais fraco ($p < 0,05$), entre a componente física e o teste de flexibilidade superior, permite-nos concluir, que quanto maior a flexibilidade superior, melhores serão as suas percepções de saúde físicas diárias. Tal como podemos verificar, as mesmas correlações nos estudos, de Ferreira (2011) e Rocha (2012).

5.4 Análise das hipóteses do estudo

Neste ponto vamos procurar dar resposta às hipóteses do estudo, devidamente fundamentadas nos resultados obtidos.

Hipótese 1 - O grupo de idosos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam uma percepção da satisfação com a vida significativamente mais elevada face aos idosos não praticantes.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Analisando os resultados, verificamos que em 5 dimensões QV que o grupo de praticantes obteve valores superiores e estatisticamente muito significativo, nas dimensões – Função Física ($p = 0,04$), Desempenho Físico (0,02), Vitalidade (0,02) e Desempenho Emocional (0,09), -

também obteve um resultado superior e estatisticamente significativo na dimensão Saúde Geral ($p = 0,024$). Estas diferenças apresentaram também efeitos práticos relevantes (tamanho do efeito).

Assim, a hipótese é apenas parcialmente confirmada, uma vez que nem todas as dimensões da QV evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Hipótese 2 - O grupo de idosos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de funcionalidade significativamente mais elevada face aos idosos não praticantes.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados mostram que, em praticamente todos os testes da bateria *SFT*, o grupo de praticantes obteve valores superiores, com diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$) nos testes de força e resistência dos membros inferiores e superiores, flexibilidade superior, agilidade, velocidade e equilíbrio dinâmico, bem como na resistência cardiovascular. Além da significância estatística, estes testes apresentaram também efeitos práticos relevantes (tamanho do efeito).

No entanto, nos testes de flexibilidade inferior e de composição corporal (IMC), não se observaram diferenças estatisticamente significativas, o que justifica a confirmação apenas parcial da hipótese.

Hipótese 3 - O grupo de idosos masculinos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de percepção da satisfação com a vida significativamente mais elevada face aos idosos masculinos não praticantes.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados mostram que, em praticamente todas as dimensões QV que o grupo de praticantes obteve valores superiores e estatisticamente muito significativo, nas dimensões – Função Física ($p = 0,07$) e Desempenho Físico (0,02), - também se verificou um valor superior e estatisticamente muito significativo no item Mudança em Saúde (0,02). Ainda se verificaram valor superior e estatisticamente significativos nas dimensões Dor Corporal (0,012), Saúde Geral (0,045), Vitalidade (0,033) e Desempenho Emocional (0,015). Estas diferenças apresentaram também efeitos práticos relevantes, reforçando a consistência dos resultados.

No entanto, nas dimensões Função Social e Saúde Mental, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que impede a confirmação total da hipótese. Assim, conclui-se que a hipótese é parcialmente confirmada, com evidência de melhor percepção da QV em várias dimensões, mas não de forma generalizada entre os idosos do sexo masculino.

Hipótese 4 - O grupo de idosos masculinos praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de funcionalidade significativamente mais elevada face aos idosos masculinos não praticantes.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados mostram que, em praticamente todos os testes da bateria SFT, o grupo de praticantes obteve valores superiores, com diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$), nos testes de força e resistência dos membros superiores, de flexibilidade superior, e de agilidade, velocidade e equilíbrio dinâmico. Verificou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no teste de força e resistência dos membros inferiores, bem como no teste de resistência cardiovascular. Todos estes indicadores apresentaram também efeitos práticos relevantes (tamanho do efeito), reforçando a consistência dos resultados.

No entanto, nos testes de flexibilidade inferior e de composição corporal (IMC), não se observaram diferenças estatisticamente significativas, o que justifica a confirmação apenas parcial da hipótese.

Hipótese 5 - O grupo de idosas praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de perceção da satisfação com a vida significativamente mais elevada face às idosas não praticantes.

Esta hipótese não se confirma. Apenas na dimensão Vitalidade ($p = 0,011$) se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, com efeito prático relevante, o que reforça a consistência desse resultado.

Embora as idosas praticantes de AF tenham obtido valores superiores nas restantes dimensões da QV, essas diferenças não foram estatisticamente significativas, o que impede a generalização dos resultados e sugere que podem ser devidas ao acaso.

Hipótese 6 - O grupo de idosas praticantes de um programa regular de atividade física apresentam níveis de funcionalidade significativamente mais elevada face às idosas não praticantes.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados indicam que, em praticamente todos os testes da bateria SFT, o grupo de praticantes obteve valores superiores:

- ✓ Com diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$) nos testes de força e resistência dos membros superiores, agilidade, velocidade e equilíbrio dinâmico, bem como resistência cardiovascular;
- ✓ Com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nos testes de força e resistência dos membros inferiores e flexibilidade superior.

Todos estes indicadores apresentaram também efeitos práticos relevantes (tamanho do efeito), reforçando a consistência dos resultados.

No entanto, nos testes de flexibilidade inferior e composição corporal (IMC), não se observaram diferenças estatisticamente significativas, o que justifica a confirmação apenas parcial da hipótese.

Hipótese 7 - O grupo de idosos praticantes apresentam correlações positivas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados mostram que a QV percebida apresenta associações positivas estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$), com a força e resistência dos membros superiores e inferiores, bem como com a resistência cardiovascular. Estas componentes da aptidão física estão diretamente relacionadas com a autonomia e a capacidade de realizar tarefas do quotidiano, o que poderá justificar a sua influência positiva na percepção de bem-estar.

No entanto, não foram observadas correlações estatisticamente significativas com outras componentes do nível funcional, como a flexibilidade (superior e inferior), velocidade, agilidade, equilíbrio dinâmico e composição corporal. Embora estas capacidades também contribuam para a funcionalidade global, o seu impacto direto na percepção subjetiva da QV pode ser mais limitado, especialmente em populações mais envelhecidas.

Assim, conclui-se que a hipótese se confirma apenas parcialmente, uma vez que a associação entre QV e nível funcional se verifica apenas em alguns domínios específicos da aptidão física.

Hipótese 8 - O grupo de idosos não praticantes apresentam correlações negativas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Esta hipótese não se confirma. Os resultados mostram que a QV percebida só apresenta associações negativas estatisticamente significativas, com o teste da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

No caso da flexibilidade inferior e da composição corporal (IMC), observou-se uma tendência para correlações negativas, mas estas não atingiram significância estatística, o que impossibilita a generalização dos resultados e sugere que essas associações poderão ser atribuídas ao acaso.

Assim, conclui-se que a hipótese não é confirmada, uma vez que as correlações negativas não se verificam de forma consistente e estatisticamente robusta entre a QV e as diferentes componentes do nível funcional no grupo não praticante.

Hipótese 9 - O grupo de idosos praticantes de ambos os sexos apresentam correlações positivas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os resultados indicam que, no sexo masculino, a QV percebida apresenta correlações positivas estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$) com a força e resistência dos membros superiores e com a resistência cardiovascular, além de uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a flexibilidade inferior. Estas componentes estão intimamente relacionadas com a autonomia funcional e a capacidade de realizar tarefas cotidianas, o que pode explicar a sua influência positiva na percepção de bem-estar.

Já no sexo feminino, verificou-se uma única correlação positiva estatisticamente significativa entre a QV percebida e a força e resistência dos membros inferiores.

Assim, conclui-se que a hipótese se confirma apenas parcialmente, uma vez que as correlações positivas entre QV e nível funcional não se verificam de forma consistente em ambos os sexos, sendo mais abrangentes no sexo masculino.

Hipótese 10 - O grupo de idosos não praticantes de ambos os sexos apresentam correlações negativas entre as componentes da satisfação com a vida percebida e o nível funcional apresentado.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. No sexo masculino, a QV percebida apresentou uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a composição corporal (IMC).

No sexo feminino, foi identificada uma correlação negativa estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$) entre a QV percebida e o teste de velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

Assim, embora tenham sido observadas correlações negativas em ambos os sexos, estas não são generalizadas a todas as componentes do nível funcional, o que justifica a confirmação parcial da hipótese.

Capítulo VI

6. Conclusões do estudo

O nosso objetivo geral deste estudo pretendia verificar se os idosos praticantes de um programa regular de AFF têm uma melhor percepção de SCV do que os idosos não praticantes e se as diferenças estão diretamente relacionadas com o nível funcional dos idosos. Nos parágrafos seguintes, apresentamos as principais conclusões do estudo, respondendo assim ao objetivo proposto.

Quanto ao objetivo de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da SCV entre idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de AF, os resultados revelam que os praticantes apresentaram uma melhor percepção QV em várias dimensões, com diferenças estatisticamente significativas. Estas diferenças foram mais abrangentes no sexo masculino, enquanto, no sexo feminino, se limitaram à dimensão da vitalidade.

