

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida dos Adultos

Arnaldina do Céu Lopes Sampaio

Porto, 2007



Benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida dos Adultos



Arnaldina Sampaio



Benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida dos Adultos

Monografia realizada no âmbito da disciplina de Seminário do 5º ano da licenciatura em Desporto e Educação Física, na área de Recreação e Tempos Livres, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Orientadora: Prof. Doutora Joana Carvalho

Arnaldina do Céu Lopes Sampaio

Porto, 2007

Provas de Licenciatura

Sampaio,A. (2007). *Os Benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida dos Adultos*. Porto: A. Sampaio. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: QUALIDADE DE VIDA; ACTIVIDADE FISICA; SAUDE; ADULTOS; CAMINHADA.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Joana Carvalho, pela orientação, pelas sugestões e pela paciência.

À Professora Doutora Paula Santos, pela prontidão para ajudar.

Aos meus pais, irmão pela dedicação e pelos incentivos constantes ao longo da minha formação.

Ao Vince, pela paciência e apoio, em todos os momentos.

À Paula, por estar sempre disposta a ajudar e pelo apoio logístico.

À Carla e ao Daniel, pela amizade e pelo auxílio sempre que necessitei.

À Nádia, pela motivação mútua.

E àqueles que directa ou indirectamente, apoiaram-me durante todo este processo.

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Índice Geral	iv
Índice de Figuras	v
Índice de Quadros	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de Abreviaturas	viii
1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	4
2.1 Qualidade de Vida	4
2.1.1. Definição e Evolução do Conceito	4
2.1.2. Saúde	8
2.1.3. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde	9
2.2. Estilo de vida dos Adultos	11
2.2.1. Estilo de Vida Activo e Actividade Física	15
2.3. Caminhada	20
2.3.1. Os benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida	21
3. Objectivos	28
3.1. Objectivos Gerais	28
3.2. Objectivos Especificos	28
4. Material e Métodos	29
4.1. Amostra	29
4.2. Instrumentos	32
4.3. Procedimentos Estatísticos	35
5. Apresentação dos Resultados	37
6. Discussão dos Resultados	44
7. Conclusão	49
8. Referencias Bibliográficas	50
9. Anexos	ix
9.1. Anexo 1 – Carta de Consentimento	x
9.2. Anexo 2 – Questionário Mos SF-36	xii

Índice Figuras

Figura 1 — Distribuições das idades dos sujeitos caminhantes e não caminhantes por sexo	30
Figura 2— Distribuições dos sujeitos caminhantes e não caminhantes por sexo	31
Figura 3 - Distribuição das horas semanais dos praticantes de caminhada	31
Figura 4- Modelo Factorial SF-36 com duas componentes	33
Figura 5— Distribuição da amostra nas diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36, por grupo	38
Figura 6— Distribuição da amostra por grupo e sexo em relação às diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36	40
Figura 7— Médias da amostra por grupo e sexo em relação às diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36	41
Figura 8— Distribuição da amostra na dimensão Mudança na Saúde por grupo e sexo	42
Figura 9 — Distribuição da amostra na dimensão Mudança na Saúde por grupo	43

Índice Quadros

Quadro 1 – Taxonomia das definições de qualidade de vida, segundo Farquhar (1995).	5
Quadro 2 — Informação para o sistema de pontuação do MOS SF-36	34

RESUMO

Na contra-corrente do sedentarismo que assola as populações urbanas, constatam-se fortes apelos à incorporação de hábitos e atitudes positivas visando a promoção de estilos saudáveis e activos, perspectivando patamares elevados na qualidade de vida. Nesta linha, em várias cidades do nosso país assiste-se ao aumento de praticantes de caminhada, que procuram melhorar a sua saúde e qualidade de vida, através desta actividade.

O objectivo deste estudo é conhecer os benefícios da prática regular de caminhada, numa faixa etária particularmente susceptível a um estilo de vida sedentário, e a percepção dos praticantes, na influência que a caminhada exerce sobre a sua qualidade de vida. Neste estudo foi utilizada pesquisa exploratória na cidade de Viseu. A amostra foi constituída por 50 sujeitos ($38,68 \pm 11,5$) de ambos os sexos (25 caminhantes e 25 não caminhantes) que realizaram o questionário de qualidade de vida associado á saúde - MOS SF-36.

Os principais resultados deste estudo demonstram que os caminhantes apresentam uma melhor percepção subjectiva de saúde. Outro facto que está de acordo com os estudos encontrados, é que os elementos caminhantes do sexo masculino tem uma percepção subjectiva de saúde mais positiva do que os adultos caminhantes do sexo feminino. O mesmo acontece no grupo de sujeitos não caminhantes.

Palavras-chave: QUALIDADE DE VIDA; ACTIVIDADE FISICA; SAUDE; ADULTOS; CAMINHADA.

ABSTRACT

In the upstream of the sedentariness that characterises the urban populations, strong appeals were established to the incorporation of habits and positive attitudes aiming at the promotion of active and healthy life styles, targeting higher standards in the quality of life.

In this line of thought, we can observe, in several cities of our country, the increase of walkers that look forward to improve their health and quality of life, through this activity.

The objective of this study is to know the benefits of the regular practical of walking in an age group susceptible to have a sedentary lifestyle, and the walkers' perception about the influence that walking has in the quality of life.

In this we study an exploratory research was used in the city of Viseu. The sample was constituted by 50 subjects ($38,68 \pm 11,5$) of both sexes (25 walkers and 25 non walkers) that carried out a life quality, health associated questionnaire – MOS SF-36.

The main results of this study show that the male walkers have a more positive subjective perception of health than the adult female walkers. This fact also occurs on the non walkers group.

Key Words: QUALITY OF LIFE; PHYSICAL ACTIVITY; HEALTH; ADULTS; WALKING.

Lista de Abreviaturas

ACS – American Cancer Society

ACSM - American College of Sports Medicine

AF – Actividade Física

AHA - American Heart Association

CDC - *Center for Disease Control and Prevention*

CFF – Capacidade Física Funcional

DCV – Doenças Cardiovasculares

IMC – Índice de Massa Corporal

MOS SF36 – Medical Outcome Study Form - 36

NYHA - New York Heart Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade e Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

1.Introdução

A Qualidade de Vida (QV) é uma preocupação actual da sociedade contemporânea, onde existe um interesse crescente sobre o bem-estar das pessoas.

Este termo é utilizado por pessoas dos mais diferentes quadrantes, fazendo com que este, esteja sujeito a varias interpretações (Ribeiro, 1994).

As distintas definições, consequência das diferentes perspectivas, faz com que a QV se torne num conceito de difícil definição. Assim, a noção de QV é subjectiva, multifactorial e individual (Simon, 1993).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV será a “percepção do indivíduo, na sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações “ (OMS, 1997). Na mesma linha de pensamento, Calmeiro & Matos (2004) consideram a QV como o “grau de coincidência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos próprios de cada indivíduo”. Esta abordagem é centrada na percepção dos indivíduos, e está inerente a noção de saúde percebida (Bucquet, 1993). Assim entre os múltiplos e distintos factores que podem influenciar a QV das populações, existe um ênfase particular sobre aspectos relacionados com a saúde (Paschoal, 2000).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é um subconjunto dos aspectos de QV relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde (Ferreira, 2000). De acordo com a OMS a saúde é uma dimensão da nossa qualidade de vida.

Esta organização, em 1948, definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, enfatizando a sua importância para a felicidade, a paz e a segurança. Mais recentemente, a OMS acrescenta uma perspectiva ecológica à saúde, referindo que é a extensão em que individuo ou grupo é capaz, por um lado de realizar as

suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente” (Ribeiro, 2005).

Apesar de todas essas evidências científicas, a maioria da humanidade leva vida sedentária. A OMS estima que 60% da população mundial não pratica actividade física suficiente (WHO, 2006).

As evidências mostram que a AF regular protege o organismo, contrariando os hábitos sedentários. Actualmente é consensual que a prática de actividade física (AF) regular contribui para a saúde dos indivíduos e conseqüentemente, para a nossa Qualidade de Vida.