Também tivemos como objetivo verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de funcionalidade de idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de AF. Aqui os resultados indicaram que o grupo de praticantes apresentou valores médios superiores, com diferenças estatisticamente significativas em quase todas as variáveis, exceto na flexibilidade inferior e no IMC. Estas diferenças também se verificaram de forma consistente em ambos os sexos.

Além das diferenças estatisticamente significativas, os resultados demonstraram efeitos práticos relevantes, o que reforça a robustez e a relevância funcional das diferenças observadas

Outro dos objetivos a que nos propusemos foi verificar se as diferenças na percepção da SCV se relacionam com o nível funcional dos idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de AF. Verificou-se que, no grupo de praticantes, a QV percebida está positivamente correlacionada com o nível funcional, especialmente nas variáveis de força e resistência dos membros superiores e inferiores, e na resistência cardiovascular. Por outro lado, no grupo de não praticantes, a QV percebida apresenta apenas uma correlação negativa estatisticamente significativa com o nível funcional na variável velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

Como último objetivo que quisemos atingir foi verificar se as diferenças na percepção da SCV se relacionam com o nível funcional entre idosos praticantes e não praticantes de um programa regular de AF, tendo por base a variável sexo. Em relação ao sexo masculino, no grupo de praticantes, a QV percebida apresenta correlações positivas estatisticamente significativas com a força e resistência dos membros superiores, com a resistência cardiovascular e com a flexibilidade inferior. Enquanto no grupo de não praticantes, só se observou uma correlação negativa estatisticamente significativa com a composição corporal (IMC). Quanto ao sexo feminino, no grupo de praticantes, a QV percebida apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa com a força e resistência dos membros

inferiores. Por outro lado, no grupo de não praticantes, a QV percebida apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com a variável velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

Em conclusão, os resultados deste estudo indicam que os idosos praticantes de um programa regular de AFF apresentam uma percepção significativamente mais positiva da sua SCV e níveis funcionais superiores em comparação com os não praticantes. As diferenças foram estatisticamente significativas em várias dimensões da QV, com maior expressão no sexo masculino. A funcionalidade revelou-se também superior entre os praticantes, com exceção da flexibilidade inferior e do IMC. Além disso, verificaram-se correlações positivas entre a QV percebida e o nível funcional entre os praticantes, sobretudo nas variáveis de força e resistência dos membros superiores e inferiores e, resistência cardiovascular, enquanto entre os não praticantes essas correlações foram negativas e limitadas. A análise por sexo confirmou esta tendência, reforçando a relevância da prática regular de AF na promoção do bem-estar e funcionalidade na população idosa.

6.1 Limitações e recomendações do estudo

6.1.1 Limitações do Estudo

Tendo em conta que no futuro serão realizadas várias investigações dentro desta temática, apontamos aqui algumas limitações que nos deparamos neste estudo:

1. Verificámos que ainda existe pouca bibliografia sobre esta temática - de 2020 para a frente é praticamente inexistente, - relativamente à área geográfica e às variáveis estudadas;
2. O tamanho da amostra:
 - A baixa densidade populacional do concelho e zona envolvente tida como objeto de estudo, dificuldades de recrutamento de indivíduos para o grupo de não praticantes;
 - Dificuldade ou incapacidade de alguns indivíduos executarem a bateria de testes SFT, e por isso foram excluídos da amostra.
3. A falta de habilitações literárias ou dificuldades na leitura e compreensão por parte dos inquiridos, dificultou e prolongou o tempo para aplicação dos questionários;

4. Ausência de um questionário de AF diária como critério de exclusão para o grupo de não praticantes participantes da amostra. Neste sentido, teríamos certeza que o grupo de não praticantes seria composto por indivíduos menos ativos fisicamente;
5. Tempo cronológico da investigação é bastante reduzido (1 ano), por isso só realizámos um momento de avaliação e recolha de dados, com outro tempo cronológico (pelo menos 2 anos de investigação), teríamos realizado dois momentos de avaliação e recolha de dados e, assim, poderíamos ter resultados mais precisos e poderíamos ter um registo da evolução dos dois grupos.

6.1.2 Recomendações do Estudo

Após expormos as conclusões deste estudo, torna-se possível darmos algumas sugestões para futuras investigações com a mesma temática. Deste modo, apresentamos as seguintes recomendações:

1. Avaliar uma amostra maior, para depois dentro de cada grupo dividir os indivíduos por escalões etários, no sentido de perceber em que idades poderemos ter maiores diferenças – por exemplo, 65-69 anos e 70-74 anos, - e, assim, ter grupos mais homogéneos;
2. Comparar vários tipos de prática de AFF para idosos, para verificar qual o mais benéfico para este tipo de população;
3. Avaliar outras variáveis, como por exemplo, o nível socioeconómico dos idosos e poder perceber como é que pode influenciar a sua funcionalidade e a sua SCV;
4. Realização, de pelo menos, dois momentos de avaliação e recolha de dados, para podermos ter resultados mais precisos e um registo da evolução dos grupos em estudo. Para além de, entre esses dois momentos de avaliação, aplicar um programa de AF por técnicos especializados, ao mesmo tempo que incentivamos os idosos à prática regular de AF;
5. Efetuar um mapa de funcionalidade da zona geográfica (Pinhal Interior Sul), com os estudos já realizados neste âmbito, para além de realizar mais estudos na mesma região do país, onde se compare a funcionalidade com a SCV, de forma a reforçar a investigação científica já existente.

Capítulo VII

7. Referências Bibliográficas

A

Afonso, A. & Nunes, C. (2019). *Probabilidade e estatística: Aplicação e soluções em SPSS*. Universidade de Évora.

Afonso, J. P. C. (2023). *Avaliação momentânea ecológica dos comportamentos de atividade física e sedentários de uma população idosa urbana e rural da Beira Baixa* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/8816>

Aleixo, R. C. (2013). *Influência da atividade física na qualidade de vida dos idosos* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra.

Almeida, I. C. (2007). *Fatores de influência da prática da atividade física na terceira idade* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Psiquilíbrios Edições.

Alves, C. F. (2014). *Perceção do estado de saúde, força muscular e composição corporal – efeito de um programa de intervenção em idosos institucionalizados* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/10440>

Alves, N., Petrica, J., & Santos, J. (2018). Proposta de avaliação para a área de gerontomotricidade. In João Petrica et al (ed.), *Gerontomotricidade: Abordagens académicas de investigação* (53-63), Câmara Municipal de Idanha-a-Nova. <http://hdl.handle.net/10400.11/6655>

Anes, E. M. G. J., Fernandes, A. M. P. S., Antão, C. C. M., Magalhães, C. P., & Geraldês, M. F. P. (2012). Dilemas atuais e desafios futuros - 14. Comparação de qualidade de vida de idosos residentes em meio rural e urbano [Comunicação em conferência]. In *Anais do I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior*. Miranda do Douro, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, 28-29 set. 2012. <http://hdl.handle.net/10198/8344>

Antão, L. F. A. (2017). *Capacidade Funcional e Qualidade de Vida dos Seniores Praticantes e não Praticantes de Hidroginástica* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura. *Revista Higeia – Prevenção, Diagnóstico e Intervenção*, IV, VII(1), 17-27.

B

Baecke, J. A., Buerema, J., & Friers, J. E. R. (1992). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36(5), 936-942. <https://doi.org/10.1093/ajcn/36.5.936>

Baião, D. A. D. (2016). *Aptidão física funcional e desempenho cognitivo em pessoas idosas com diferentes níveis de prática de atividade física supervisionada* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5483>

Barros, M. V. G., & Reis, R. S. (2003). *Análise de dados em atividade física e saúde: Demonstrando a utilização do SPSS* (1ª ed.). Editora Guanabara Koogan.

Batista, M. (2009). *Bem-estar psicológico – relação entre a prática de judo e autoconceito* [Diploma de estudos avançados publicado]. Facultad de Educación del Universidad de Extremadura.

Batista, M. A. S. (2011). *La práctica de judo en relacion con el autoconcepto, la autoestima y el rendimiento escolar de los estudiantes de primer ciclo de primaria* [Tesis doctoral publicada]. Facultad de Educación del Universidad de Extremadura.