Os estilos de vida sedentários constituem assim um dos maiores problemas de saúde pública com o qual as sociedades ocidentais se debatem. O sedentarismo, contribui para a ocorrência de doenças crónicas, mortes prematuras e invalidez, o que leva a graves custos económicos e sociais. Desta forma, a promoção de estilos de vida saudáveis revela-se como uma necessidade urgente e um dos maiores desafios para as sociedades ocidentais. A promoção de hábitos saudáveis, incluindo a pratica de AF regular, é cada vez mais importante, pois tem-se assistido a uma diminuição significativa da AF com o aumento da idade (Rowland, 2002).

O caminhar ou andar a pé tem merecido especial atenção, uma vez que pode ser uma forma importante das pessoas fazer AF como parte do seu quotidiano. Torna-se assim pertinente conhecer os benefícios da prática regular de caminhada, nomeadamente nos adultos, faixa etária activa da sociedade que é particularmente susceptível a um estilo de vida sedentário. É também importante conhecer a percepção que os praticantes têm, da influência que a caminhada exerce sobre a sua qualidade de vida.

Assim a caminhada pode corresponder a uma intervenção promotora de saúde isenta de custos. Caminhar é o exercício mais popular, não requer local específico de prática, e a maioria da população pode praticar, sendo a forma de actividade física aeróbia de mais fácil acesso. Muitas pessoas praticam caminhada, nomeadamente em adultos e idosos (Rafferty, Reeves et al. 2002).

Devido a esta conjuntura de factores, a existência de poucos estudos e acrescentando o facto da prática da caminhada estar actualmente em voga, parece-nos importante abordar este tema.

O presente estudo tem como principal objectivo conhecer e avaliar a influência da caminhada na qualidade de vida dos adultos. Foi comparado um grupo de caminhantes e não caminhantes, de forma a conhecermos a sua percepção de qualidade de vida relacionada à saúde.

Este estudo está estruturado da seguinte forma:

Capítulo I – Introdução – apresenta de forma sucinta a problemática do estudo, pertinência e objectivos.

Capítulo II – Revisão da literatura encontra-se dividida em 3 partes: 1) Qualidade de vida (definição, evolução do conceito e relação com a saúde), 2) Estilos de vida dos Adultos (Sedentarismo, estilo de vida activo e actividade física), 3) Caminhada (benefícios e sua relação com a qualidade de vida).

Capítulo IV – Materiais e métodos – Descreve a metodologia utilizada neste estudo, nomeadamente a caracterização da amostra, instrumentos e procedimentos estatísticos.

Capítulo V – Resultados – Apresentação e análise dos resultados.

Capítulo VI – Discussão dos Resultados – analisa e discute os resultados obtidos (face à literatura nacional e internacional).

Capítulo VII – Conclusões – apresenta as principais conclusões

Capítulo VIII – Bibliografia – Apresenta a bibliografia consultada na elaboração desta pesquisa.

Capítulo IX- Contem os anexos utilizados no decurso do estudo.

2. Revisão da Literatura

2.1. - Qualidade de Vida

2.1.1. - Definição e Evolução do Conceito

O conceito de Qualidade de Vida (QV) tem sofrido alterações ao longo do tempo, sendo muito usado na actualidade. Encontrar uma definição para termos como a QV continua a ser um grande desafio. Ao longo dos anos, este conceito tem sido definido com base em distintas vertentes.

O termo QV foi inicialmente associado à economia. Em 1920, Pigou fez referências no seu livro sobre economia e bem-estar, no qual ele discutiu o suporte governamental para as classes menos favorecidas, bem como o impacto na vida das pessoas e nas finanças nacionais (Wood-Dauphiness, 1999).

Após a 2ª Guerra Mundial, a utilização do termo e do conceito de QV, especialmente nos Estados Unidos da América, foi utilizado para caracterizar a porção de bens materiais (tecnologia) adquiridos pelas pessoas (Carr e Thompson, 1996). Nos anos 50, com a evolução tecnológica, a atenção dos pesquisadores focou-se nos campos da saúde, educação e economia.

As diferentes perspectivas do termo QV, levou Awad e Voruganti (2000), em meados da década de 70, a tentar explicitar as dificuldades que cercavam a conceitualização do termo QV: *“qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual todos falam, mas que ninguém sabe claramente o que é”*.

A partir dos anos 80, a noção de QV acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenómeno, envolve diferentes dimensões.

Na inicio da década de 90, Farquhar (1995) propôs uma taxonomia das definições sobre a QV até então existente, dividida em 4 tempos e que estão apresentados na Quadro 1.

Quadro 1	
<i>Taxonomia das definições de qualidade de vida, segundo Farquhar (1995).</i>	
Taxonomia	Características e implicações das definições
I – Definição global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 80. Muito generalistas, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
II – Definição com base em componentes	Definições baseadas em componentes surgem nos anos 80. Inicia-se a fragmentação do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a proliferação de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
III – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas em situações especiais.
IV – Definição combinada	Definições incorporam aspectos dos Tipos II e III: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e factorial.

Apesar da taxonomia das definições, a dificuldade em limitar o termo QV persiste, pois “todos tem a sua própria ideia do que é a QV, e é nisso que reside o problema” (Ribeiro, 1994). O crescente interesse que vem acompanhando este

termo, na sociedade actual, torna a QV num termo popular. Este é muito usado por pessoas dos mais diferentes quadrantes. A sua utilização por especialistas, leigos, gente culta e inculta faz com que este termo esteja sujeito a várias interpretações (Ribeiro, 1994).

As distintas definições, consequência das diferentes perspectivas, conduz à dificuldade de operacionalizar o conceito.

Dantas (1997) defende que a QV esta relacionada com as carências que cada pessoa aparenta, devendo a sua avaliação ter em atenção “o grau de atendimento das necessidades existentes”. A QV deverá ser uma opção pessoal definida de acordo com as esperanças e possibilidades de cada um, estando assim sujeita a constantes reformulações (Aragão et al, 2002).

Nesta perspectiva, a QV resulta de um conjunto de parâmetros individuais, sócio-culturais e ambientais que caracterizam as condições em que o ser humano vive, uma comunidade ou uma nação. Por isso, torna-se num conceito complexo e multideterminado, devendo a sua interpretação ser feita de um modo contínuo (Dantas, 1997 cit. Aragão et al, 2002).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV será a “percepção do indivíduo, na sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações “ (OMS, 1997). Este grupo de especialistas, afirma que apesar de não haver um significado consensual do conceito, existe consenso entre os investigadores acerca de algumas características do mesmo, as quais passamos a designar:

Subjectividade trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre aspectos da sua vida, ou seja, a avaliação de cada indivíduo sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a QV. Devido a este carácter subjectivo é necessário ter atenção ao seu limite. Estudiosos enfatizam então que a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito, quando a QV era avaliada por um observador. Neste sentido, há uma preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de

avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população e não da visão de cientistas (Leplège, 1995).

Multidimensionalidade que se refere ao reconhecimento de que o conceito é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objecto de pesquisa científica (World Health Organization Quality of Life - WHOQOL, 1998). De acordo com a OMS (1995), há pelo menos 4 dimensões básicas que se deve dar especial atenção, são elas: (1) a dimensão física como a percepção do indivíduo sobre a sua condição física; (2) a dimensão psicológica que representa a percepção do indivíduo sobre a sua condição afectiva e cognitiva; (3) a dimensão social que reflecte a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados na vida e a (4) dimensão ambiental que traduz a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados com o ambiente onde vive.

Qualquer avaliação de QV deve incluir dimensões positivas e negativas, dando assim ênfase às percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. Como exemplo de dimensões positivas pode-se abordar a mobilidade e a autonomia. Das dimensões negativas fazem parte, por exemplo, a dor, a fadiga e a dependência.

A compreensão destas características da QV foi fulcral para o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação. A utilização de instrumentos para avaliar a QV tem aumentado e têm sido aperfeiçoados. Desde a década de 80, têm crescido o interesse pela medição da QV. Actualmente existe uma grande variedade de métodos nesta medição, dependendo dos interesses dos investigadores, dos recursos disponíveis e ainda, dos objectivos dos estudos (Paschoal, 2001).