Bennett, J., Lubben, F., Hogarth, S. & Campbell, B. (2005). Systematic reviews of research in science education: rigour or rigidity?. *International Journal of Science Education*, 27, 387-406. <https://doi.org/10.1080/0950069042000323719>

Biel, J. N. G. (2011). *Gestão de custos com medicamentos, aptidão física funcional e qualidade de vida em idosos institucionalizados no concelho de Leiria* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/17572>

Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2007). Physical activity and motor decline in older persons. *Muscle & nerve*, 35, 354–362. <https://doi.org/10.1002/mus.20702>

C

Camargo, E. M., & Añez, C. R. R. (2020). *Diretrizes para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos*. Organização Mundial de Saúde.

Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa N., & Bezerra, P. (2016). Exercício Físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12(1), 96-105.

Campos, P. (2012). *Análise estatística utilizando o SPSS: Guia prático de comandos*. Edições Sílabo.

Cardoso, R. F.S. (2019). *A auto percepção da qualidade de vida e a prática de atividade física em idosos* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6618>

Carneiro, R. (2020). Envelhecimento ativo no meio rural: desafios e estratégias de intervenção social. *Revista de Estudos Rurais*, 5(2), 45–60.

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 Rep*, 100(2), 126-131.

Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510–1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Clementino, D., Soares, D., & Rodrigues, L. (2016). Influência da atividade física na qualidade de vida em idosos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507–519. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150162>

Coelho, J. A. C. H. (2014). *Efeitos de um programa de exercício na capacidade funcional de pessoas idosas institucionalizadas* [Dissertação de mestrado publicada]. Departamento de Desporto e Saúde da Escola das Ciências e da Tecnologia da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/11151>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (2017). *Relatório de Portugal: Terceiro ciclo de revisão e avaliação da Estratégia de Implementação Regional (RIS) do Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento MIPAA*. Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social da República Portuguesa.

Confúcio (2016). *As Lições do Mestre* (1ª ed.). Jardim dos Livros.

Costa, E., Rodrigues, J., Seabra, A., & Monteiro, A. (2023). Aptidão física e satisfação com a vida em adultos com mais de 50 anos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 28(1), 1–10. <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0279>

Costa, M. A., Costa, M. F. B., & Andrade, V. A. (2014). Caminhos (e descaminhos) dos objetivos em dissertações e teses: um olhar voltado para a coerência metodológica. *Revista Práxis*, 11, 11-24. <https://doi.org/10.25119/praxis-6-11-595>

D

Diário Digital de Castelo Branco. (2024). Economia - Oleiros: Orçamento Municipal para 2025 destaca investimento ao crescer 14% em relação ao de 2024. Diário Digital de Castelo Branco. <https://www.diariodigitalcastelobranco.pt/noticia/67352/oleiros-oryamento-municipal-para-2025-destaca-investimento-ao-crescer-14-em-relayyo-ao-de-2024>

Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (1998). Subjective Well-Being Is Essential to Well-Being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33–37. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_3

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar: ENPAF 2016–2025*. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Domingues, A. M. M. (2021). *Efeitos do estilo de liderança do treinador na motivação autodeterminada e bem-estar subjetivo de atletas de desporto adaptado com dificuldade intelectual e desenvolvimental integrantes do Special Olympics* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/7625>

E

Eurostat (2023). União Europeia: Portugal está a envelhecer a um ritmo mais acelerado do que restantes países europeus. Público. <https://www.publico.pt/2023/02/22/sociedade/noticia/populacao-portugal-envelhecer-ue-revela-eurostat-2039817>

F

Farinha, C. M. N. (2016). *Auto percepção do estado de saúde, aptidão física e motivação para a prática de hidroginástica por parte de idosos* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Felix, P. R., & Mendonça, A. (2018). Atividade física na terceira idade - Estudo comparativo entre praticantes de atividade física e sedentários. [Comunicação em conferência]. In *Anais do Seminário Internacional Desporto e Ciência 2018*, Colégio dos Jesuítas – Funchal, Universidade da Madeira, 20-21 abr. 2018. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10497.02409>

Fernandes, E. M. C. (2015). *Imagery na praxia global e praxia fina em indivíduos portadores de deficiência* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/3162>

Ferreira, A.L.C.B.M. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/2156>

Ferreira, E. E. D. B. A. (2011). *Gestão de custos com medicamentos, hidroginástica e qualidade de vida em pessoas idosas de Santarém* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/20008>

Ferreira, J. (2011). *A atividade física e a sua relação com o excesso de peso em crianças do 1.º ciclo do concelho de Castelo Branco* [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Desporto de Rio Maior do Instituto Politécnico de Santarém.

Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36* (Documento de Trabalho nº 2). Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde. <https://hdl.handle.net/10316/9969>

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Teste de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127. <https://doi.org/10.20344/amp.1770>

Ferro, R. M. F. (2014). *O efeito do exercício físico em grupo e individualizado na aptidão funcional e qualidade de vida em idosos* [Dissertação de mestrado publicada]. Departamento de Desporto e Saúde da Escola de Ciências e Tecnologia da Universidade de Évora.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). SAGE Publications.

Figueira, E. W. F. (2021). *A funcionalidade e a satisfação com a vida em idosos institucionalizados de meios diferenciados* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/7626>

Figueiredo, P., & Barbosa, F. (2024). País: Como o concelho mais envelhecido do país está a inverter a tendência nacional. SIC Notícias. <https://sicnoticias.pt/pais/2024-10-17-video-como-o-concelho-mais-envelhecido-do-pais-esta-a-inverter-a-tendencia-nacional-0e5f784f>

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da conceção à realização* (3ª ed). Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.

Freire, M. C. M. (2017). *A prática de exercício funcional versus a de hidroginástica em idosos: Evolução na condição física e nos parâmetros fisiológicos associados à prática* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6070>

Freixo, M (2011). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Instituto Piaget.

G

Gabinete Técnico Florestal do Município de Oleiros (2012). *Plano Municipal de Defesa da Floresta Contra Incêndios 2013/2017: Caderno I, Diagnóstico – Informação de Base*. Comissão Municipal de Defesa da Floresta Contra Incêndios do Gabinete Técnico Florestal do Município de Oleiros.

Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219-227. <https://doi.org/10.14417/ap.84>

Gomes, M. S. F. (2014). *A influência de um programa de jogos tradicionais nos níveis de aptidão física da mulher idosa* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/2494>

Gomes, T. I. T. I. (2010). *Qualidade de vida, atividade e aptidão física em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física* [Dissertação de mestrado publicada]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/21135>

Guimarães, B. M., & Oliveira, T. L. (2021). Políticas públicas de atividade física e saúde: Uma revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Ciências e Saúde*, 2(2), 38–57.

H

Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 1-8.

Hollenberg, M., Yang, J., Haight, T. J., & Tager, I. B. (2006). Longitudinal changes in aerobic capacity: implications for concepts of aging. *The journals of gerontology: Series A*, 61, 851–858. <https://doi.org/10.1093/gerona/61.8.851>

Honório, S., Batista, M., Paulo, R., Mendes, P., Santos, J., Serrano, J., Petrica, J., & Martins, J. (2016). Análise do Equilíbrio e da Amplitude Articular dos Segmentos Corporais em Gerontes. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(4), 89-110. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i4p89-110>

Hopkins, W. G., Marshall, S.W., Batterham, A.M. & Hanin, J. (2009). Progressive statistics for studies in sports medicine and exercise science. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(1), 3–13. <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e31818cb278>

Huebner, E. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33. <https://doi.org/10.1023/B:SOCI.0000007497.57754.e3>

Hurst, D. (2024). Physical activity, life satisfaction, and depression in older adults: A review of recent findings. *Journal of Aging and Physical Activity*, 32(2), 115–128. <https://doi.org/10.1123/japa.2023-0015>

I

IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 30.0)* [Computer software]. IBM Corp.

INE & Eurostat (2025). Densidade populacional. Pordata. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/densidade-populacional? gl=1*j40glf* up*MQ..* ga*MTA5NjY0OTc1LjE3NDQ5MDg3OTQ.* ga_HL9EXBCVBZ*MTc0NDkwODc5My4xLjEuMTc0NDkwODkwNC4wLjAuMA..

INE & Eurostat (2025). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Pordata. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de? gl=1*65ah9j* up*MQ..* ga*MjA2Mjc1MzQxMC4xNzQ0OTA1MTk3* ga_HL9EXBCVBZ*MTc0NDkwNTE5Ny4xLjEuMTc0NDkwNTIxNS4wLjAuMA..

INE & Eurostat (2025). População residente por sexo e grupo etário. Pordata. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario? gl=1*4arpw9* up*MQ..* ga*MTA5NjY0OTc1LjE3NDQ5MDg3OTQ.* ga_HL9EXBCVBZ*MTc0NDkwODc5My4xLjEuMTc0NDkwODc5My4wLjAuMA..