A maioria da informação recolhida é feita através de questionários, que podem ser gerais ou específicos. De entre os mais utilizados, destacam-se o WHOQOL-bref e o Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36), SF-36 (Ware et al., 1998). O primeiro instrumento referido, foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, sendo a versão

abreviada do WHOQOL-100. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref pretende avaliar a QV dentro de uma perspectiva transcultural (Orley et al, 1998). O MOS SF-36 permite medir o nível global de saúde (importante componente da QV) (Miguel, 2001), avaliado em oito dimensões. Estas dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: a física, que inclui a função física, o desempenho físico, a dor e a saúde geral, e a componente mental, que inclui a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade.

Em suma, a multiplicidade de factores que contribuem para uma vida satisfatória, a parcela de contribuição de cada um deles e a sua interacção ainda é matéria de estudo e de teorizações. Segundo Bowling (1998), quando definida esta percepção deve-se ter em atenção o vasto leque de componentes, desde a capacidade ou habilidade funcional, incluindo o desenvolvimento das funções ou papéis habituais (tanto a nível doméstico como profissionais) passando pelo bem-estar psicológico, às sensações somáticas e de satisfação de vida (Bowling, 1998). Mais recentemente Calmeiro e Matos (2004) referem que a QV é um conceito de difícil definição, pela sua abrangência e variação inter-cultural, de uma forma geral pode definir-se como o “grau de coincidência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos próprios de cada indivíduo”.

2.1.2. Saúde

Este conceito considerado controverso por vários autores, tem seguido uma tendência evolutiva. A Saúde foi inicialmente definida em termos de sobrevivência, mais tarde foi vista como a negação de doença e depois como algo de positivo e resultante de uma força interior existente em cada um de nós (McDowell e Newell, 1987).

De acordo com a OMS, em 1948, saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, enfatizando a sua importância para a felicidade, a paz e a segurança (Preamble to the Constitution of the World Health Organization, 1948). Bowling (1998) salienta a componente positiva deste conceito, considerando que a saúde é mais do que a ausência de enfermidades ou incapacidade, e implica, bem estar físico e mental, suporte social, capacidade para enfrentar dificuldades, integridade, total funcionalidade ou eficiência da mente e do corpo e adaptação social.

Mais recentemente, a OMS, acrescentou uma perspectiva ecológica à saúde, referindo que é a “extensão em que indivíduo ou grupo é capaz, por um lado de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente” (Ribeiro, 2005). Esta mesma entidade refere que a saúde é uma importante dimensão da QV.

Assim, podemos considerar, saúde como um conceito multidimensional, que abrange aspectos físicos e mentais aliados ao funcionamento social, centrando-se na percepção de bem-estar e na capacidade de realização de actividades diárias, traduzindo a habilidade de cada um responder com autonomia a sucessivas solicitações (Ware, 1987; Wilson e Cleary, 1995). Esta capacidade é posta em causa principalmente, nas situações de doença (Testa e Simonson 1996).

Os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença são multifactoriais e complexos, assumindo saúde e doença como processos compreendidos como um contínuo, relacionados aos aspectos económicos, sócio-culturais, à experiência pessoal e estilos de vida (Seidl e Zannon, 2004).

2.1.3. - Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

De entre as várias áreas científicas, a medicina é uma das áreas que tem aumentado gradualmente o seu interesse pela QV.

Uma das explicações para este crescente interesse deve-se ao aumento de doenças crónico-degenerativas. Torna-se então pertinente que os profissionais dos cuidados de saúde promovam uma vida com mais qualidade aos indivíduos ensinando-os a viver com as suas limitações.

Assim entre os múltiplos e distintos factores que podem influenciar a QV das populações, existe um ênfase particular sobre aspectos relacionados com a saúde (Paschoal, 2000). Isto significa que é cada vez mais importante compreender o significado de “qualidade de vida relacionada com a saúde” (QVRS).

De acordo com Ferreira (1998), a QVRS, é um subconjunto dos aspectos de qualidade de vida relacionados, na essência individual, com o domínio da saúde.

Para Ribeiro (1994), a saúde é um dos domínios fundamentais, senão o mais importante, para a QV. Apesar do carácter global que o conceito de saúde adquire actualmente, de acordo com Bowling (1995), este é muito menos abrangente do que o conceito QV.

Segundo Coimbra e Brito (1999), a componente ou domínio “saúde” é aquela que apresenta maior correlação com o resultado total na QV, ou seja, a saúde é talvez a componente ou domínio mais importante que a influencia.

No entanto a QVRS é um conceito multidimensional que contempla as singularidades das pessoas, segundo variáveis de interesse (Sneew et al, 2002). Minayo (2000), afirma que muitos dos determinantes da QV se situam noutros sectores, onde o sistema de saúde não intervém sobre eles. Assim, actualmente não existe unanimidade entre os pesquisadores sobre a relevância da saúde na QV.

Existe uma multiplicidade de factores apontados como sendo responsáveis por uma vida satisfatória no indivíduo, mas estudos e teorizações sobre a QV ainda não conseguiram estabelecer com clareza e consenso a parcela de contribuição de cada um deles, nem como eles interagem. O que se pode afirmar é apenas que, a QV corresponde a uma percepção única e pessoal, marcada pela

inter-relação dos diversos factores, desde os mais pessoais como o bem-estar físico, funcional, e mental, até aos mais circunstanciais como a habitação, o trabalho, a família, os amigos e outras circunstâncias da vida (Bowling,1995). Quando definida esta percepção deve-se ter em atenção o vasto leque de componentes, desde a capacidade ou habilidade funcional, incluindo o desenvolvimento das funções ou papéis habituais (tanto a nível doméstico como profissional) passando pelo bem-estar psicológico, às sensações somáticas e satisfação de vida (Bowling, 1998).

2.2- Estilos de Vida dos Adultos

Actualmente, muitos trabalhos científicos centram-se em problemáticas que atingem as crianças, jovens e idosos, sendo mais escassos os trabalhos que abordam as problemáticas dos adultos. No entanto, torna-se extremamente pertinente o desenvolvimento de pesquisas relativamente à faixa activa da sociedade, nomeadamente no que se refere à adopção de um estilo de vida cada vez mais sedentário que tem repercussões evidentes ao nível da saúde e da QV.

Por estilo de vida, entende-se o conjunto de acções quotidianas que reflectem as atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2003).

Os avanços da tecnologia proporcionam um estilo de vida mais confortável para a sociedade, que a cada dia fica mais automatizada. Todavia, este aspecto contribui para que a população, principalmente aquela que reside em grandes centros urbanos, mantenha uma existência cada vez mais sedentária (Roberts e Robergs, 2002).

De igual modo, os hábitos modernos, tais como a alimentação inadequada (rica em massas, gorduras e açúcares, alimentos industrializados), a elevada exposição a situações de stress e o tabagismo (Roberts e Robergs, 2002), não são considerados saudáveis.

Pesquisas têm demonstrado que a alimentação inadequada é um dos principais factores de risco para doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, diabetes e cancro (Gordon, 1998).

Trudeau et al. (1998) investigaram a associação entre variáveis demográficas e psicossociais e o consumo de frutas e verduras. Observaram nos adultos, que praticavam exercícios físicos, o aumento do consumo de porções diárias de frutas e verduras em relação aos que não praticavam exercícios físicos.

Segundo a OMS (2004) as doenças cardíacas, diabetes e cancros poderiam ser prevenidas com mudanças nos hábitos alimentares, em conjunto com actividade física e com a ausência de hábitos de tabagismo.

Apesar das informações sobre uma alimentação saudável, estudos indicam o aumento da obesidade. Nos Estados Unidos, os inquéritos sobre saúde e nutrição realizados em 1960 e 1994 documentaram um aumento progressivo na prevalência de adultos obesos, de 12,3% para 19,9% entre homens, e 16,9% para 24,9% entre mulheres (Flegal et al., 1998). Em Portugal as estimativas apontam para prevalências de excesso de peso de 30,8% e de obesidade de 15,4% para as mulheres, e de 41,1% de excesso de peso e de 12,9% de obesidade para os homens (Carmo, 2001). O aumento da inactividade física, na nossa sociedade, contribui determinantemente para o incremento destes valores. A rápida propagação da obesidade é uma preocupação crescente, na actualidade. (Short & Joyner, 2002).

Relativamente ao stress do trabalho, este pode ser definido como reacções físicas e emocionais que ocorrem quando as exigências do trabalho não são iguais às capacidades, aos recursos ou às necessidades do trabalhador. Essas reacções estão presentes em todos os momentos das nossas vidas. Assim, o trabalho pode ser fonte de satisfação, realização e subsistência, mas que pode se tornar uma verdadeira prisão e sofrimento (Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional – Niosh, 2004).