Ingrês, R. F. A. (2024). *Efeito de um programa de exercício físico na aptidão física e no equilíbrio de uma população idosa institucionalizada: Um estudo comparativo* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/8991>

Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções da População Residente 2018-2080. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (2021). Estatísticas demográficas 2020. <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2023). Estimativas de população residente em Portugal 2022: População residente aumenta mais de 46 mil pessoas. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&fbclid=IwAR2Tm-CaoV6MEqJCb-DFmg4oWum82c4XpaSsfOUBROWd7VTYT7iZfFckvE4

Instituto Politécnico de Leiria (2023). *Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas: Normas APA 7.ª edição*. Bibliotecas do Politécnico de Leiria.

J

K

Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: Um tratamento conceitual* (Trad.). Editora Pedagógica Universitária.

L

Lameiras, R. A. C. C. (2017). *Proposta de intervenção a partir da identificação das necessidades e expectativas da população idosa residente na Freguesia do Mosteiro (Concelho de Oleiros)* [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5820>

Laureano, R. M. S. (2020). *Testes de hipóteses com o SPSS: O meu manual de consulta rápida* (3ª ed.). Edições Sílabo.

Leitão, L. B. C. (2010). *Qualidade de Vida e Aptidão Física Funcional dos Idosos do Concelho de Évora* [Dissertação de mestrado publicada]. Universidade de Évora.

Lenhard, W., & Lenhard, A. (2022). Psychometrica: Computation of effect sizes. https://www.psychometrica.de/effect_size.html

Lima, G. M. R. (2009). *Criação e validação de um questionário de satisfação com a avaliação de desempenho* [Dissertação de mestrado publicada]. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/2085>

Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não perder? *Psychologica*, (35) 133-135.

Lobo, A. J. S. (2011). *Associação entre qualidade de vida, atividade física, aptidão física e fatores de risco de doenças cardiovasculares dos idosos institucionalizados, da região norte de Portugal* [Dissertação de mestrado publicada]. Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Lopes, P. A. P. L. (2004). *Qualidade de Vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: Um estudo comparativo e correlacional* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola de Psicologia e Ciências do Comportamento do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/612>

Lucas, R., E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>

M

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8ª ed.). Atlas.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com utilização do SPSS* (5ª ed.). ReportNumber.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90. <http://hdl.handle.net/10400.12/133>

Marrachinho, A. L V. (2014). *Qualidade de vida e solidão no idoso institucionalizado* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/8267>

Martins, J. T. F. (2020). *Estudo da composição corporal e aptidão física de uma população idosa* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/7205>

Mendes, M. C. (2018). *Efeitos de um programa de ginástica sénior na capacidade funcional em idosos institucionalizados no concelho de Mação* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6081>

Menezes, G. R. S., Silva, A. S., Silvério, L. C., & Medeiros, A. C. T. (2020). Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2490–2498. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-097>

Monteiro, R. M. F. (2013). *Atividade física na pessoa idosa* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/3189>

Moreira, N., Ciosak, S., & Soares, D. (2021). Capacidade funcional de idosos: relação com a independência e o autocuidado. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(1). <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210007>

Moreira, T. F. L. (2015). *Avaliação da aptidão física e funcional de idosos praticantes de atividade física* [Dissertação de mestrado publicada]. Instituto Universitário de Ciências da Saúde. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/394>

Morgado, M. (2023). APA 7ª edição: Manual básico e rápido para a elaboração de citações de texto e referências bibliográficas. *Revista Portuguesa de Educação*, 1-5.

Mota, J., Ribeiro, J., Carvalho, J., & Santos, M. (2006). Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 6(3), 46–53.

Município de Oleiros (2023). Município de Oleiros promove ação de fogo controlado para proteção do pinhal. Município de Oleiros. <https://cm-oleiros.pt/municipio-de-oleiros-promove-acao-de-fogo-controlado-para-protecao-do-pinhal/>

Município de Oleiros (2025). Saúde: Unidade Móvel de Saúde. Município de Oleiros. <https://cm-oleiros.pt/saude/#1628571916358-af84193b-4413>

N

Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., & Judge, J. O. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094-1105.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.

O

Oliveira, C. M. M. (2006). *Envelhecimento, aptidão física e qualidade de vida: Diferenças entre idosos ativos e não ativos da comunidade e utentes do concelho de Santa Maria da Feira* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Oliveira, M., Silva, J., & Andrade, R. (2023). A influência da prática de atividade física na qualidade de vida de idosos: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.97-art.1835>

Organização Mundial da Saúde (2002). *Active Ageing: a policy framework*. World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde.

P

Padilha, N. M. A. G. M. (1992). *Atividade física e saúde na terceira idade: Estudo da influência da prática de hidroginástica na aptidão física funcional de idosos autônomos e independentes* [Dissertação de mestrado publicada]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, 44(2), 84. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000088>

Paulo, R. M. D. (2010). *Efeitos da atividade física não formal na capacidade funcional e no índice de massa corporal da população idosa* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Paulo, R. M. D. (2015). *Adaptação, avaliação e prescrição do exercício*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Paulo, R. M. D., & Brito, J. P. (2012). Efeitos da atividade física não formal na capacidade funcional e no índice de massa corporal, da população idosa. *Ágora para la educación física y el deporte*, 14(3), p. 348-358. <http://hdl.handle.net/10400.11/2344>

Pereira, M. G. (2013). *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar*. Guanabara Koogan.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais A complementaridade do SPSS* (6ª ed). Edições Sílabo.

Petrica, J. M. P. D. (2003). *A formação de professores de educação física* [Tese de doutoramento publicada]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <http://hdl.handle.net/10400.11/357>

Pinhal Maior (2025). Quem somos? Pinhal Maior - Associação Desenvolvimento do Pinhal Interior Sul 2025. <https://www.pinhalmaior.pt/conteudos.php?id=5>

Pinto, M. J. C. (2003). *Aptidão física, destreza manual e sensibilidade proprioceptiva manual no Idoso: Estudo em praticantes e não praticantes de atividade física* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/10410>

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36(4), 717-731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>

Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2ª ed.). Universidade Freevale.

Q

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Gradiva.

R

Rádio Castelo Branco (2024). Notícias – Beira Baixa: Município lança campanha “Oleiros Abraça o Comércio Local” em todo o concelho. Rádio Castelo Branco (Sapo). <https://radiocastelobranco.sapo.pt/municipio-lanca-campanha-oleiros-abraca-o-comercio-local-em-todo-o-concelho/>

Ramalho, A., Paulo, R., Alegria, J., Duarte-Mendes, P., Serrano, J., & Petrica, J. (2020). Efeitos de um programa de exercício físico com a duração de 6 meses na aptidão física de uma população idosa: um estudo quase-experimental. *Educação Física, Saúde E Bem-Estar - Novos Caminhos*, 216–229. <http://hdl.handle.net/10400.11/7351>

Reis, A., & Frota, C. (2012). Ciência e processo de construção do conhecimento científico. In M. Moura. (org.). *Material complementar do projeto educação científica e cidadania: Abordagens teóricas e metodológicas para a formação de pesquisadores juvenis*. (73-83). Universidade Federal de Minas Gerais.

Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(2), 23–35. https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.23

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (1998). The reliability and validity of a 6-minute walk test as a measure of physical endurance in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6(4), 363-375.

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (1999). *Development and validation of a functional fitness test for community - Residing older adults*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(2), 129-161.

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (1999). Functional fitness normative scores for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(2), 162-181.

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2001). *Senior fitness test manual*. Human Kinetics.

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2008). *Teste de aptidão física para idosos*. Manole.

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2013). *Senior fitness test manual (2nd ed.)*. Human Kinetics.

Rocha, S. P. M. (2012). *Efeitos do aumento da atividade física na funcionalidade e qualidade das pessoas idosas do centro social de Ermesinde* [Dissertação de mestrado não publicada]. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues, R., Teixeira, L., & Santos, A. (2018). Efeitos da atividade física no bem-estar psicológico de idosos: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 36(1), 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2017.06.003>

Rodrigues, T. F., & Henriques, F. C. (2017). *(Re)Birth: Desafios demográficos colocados à sociedade portuguesa*. PCS-Plataforma para o Crescimento Sustentável da Fundação Wilfried Martens Center for European Studies.

Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counternulls on other people's published data: General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1(4), 331–340. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.4.331>

S

Santos, J., Petrica, J., Mendes, M., Serrano, J., Silveira, P., & Maia, L. (2019). Effects of senior exercise program on functional capacity in institutionalized elderly in the municipality of Mação. *Journal of Human Sport & Exercise*, 14(5), 1739-1742. <http://hdl.handle.net/10400.11/6705>

Serrano, J. J. M. (2003). *Estudo do nível de independência de mobilidade e da atividade física nas rotinas de vida quotidiana em crianças de 8, 10 e 12 anos de idade no meio urbano* [Tese de doutoramento publicada]. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.11/846>

Serrano, J., Farinha, C., Petrica, J., Mesquita, H., Paulo, R., Mendes, P., Honório, S., Batista, M., & Faustino, A. (2017). Níveis de Aptidão Física de idosos praticantes de hidroginástica. [Comunicação em conferência]. In *Anais do XIII SIEFLAS*, Instituto Politécnico da Guarda, 10-12 jul. 2017. <http://hdl.handle.net/10400.11/5682>

Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, 349, g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>

Silva, A. (2015). *Programas de atividade física para pessoas idosas em contextos institucionais* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/15699>

Silva, F. M. A. (2019). *Impacto de comportamentos sedentários e da atividade física na aptidão física, função pulmonar e composição corporal de idosos não institucionalizados do distrito de Castelo Branco* [Dissertação de Mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6406>

Silveira, P., Paulo, R., Honório, S., Batista, M., Duarte-Mendes, P., Rocha, J., Petrica, J., Santos, J., Faustino, A., & Serrano, J. (2020). Atividade física versus avaliação da aptidão física funcional de idosos. In Serrano, J., Petrica, J., Kerkoski, M., & Pereira, B. (Coord.). *Atividade Física Lazer e Saúde: Perspetivas e Desafios de Investigação*. Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Editora Manole.

T

Taveira, D. G. C. R. (2010). *Alterações nas Capacidades Motoras Básicas, em Idosos Institucionalizados submetidos à prática de atividade física* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/1200>

Teixeira, L. I. P. (2005). *A atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida: Efeito da atividade física na autonomia funcional e qualidade de vida, em idosos a residir no concelho de Câmara de Lobos* [Dissertação de mestrado publicada]. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Teixeira, R. (2002). *A avaliação da aptidão física de mulheres e homens com idades compreendidas entre os 58 e 84 anos, no âmbito do programa de atividade física do concelho do Porto* [Dissertação de mestrado não publicada]. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3ª ed.). Vozes.

U

V

Valdebenito, S., Eisner, M., Farrington, D., Ttofi, M., & Sutherland, A. (2015). Protocol for a systematic review: School-based interventions for reducing disciplinary school exclusion: A systematic review, *The Campbell Collaboration*, 1-54. <https://doi.org/10.1002/CL2.137>

Veras, R., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no século XXI: Capital social e capacidade funcional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00137717>

Vicente, S. R. (2017). *Avaliação da Aptidão Física em Idosos* [Dissertação de mestrado publicada]. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5482>

Vicente, S., Faustino, A., Serrano, J., & Batista, M. (2018). Avaliação da Aptidão Física em Idosos. *e-Motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 10, 33-54. <http://hdl.handle.net/10400.11/6529>

Vieira, M., Santos, R., & Silva, L. (2010). A influência da atividade física na qualidade de vida de idosos: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 477–489. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300015>

W

Wang, F., Orpana, H. M., Morrison, H., Groh, M., Dai, S., & Luo, W. (2012). Long-term association between leisure-time physical activity and changes in happiness: Analysis of the Prospective National Population Health Survey. *American Journal of Epidemiology*, 176(12), 1095–1100. <https://doi.org/10.1093/aje/kws199>

Wang, F., Orrell, M. & Song, R. (2022). Physical activity, functional fitness, and life satisfaction in community-dwelling older adults: A mediation analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 30(5), 743–751. <https://doi.org/10.1123/japa.2021-0276>

WHO (1997). *The World Health Report 1997: Conquering suffering, enriching humanity*. World Health Organization.

WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization.

X

Y

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos / Robert K. Yin*. (2ª ed.). Bookman.

Z

Anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Individual Informado

Título da Investigação: *“Diferenças na Funcionalidade e na Satisfação com a Vida em Idosos Praticantes e Não Praticantes de um Programa Regular de Atividade Física”*

Orientadores: Prof. Especialista Jorge Santos / Prof. Dr. João Serrano

Investigador: João Domingues

- 1) **Natureza da investigação:** Está a ser convidado para participar numa investigação que tem como objetivo verificar se idosos praticantes de um programa regular de atividade física formal, têm uma melhor perceção da sua qualidade de vida do que idosos sedentários. E ainda aferir se, existindo diferenças significativas, estas se relacionam com o nível de condição física dos idosos e o sexo.
- 2) **Participantes da investigação:** 60 Participantes (idosos), especificamente indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.
- 3) **Participação voluntária:** ao participar nesta investigação permitirá que o investigador obtenha dados para poder comparar os parâmetros de condição física entre idosos praticantes atividade física e não praticantes, e ainda perceber se estes têm perceções diferentes da sua qualidade de vida. Tem liberdade de se recusar a participar. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do investigador do projeto.
- 4) **Recolha de Dados:** Os instrumentos a aplicar serão a Bateria de Testes Rikli & Jones (2008) e o Questionário SF-36v2 (2000), este último com intuito de avaliar a qualidade de vida. No que respeita a Bateria de Testes, é constituída por exercícios de baixa intensidade, podendo provocar apenas ligeira fadiga.
- 5) **Confidencialidade:** Os dados recolhidos neste estudo serão publicados, mas será garantido sempre o anonimato dos participantes. Os dados serão eliminados após conclusão da investigação, exceto os necessários para sustentar os resultados obtidos.
- 6) **Benefícios:** Ao participar nesta investigação não terá nenhum benefício direto. No entanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a perceção da qualidade de vida que praticantes e não praticantes de atividade física têm. E principalmente se existem diferenças entre estes dois grupos e se esta se relaciona com o nível físico.
- 7) **Pagamento:** Não terá nenhum tipo de despesa monetária por participar nesta investigação, bem como nada será pago por sua participação.
- 8) **Riscos e Desconforto:** Participar nesta investigação não tem complicações legais nem éticas. A realização de alguns exercícios da bateria de testes, poderá de alguma forma provocar um ligeiro cansaço. No entanto, os exercícios são na sua maioria de baixa intensidade. A sua participação não implica riscos para a saúde nem ferem a sua dignidade.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar nesta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Observações: Em caso de dúvidas não assine o termo de consentimento individual e esclarecido, e solicite esclarecimentos adicionais.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
li a informação acima apresentada, compreendi o seu âmbito e o que envolve a minha participação neste estudo.

Todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Compreendo que posso pedir informações adicionais em qualquer altura bem como abandonar o estudo sem qualquer ónus ou encargo.

Manifesto o meu consentimento livre e esclarecido em participar na recolha de dados para o estudo *“Diferenças na Funcionalidade e na Satisfação com a Vida em Idosos Praticantes e Não Praticantes de um Programa Regular de Atividade Física”*.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no estudo desde garantida a confidencialidade e o anonimato.

Assinatura do Participante da Investigação

N.º Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade

Assinatura do Investigador

Assinatura do Orientador (Prof. Especialista Jorge Santos)

Assinatura do Orientador (Prof. Dr. João Serrano)

Investigador: João Domingues (910883293)

Orientadores: Prof. Especialista Jorge Santos / Prof. Doutor João Serrano

Anexo B – Questionário de Qualidade de Vida (SF-36v2)

Instruções: as questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

Idade: _____ Sexo: _____ Dorsal: _____

Participa num programa de atividade física? Sim _____ Não _____

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1 – Em geral diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 - As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Atividades	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como correr, levantar objetos pesados, praticar desportos extenuantes	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, aspirar ou varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilómetro	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3

j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3
---------------------------------------	---	---	---

4 - Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades...	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?...	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no seu tipo de trabalho ou outras atividades...	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldades em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais um esforço)...	1	2	3	4	5

5 - Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminui a quantidade de tempo que dedicava a trabalhar ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?...	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6 - Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7 - Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8 - Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9 - As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a ou tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado?	1	2	3	4	5

10 - Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11 - Por favor diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente que os outros...	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa...	1	2	3	4	5

c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar...	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima...	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO!

Anexo C – Transformação de valores do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36v2)

Questão	Alíneas	Dimensão	Escala	Transformação								
1	-	Saúde geral	1 – 5	1 → 5 2 → 4,4 3 → 3,4 4 → 2 5 → 1								
2	-	Mudança em saúde	1 – 5	Manter valor de resposta								
3	(a – j)	Função física	1 – 3	Manter valor de resposta								
4	(a – d)	Dimensão física	1 – 5	Manter valor de resposta								
5	(a – c)	Dimensão emocional	1 – 5	Manter valor de resposta								
6	-	Função social	1 – 5	(Valor = 6 – x) 1 → 5 2 → 4 3 → 3 4 → 2 5 → 1								
7	-	Dor corporal	1 – 6	1 → 6 2 → 5,4 3 → 4,2 4 → 3,1 5 → 2,2 6 → 1								
8	-	Dor corporal	1 – 5	Depende do valor de resposta à questão 7								
				<table border="1"> <tr> <td>Se 7 = 1</td> <td>Se 7 = 2,...6 (Valor = 6 – x)</td> </tr> <tr> <td>1 → 6</td> <td>1 → 5</td> </tr> <tr> <td>2 → 4</td> <td>2 → 4</td> </tr> <tr> <td>3 → 3</td> <td>3 → 3</td> </tr> <tr> <td>4 → 2</td> <td>4 → 2</td> </tr> <tr> <td>5 → 1</td> <td>5 → 1</td> </tr> </table>	Se 7 = 1	Se 7 = 2,...6 (Valor = 6 – x)	1 → 6	1 → 5	2 → 4	2 → 4	3 → 3	3 → 3
Se 7 = 1	Se 7 = 2,...6 (Valor = 6 – x)											
1 → 6	1 → 5											
2 → 4	2 → 4											
3 → 3	3 → 3											
4 → 2	4 → 2											
5 → 1	5 → 1											
9	(a, e, g, i)	Vitalidade	1 – 5	b, c, f, g, i → Manter valor de resposta a, d, e, h (Valor = 6 – x)								
	(b, c, d, f, h)	Saúde mental	1 – 5	1 → 5 2 → 4 3 → 3 4 → 2 5 → 1								
10	-	Função social	1 – 5	Manter valor de resposta								
11	(a – d)	Saúde geral	1 - 5	a, c → Manter valor de resposta b, d → (Valor = 6 – x) 1 → 5 2 → 4 3 → 3 4 → 2 5 → 1								

Determinação do score das dimensões

Dimensão	Questões	Valor mínimo (Vmin)	Valor máximo (Vmáx)	Variação (Vmáx – Vmin)
Função física	3 (a – j)	10	30	20
Desempenho físico	4 (a – d)	4	20	16
Dor corporal	7, 8	2	12	10
Saúde geral	1, 11 (a – d)	5	25	20
Vitalidade	9 (a, e, g, i)	4	20	16
Função social	6, 10	2	10	8
Desempenho emocional	5 (a – c)	3	15	12
Saúde mental	9 (b, c, d, f, h)	5	25	20
Mudança em saúde	2	1	5	4

$$\text{Score dimensão} = \frac{(\text{Soma do valor das respostas} - \text{Valor mínimo})}{\text{Variação}} \times 100$$

Este score total varia de 0 a 100, isto é, um valor mais elevado corresponde a um melhor estado de saúde.

Anexo D – Protocolo de aplicação da bateria de testes Senior Fitness Test de Rikli e Jones (1999; 2001)

a) Estatura e Peso (IMC)

Objetivo: Avaliar o Índice de Massa Corporal (kg/m^2).

Equipamento: Balança (balança com estadiómetro), fita métrica, régua e marcador.

Protocolo: *Calçado:* por uma questão de tempo e comodidade, os sujeitos podem estar calçados durante a medição da altura e do peso, efetuando-se os ajustamentos abaixo descritos para correção do resultado.

Estatura: aplicar verticalmente contra uma parede uma fita métrica de 150 cm, com o zero a 50 cm acima do solo. O participante encontra-se de pé encostado contra uma parede, olhando em frente, com a parte média da cabeça alinhada com a fita métrica. O avaliador coloca a régua nivelada sobre a cabeça do participante, de forma a tocar na fita métrica da parede (**ver figura 4**).

Peso: o participante deve despir todas as peças de vestuário pesadas, tais como casacos ou camisolas grossas.



Figura 4 – Teste de estatura e peso (Rikli & Jones, 2001).

Pontuação: *Estatura:* é a medida, em cm, indicada na fita métrica. Caso o participante se encontre calçado, é necessário reduzir, ao valor avaliado, 1,3 a 2,5 cm.

Peso: é registado com aproximação às 100 gramas e ajustado, tendo em conta o peso do calçado e da roupa. Em geral, deve ser subtraído 0,45 kg para as mulheres e 0,91 kg para os homens.

O Índice de Massa Corporal (IMC) estabelece uma relação entre a estatura e o peso, que indica se o peso da pessoa está ou não adequado à sua estatura. Este Índice é determinado através da seguinte fórmula: $\text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 (\text{m})$. O IMC não é o procedimento recomendado para determinar a composição corporal, uma vez que não permite calcular a percentagem de massa gorda, limitando-se a disponibilizar informação acerca da adequação do peso relativamente à estatura.

Permite definir as seguintes categorias, em indivíduos com mais de 65 anos, segundo a OMS:

- $<21,9 \text{ kg/m}^2$ – Baixo peso
- $22,0 - 27,0 \text{ kg/m}^2$ – Peso Normal
- $27,1 - 32,0 \text{ kg/m}^2$ – Excesso de peso
- $32,1 - 37,0 \text{ kg/m}^2$ – Obesidade grau 1
- $37,1 - 41,9 \text{ kg/m}^2$ – Obesidade grau 2
- $>42,0 \text{ kg/m}^2$ – Obesidade Mórbida

b) Teste Levantar e Sentar na Cadeira

Objetivo: Avaliar a força e resistência muscular dos membros inferiores.

Equipamento: Cronómetro, cadeira com encosto (sem braços), com altura de assento aproximadamente de 43 cm.

Protocolo: Por razões de segurança, a cadeira deve ser colocada contra a parede ou estabilizada de qualquer outro modo, evitando que se mova durante o teste.

O teste inicia-se com o praticante sentado no meio da cadeira, com as costas direitas e os pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo. Um dos pés deve estar ligeiramente avançado em relação ao outro para ajudar a manter o equilíbrio. Os braços estão cruzados ao nível dos pulsos e contra o peito. Ao sinal de “partida”, o praticante eleva-se até à extensão máxima (posição vertical) e regressa à posição inicial de sentado (**ver figura 5**). O praticante é encorajado a completar o máximo de repetições num intervalo de tempo de 30 segundos. O praticante deve sentar-se completamente entre cada elevação. Enquanto controla o desempenho do participante para assegurar um maior rigor, o avaliador conta as elevações corretas. Podem ser realizadas chamadas de atenção verbais (ou gestuais) para corrigir um desempenho deficiente.



Figura 5 – Teste Levantar e Sentar na Cadeira (Rikli & Jones, 2001).

Prática/ Ensaio: Após uma demonstração realizada pelo avaliador, um ou dois ensaios podem ser efetuados pelo participante, visando uma execução correta. De imediato segue-se a aplicação do teste.

Pontuação: A pontuação é obtida pelo número total de execuções corretas num intervalo de 30 segundos. Se o participante estiver a meio da elevação no final dos 30 segundos, esta deve contar como uma elevação.

Tabela 28 – Valores de Referência Homens: Teste de Levantar e Sentar na Cadeira.

Classificação (homens)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤13	≤11	≤11	≤10	≤9	≤7	≤7
Fraco	14-15	12-14	12-13	11-13	10-11	8-10	8-9
Regular	16-17	15-16	14-16	14-15	12-13	11-12	10-11
Bom	18-20	17-19	17-18	16-18	14-16	13-15	12-13
Muito Bom	≥21	≥20	≥19	≥19	≥17	≥16	≥14

Tabela 29 - Valores de Referência Mulheres: Teste de Levantar e Sentar na Cadeira.

Classificação (mulheres)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤12	≤12	≤11	≤10	≤10	≤9	≤8
Fraco	13-15	13-14	12-13	11-13	11-12	10-11	9-10
Regular	16-17	15-16	14-16	14-15	13-14	12-13	11-12
Bom	18-20	17-19	17-18	16-18	15-16	14-15	13-14
Muito Bom	≥21	≥20	≥19	≥19	≥17	≥16	≥15

c) Teste Flexão do Antebraço

Objetivo: Avaliar a força e resistência muscular dos membros superiores.

Equipamento: Relógio de pulso ou cronómetro, cadeira com encosto (sem braços) e halteres de mão (2,27 kg para as mulheres e de 3,63 kg para os homens).

Protocolo: O participante está sentado numa cadeira, com as costas direitas, com os pés totalmente assentes no solo e com o tronco totalmente encostado. O haltere de mão deve estar seguro na mão dominante. O teste começa com o antebraço em posição inferior, ao lado da cadeira, perpendicularmente ao solo. Ao sinal de “iniciar”, o participante roda gradualmente a palma da mão para cima, enquanto faz a flexão do antebraço no sentido completo do movimento, depois regressa à posição inicial de extensão do antebraço (**ver figura 6**).