O stress, durante a jornada de trabalho, tem vindo a ganhar importância nas últimas décadas, devido à exposição crónica dos indivíduos susceptíveis a

condições de trabalhos exigentes e conseqüentemente mais stressantes. a esse nível, os efeitos provocados pela AF regular atenuam dos níveis de ansiedade e stress, proporcionando a melhoria do estado emocional, do auto-conceito, da auto-estima Duarte (1999).

No que diz respeito ao tabagismo, a OMS (2004) estima que aproximadamente um bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo são fumadoras, o que corresponde a quase um terço da população adulta.

Em todo mundo, governos e empresas têm realizado campanhas educativas em relação ao tabagismo, estão adoptar por programas cada vez mais agressivos, como a proibição do fumo em certos locais e a aplicação de coimas no sentido de prevenir e diminuir o tabagismo. No entanto, a American Cancer Society – ACS (2004) calcula que 156 mil norte-americanos morrem por ano em consequência de cancro relacionado com o hábito de fumar, embora, o tabagismo seja uma das principais causas evitáveis de doenças que levem a incapacidades prematuras ou à morte.

A face sombria da modernidade e urbanização tem-se traduzido numa alimentação cada vez mais industrializada, em trabalhos com ritmo alucinante, no crescimento de hábitos tabágicos e em inúmeros confortos no quotidiano, que leva a adultos mais gordos, inactivos e stressados (Buchalla e Pastore, 2000).

Esta conjuntura, propicia uma vida sedentária, o que leva à deterioração da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida Center for Disease Prevention -CDC, 2002).

O sedentarismo, segundo Sallis e Owen (1999), pode ser considerado uma consequência do estilo de vida actual. A industrialização e o modo de vida urbano diminuem ou impedem a realização de AF habituais.

Para além disso, mesmo durante o tempo laboral, é notório o aumento da inactividade. Actualmente, grande parte dos empregos propicia a falta de movimento, e nos tempos livres, os adultos, normalmente optam por actividades de baixo gasto calórico. Esta redução do gasto energético no quotidiano do

homem moderno, nomeadamente nos adultos, é de tal ordem que o esforço físico diário perfaz uma média de gasto energético inferior a 500 kcal por dia.

Esta redução do gasto calórico tem sido indicada como um factor determinante para o aumento das ditas doenças de “civilização”. De facto, as doenças crónico-degenerativas têm uma forte relação com o estilo de vida sedentário, das quais destacamos as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus*, a obesidade, a hipertensão arterial, a osteoporose e alguns tipos de cancro. Acredita-se que as principais causas de morbilidade e mortalidade estão associados em grande parte às doenças crónico degenerativas especialmente de foro cardiovascular (Mota e Sallis, 2003) e que o risco de contrair doenças cardiovasculares (DCV) duplica em indivíduos que não praticam AF (Sallis e Owen, 1998).

Em muitos países, desenvolvidos e em desenvolvimento, as doenças crónicas têm ocorrido de forma desproporcional entre populações.

O CDC de Atlanta (2000) e a OMS (2006) estimam que a inactividade física contribui para cerca de 2 milhões de mortes anuais no mundo. Simultaneamente calculam também que 60% da população mundial não pratica actividade física suficiente.

A inactividade física foi reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública nos Estados Unidos. Estimou-se que mais de 60% das pessoas adultas não fazem exercícios, cerca de 33% da população está acima do peso ideal e que dois em cada cinco americanos morrem de doença cardiovascular (Roberts e Robergs, 2002).

Um dos primeiros estudos sobre a associação entre o exercício físico e as DCV foi realizado na Inglaterra, nos anos 50 (Morris et al. 1953). Os resultados mostraram que os cobradores de autocarros estavam em melhor forma física do que os motoristas e também apresentavam uma menor incidência de doença coronária, com menos óbitos e menor mortalidade precoce em consequência de problemas do coração (Morris et al. 1953).