Deverá ser dada especial atenção ao controlo da fase final da extensão do antebraço. O avaliador ajoelha-se (ou senta-se numa cadeira) junto do participante no lado do braço dominante, colocando os seus dedos no bicípite do executante, de modo a estabilizar a parte superior do braço e a assegurar que seja realizada uma flexão completa (o antebraço do participante deve apertar os dedos do avaliador). É importante que a parte superior do braço, permaneça estática durante o teste. O avaliador pode precisar de colocar a sua outra mão atrás do cotovelo de maneira a que o executante saiba quando atingiu a extensão total, evitando movimentos de balanço do antebraço. O relógio/cronómetro deve ser colocado de maneira totalmente visível.

O participante é encorajado a realizar o maior número possível de flexões num tempo limite de 30 segundos, mas sempre com movimentos controlados tanto na fase de flexão, como de extensão. O avaliador deverá acompanhar as execuções de forma a assegurar que o peso é transportado em toda a amplitude do movimento: da extensão total à flexão total. Cada flexão correta é contabilizada, com chamadas de atenção verbais sempre que se verifique um desempenho incorreto.



Figura 6 – Teste Flexão do Antebraço (Rikli & Jones, 2001).

Prática/ Ensaio: Após demonstração realizada pelo avaliador, o participante poderá fazer uma ou duas tentativas, seguida do teste. O teste deverá ser executado uma vez.

Pontuação: A pontuação é obtida pelo número total de flexões corretas realizadas num intervalo de 30 segundos. Se, no final dos 30 segundos, o antebraço estiver em meia-flexão, deve contabilizar-se como uma flexão total.

Tabela 30 – Valores de Referência Homens: Teste Flexão do Antebraço.

Classificação (homens)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤15	≤14	≤13	≤12	≤12	≤10	≤9
Fraco	16-18	15-17	14-16	13-15	13-15	11-13	10-11
Regular	19-20	18-20	17-19	16-17	16-17	14-15	12-13
Bom	21-23	21-23	20-22	18-20	18-20	16-17	14-15
Muito Bom	≥24	≥24	≥23	≥21	≥21	≥18	≥16

Tabela 31 – Valores de Referência Mulheres: Teste Flexão do Antebraço.

Classificação (mulheres)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤13	≤11	≤11	≤10	≤9	≤7	≤6
Fraco	14-15	12-14	12-14	11-13	10-11	8-10	7-9
Regular	16-18	15-17	15-16	14-16	12-14	11-13	10-11
Bom	19-21	18-20	17-19	17-18	15-17	14-16	12-14
Muito Bom	≥22	≥21	≥20	≥19	≥18	≥17	≥15

d) Teste Sentado e Alcançar

Objetivo: Avaliar a flexibilidade dos membros inferiores.

Equipamento: Cadeira com encosto (aproximadamente 43 cm de altura até ao assento) e uma régua de 50 cm.

Protocolo: A cadeira deve ser colocada contra uma parede para que se mantenha estável (não deslize para a frente) quando o participante se sentar na respetiva extremidade.

Começando numa posição de sentado, o participante avança o seu corpo para a frente, até se encontrar sentado na extremidade do assento da cadeira. A dobra entre o topo da perna e as nádegas deve estar ao nível da extremidade do assento. Com uma perna fletida e o pé totalmente assente no solo, a outra perna (a perna de preferência), é estendida na direção da coxa, com o calcanhar no chão e o pé fletido (aproximadamente 90°). O participante deve ser encorajado a expirar à medida que, vai fletindo para a frente, evitando movimentos bruscos, rápidos e fortes, nunca atingindo o limite da dor.

Com a perna estendida (mas não hiperestendida), o participante flete lentamente para a frente até à articulação da coxofemoral (a coluna deve manter-se o mais direita possível, com a cabeça não fletida), deslizando as mãos (uma

sobre a outra, com as pontas dos dedos sobrepostas) ao longo da perna estendida, tentando tocar os dedos dos pés durante 2 segundos. Se o joelho da perna estendida começar a fletir, solicitar ao participante que se sente lentamente até que o joelho fique na posição estendida antes de iniciar a medição (**ver figura 7**).



Figura 7 – Teste Sentado e Alcançar (Rikli & Jones, 2001).

Prática/ Ensaio: Após demonstração realizada pelo avaliador, o participante é questionado sobre a sua perna preferencial. O participante deve ensaiar duas vezes, seguindo-se a aplicação do teste.

Pontuação: Usando uma régua de 50 cm, o avaliador regista, em cm, a distância até aos dedos dos pés (resultado mínimo) ou a distância que consegue alcançar para além dos dedos dos pés (resultado máximo), sendo que o meio do dedo grande do pé, na extremidade do sapato, representa o ponto zero. O avaliador, regista ambos os valores encontrados com a aproximação de 1 cm e faz um círculo sobre o melhor resultado. O melhor resultado é usado para avaliar o desempenho.

Nota: o avaliador deve ter em atenção às pessoas que apresentam problemas de equilíbrio, quando sentadas na extremidade da cadeira. A perna preferida é definida pelo melhor resultado. É importante trabalhar os dois lados do corpo ao nível da flexibilidade, mas, por questões de tempo apenas o lado hábil tem sido usado para definição de padrões.

Tabela 32 – Valores de Referência Homens: Teste Sentado e Alcançar.

Classificação (homens)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤-3,4	≤-3,9	≤-3,9	≤-5,0	≤-6,2	≤-5,9	≤-7,2
Fraco	-3,3_-0,6	-3,8_-1,1	-3,8_-1,2	-4,9_-2,3	-6,1_-3,2	-5,8_-3,5	-7,1_-4,7
Regular	-0,5_1,8	1,0_1,1	-1,1_1,1	-2,2_0,1	-3,1_-0,8	-3,4_-1,3	-4,6_-2,5
Bom	1,9_4,6	1,2_3,9	1,2_3,8	0_2,8	-0,7_2,2	-1,2_1,1	-2,4_0
Muito Bom	≥4,7	≥4,0	≥3,9	≥2,9	≥2,3	≥1,2	≥0,1

Tabela 33 - Valores de Referência Mulheres: Teste Sentado e Alcançar.

Classificação (mulheres)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤-1,3	≤-1,0	≤-1,7	≤-2,0	≤-2,6	≤-3,2	≤-5,1
Fraco	-1,2_1,1	-0,9_1,1	-1,6_0,5	-1,9_0,2	-2,5_-0,4	-3,1_-1,0	-5,0_-2,7
Regular	1,2_3,1	1,2_2,9	0,6_2,3	0,3_2,1	-0,3_1,4	-0,9_0,8	-2,6_-0,7
Bom	3,2_5,5	3,0_5,0	2,4_4,5	2,2_4,4	1,5_3,6	0,9_3,0	-0,6_1,7
Muito Bom	≥5,6	≥5,1	≥4,6	≥4,5	≥3,7	≥3,1	≥1,8

e) Teste Sentado, Caminhar 2,44m e voltar a Sentar

Objetivo: Avaliar a mobilidade física (velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico).

Equipamento: Cronómetro, fita métrica, cone (ou outro marcador) e cadeira com encosto (aproximadamente 43 cm de altura).

Protocolo: A cadeira deve ser posicionada contra a parede ou de outra forma que garanta a posição estática durante o teste. A cadeira deve também estar numa zona desobstruída, em frente a um cone, à distância de 2,44 metros (medição desde a ponta da cadeira até à parte anterior do marcador). Deverá haver pelo menos 1,22 metros de distância livre à volta do cone, permitindo, ao participante contornar livremente o cone.

O teste é iniciado com o participante totalmente sentado na cadeira (postura ereta), com as mãos nas coxas e os pés totalmente assentes no solo (um pé ligeiramente avançado em relação ao outro). Ao sinal de “partida” o participante eleva-se da cadeira (pode empurrar as coxas ou a cadeira), caminha o mais rápido possível à volta do cone e regressa à cadeira (**ver figura 8**). O participante deve ser informado de que se trata de um teste “por tempo”, sendo o objetivo caminhar o mais rápido possível (sem correr) à volta do cone e regressar à cadeira. O avaliador deve iniciar o cronómetro ao sinal de “partida” quer a pessoa tenha ou não iniciado o movimento, e pará-lo no momento exato em que a pessoa se senta.



Figura 8 – Teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar (Rikli & Jones, 2001).

Prática/ Ensaio: Após demonstração, o participante deve experimentar uma vez, realizando duas vezes o exercício. Deve chamar-se à atenção do participante de que o tempo é contabilizado, até este estar completamente sentado na cadeira.

Pontuação: O resultado corresponde ao tempo decorrido entre o sinal de “partida” até ao momento em que o participante está sentado na cadeira. O avaliador regista os dois valores até aos 0,1 segundos. O melhor resultado é utilizado para medir o desempenho.

Tabela 34 – Valores de Referência Homens: Teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar.

Classificação (homens)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤5,8	≤6,1	≤6,4	≤7,5	≤7,9	≤9,4	≤10,5
Fraco	5,7-5,0	6,0-5,4	6,3-5,6	7,4-6,4	7,8-6,9	9,3-7,9	10,4-8,8
Regular	4,9-4,4	5,3-4,8	5,5-5,0	6,3-5,4	6,8-6,0	7,8-6,5	8,7-7,4
Bom	4,3-3,6	4,7-4,1	4,9-4,2	5,3-4,3	5,9-4,9	6,4-5,0	7,3-5,7
Muito Bom	≥3,5	≥4,0	≥4,1	≥4,2	≥4,8	≥4,9	≥5,6

Tabela 35 - Valores de Referência Mulheres: Teste Sentado, Caminhar 2,44 m e voltar a Sentar.

Classificação (mulheres)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤6,2	≤6,6	≤7,3	≤7,6	≤9,0	≤10	≤12,1
Fraco	6,1-5,5	6,5-5,9	7,2-6,4	7,5-6,7	8,9-7,8	9,9-8,5	12-10,2
Regular	5,4-4,9	5,8-5,3	6,3-5,6	6,6-5,6	7,7-6,7	8,4-7,3	10,1-8,6
Bom	4,8-4,2	5,2-4,6	5,5-4,7	5,5-5,0	6,6-5,4	7,2-5,8	8,5-6,7
Muito Bom	≥4,1	≥4,5	≥4,6	≥4,9	≥5,3	≥5,7	≥6,6

f) Teste Alcançar Atrás das Costas

Objetivo: Avaliar a flexibilidade dos membros superiores.

Equipamento: Régua.

Protocolo: Na posição de pé, o participante coloca a mão dominante por cima do mesmo e alcança o máximo possível em direção ao meio das costas, palma da mão para baixo e dedos estendidos (o cotovelo apontado para cima). A mão do outro braço é colocada por baixo e atrás, com a palma virada para cima, tentando alcançar o mais longe possível numa tentativa de tocar (ou sobrepor) os dedos médios de ambas as mãos **(ver figura 9)**.



Figura 9 – Teste Alcançar Atrás das Costas (Rikli & Jones, 2001).

Prática/Ensaio: Após a demonstração por parte do avaliador, o participante é questionado sobre a sua mão de preferência. Sem mover as mãos do participante, o avaliador ajuda a orientar os dedos médios de ambas as mãos na direção um do outro. O participante não pode entrelaçar os dedos e puxar.

Pontuação: A distância da sobreposição, ou distância entre as pontas dos dedos médios é a medida ao cm mais próximo. Os resultados negativos representam a distância mais curta entre os dedos médios; os resultados positivos representam a medida da sobreposição dos dedos médios. Registrando-se duas medidas. O “melhor” valor é usado para medir o desempenho. A mão de referência é definida segundo o melhor resultado encontrado. É importante trabalhar os dois lados do corpo ao nível da flexibilidade, mas, por questões de economia de tempo, tem sido usada apenas a “melhor” pontuação para definir a norma.

Tabela 36 – Valores de Referência Homens: Teste Alcançar Atrás das Costas.

Classificação (homens)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤-7,4	≤-8,2	≤-8,6	≤-9,9	≤-10,5	≤-10,2	≤-11,2
Fraco	-7,3_-4,6	-8,1_-5,3	-8,5_-5,7	-9,8_-6,9	-10,4_-7,1	-10,1_-7,4	-11,1_-8,4
Regular	-4,5_-2,2	-5,2_-2,9	-5,6_-3,3	-6,8_-4,3	-7,0_-4,3	-7,3_-5,0	-8,3_-6,0
Bom	-2,1_0,6	-2,8_0	-3,2_-0,4	-4,2_-1,3	-4,2_-1,2	-4,9_-2,2	-5,9_-3,2
Muito Bom	≥0,7	≥0,1	≥-0,3	≥-1,2	≥-1,1	≥-2,1	≥-3,1

Tabela 37 - Valores de Referência Mulheres: Teste Alcançar Atrás das Costas.

Classificação (mulheres)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤-3,6	≤-4,3	≤-4,9	≤-5,5	≤-6,1	≤-7,7	≤-8,9
Fraco	-3,5_-1,6	-4,2_-2,1	-4,8_-2,6	-5,4_-3,1	-6,0_-3,7	-7,6_-5,0	-8,8_-5,8
Regular	-1,5_0,2	-2,0_-0,3	-2,5_-0,8	-3,0_-1,1	-3,6_-1,6	-4,9_-2,8	-5,7_-3,2
Bom	0,3_1,9	-0,2_1,9	-0,7_1,5	-1,0_1,3	-1,5_0,9	-2,7_-0,1	-3,1_-0,1
Muito Bom	≥2,0	≥2,0	≥1,6	≥1,4	≥1,0	≥0,0	≥0,0

g) Teste Andar 6 minutos

Objetivo: Avaliar a aptidão cardiorrespiratória (resistência aeróbia).

Equipamento: Cronómetro, uma fita métrica comprida, cones, paus, giz. Por razões de segurança, devem de ser colocadas cadeiras ao longo de vários pontos, na parte de fora do circuito.

Protocolo: O teste envolve a medição da distância que pode ser caminhada durante 6 minutos ao longo de um percurso de 50 metros, sendo marcados segmentos de 5 metros. Os participantes caminham continuamente em redor do percurso marcado, durante um período de 6 minutos, tentando percorrer a máxima distância possível. O perímetro interno da distância medida deve ser delimitada por cones e os segmentos de 5 metros com marcador ou giz. A área de percurso deve estar bem iluminada, devendo a superfície não ser deslizante e lisa. O teste pode ser realizado numa área retangular, marcada em segmentos de 5m (**ver figura 10**).

Para facilitar o processo de contagem das voltas do percurso, pode ser dado ao participante um pau (ou objeto similar) no final de cada volta, ou então um colega pode marcar numa ficha de registo sempre que uma volta é terminada. Dois ou mais participantes devem ser avaliados simultaneamente, com tempos de partida

diferentes (10 segundos de diferença) de maneira a que os participantes não andem em grupos ou em pares.

Quando várias pessoas são avaliadas ao mesmo tempo, os participantes devem ostentar números segundo a ordem de partida e paragem (podem ser colocados autocolantes nas camisolas). Ao sinal de “partida”, os participantes saem instruídos para caminharem o mais rápido possível (sem correrem) na distância marcada à volta dos cones. Se necessário, os participantes podem parar e descansar, sentando-se em cadeiras ao dispor, retomando depois o percurso.

O avaliador deverá colocar-se dentro da área marcada, após todos os participantes terem iniciado o teste. No sentido de uma assistência periódica, os tempos intermédios devem ser anunciados aproximadamente a meio do percurso, quando faltarem 2 minutos e quando faltar 1 minuto. No final dos 6 minutos, os participantes (em cada 10 segundos) são instruídos para pararem e deslocam-se para a direita, onde um assistente registará a distância percorrida.

Importante referir que o teste deve ser interrompido caso qualquer participante mostre sinais de tonturas, dor, náuseas ou fadiga.



Figura 10 – Teste Andar 6 minutos (Rikli & Jones, 2001).

Pontuação: O resultado representa o número total de metros caminhados em 6 minutos. Para determinar a distância percorrida, o avaliador ou assistente regista a marca mais próxima do local onde o executante parou e acrescenta-a ao número de paus ou indicações registadas na ficha. Por exemplo, uma pessoa que tenha conseguido 10 voltas e tenha alcançado a marcação dos 35 metros, terá percorrido 535 metros.

Tabela 38 – Valores de Referência Homens: Teste Andar 6 minutos.

Classificação (homens)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤597	≤544	≤526	≤449	≤423	≤358	≤279
Fraco	598-651	545-605	527-586	450-524	424-494	359-442	280-366
Regular	652-697	606-657	587-638	525-586	495-554	443-512	367-440
Bom	698-751	658-718	639-698	587-661	555-625	513-696	441-527
Muito Bom	≥752	≥719	≥699	≥662	≥626	≥697	≥528

Tabela 39 - Valores de Referência Mulheres: Teste Andar 6 minutos.

Classificação (mulheres)	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	≤532	≤483	≤466	≤413	≤364	≤318	≤251
Fraco	533-582	484-543	467-524	414-480	365-433	319-394	252-326
Regular	583-624	544-593	525-572	481-538	434-491	395-458	327-388
Bom	625-674	594-653	573-630	539-605	492-560	459-534	389-463
Muito Bom	≥675	≥654	≥631	≥606	≥561	≥535	≥464