Na Alemanha, um estudo apontou que pessoas com baixo estatuto socio-económico tinham maior probabilidade de serem inactivas fisicamente nas actividades de lazer, quando comparadas com pessoas de melhores condições sócio-económicas (Mensink et al, 1997).

Na Finlândia, 71% da população é sedentária, esta proporção encontra-se muito acima do índice de prevalência de fumantes (35%), de hipertensão arterial (15%) e do excesso de peso corporal (37%). Em países como a Suécia e Irlanda, a prevalência de sedentarismo varia de 32% a 35% e na Bélgica chega a atingir o valor de 67% (Vuori, 2001).

Na cidade de Genebra, Suíça, Bernstein et al (2001) num estudo de base populacional, envolvendo indivíduos entre 35 e 74 anos, verificaram que a prevalência de sedentarismo era de 70% entre as mulheres e de 57% entre os homens. Considerando o estatuto socio-económico, os autores verificaram que os indivíduos de níveis mais baixos apresentaram uma prevalência mais alta de sedentarismo.

Dados apresentados pelo CDC (2000) apontam que nos Estados Unidos, em 2000, o gasto em tratamentos médicos foi de 76 bilhões de dólares, sendo o principal responsável a inactividade física, mostrando que seu combate merece prioridade na saúde pública.

2.2.1. Estilo de Vida Activo e Actividade Física

Na contra-corrente do sedentarismo que assola as populações urbanas durante todas as etapas do ciclo vital, nomeadamente nos adultos, constata-se fortes apelos à incorporação de hábitos e atitudes positivas visando a promoção de estilos saudáveis e activos, perspectivando patamares elevados na QV, prevenindo de igual forma as doenças crónicas degenerativas associadas a um estilo de vida sedentário.

Estudos apontam que indivíduos fisicamente activos têm um aumento da expectativa de vida, produtiva e independente, diminuindo sensivelmente os custos com a saúde pública (Nahas, 2003).

Este impacto na saúde pública, proporcionado por um estilo de vida mais activo, tem levado ao aumento de campanhas de combate ao sedentarismo a nível mundial.

As intervenções comunitárias poderão ter um maior impacto na promoção da saúde pública, uma vez que envolvem uma maior percentagem da população do que as intervenções individuais ou grupais. Estas intervenções podem incluir a consciencialização e envolvimento dos membros da comunidade e modificação do ambiente físico. Os programas de intervenção comunitária implementados têm vindo a aumentar, quer ao nível internacional, quer ao nível nacional ou local.

A OMS elegeu o ano de 2002 como o ano mundial de combate ao sedentarismo e criou a Iniciativa “Move for Health”, que procura a promoção da prática de actividade física e estilos de vida saudáveis em todo o mundo. Um dos eventos é o “Move for Health Day”, que é recomendado a todos os Estados Membros, e é realizado anualmente. A OMS estabelece a redução do sedentarismo mundial para uma prevalência menor que 15% até ao ano 2010 (Matsudo, 2002).

Em Portugal, destaca-se o programa “Mexa-se” que envolve recursos nacionais, regionais e locais, na promoção da prática de actividade física, de como é exemplo o “Mexa-se na Marginal”, realizado anualmente e consistindo no encerramento do trânsito na mesma, no Concelho de Oeiras, para a realização de exercício.

Existe assim um bom entendimento, tanto do ponto de vista da reabilitação como da prevenção, que a participação regular em AF ou exercícios resultam em efeitos positivos relacionados a saúde (Howley, 2001; Malmberg et al., 2005).

A AF é considerada como “qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num aumento do dispêndio energético relativamente à taxa metabólica de repouso” (Caspersen et al., 1985). Uma das formas de AF

planeada, estruturada e repetitiva, que tem por objectivo a melhoria da aptidão física ou a reabilitação orgânico-funcional, é definida como exercício físico (Caspersen et al., 1985).

A prática regular de AF com intensidade moderada ganha relevo especial no âmbito da saúde e do bem-estar dos adultos, assim como na promoção da QV (Seefeldt et al, 2002). Haskell et al (1985, in Mota e Duarte, 1999) referem que os estilos de vida activos, em conjugação com outros comportamentos positivos, podem beneficiar a saúde. Para Balaguer e Castillo (2002) a actividade física é uma das condutas clássicas de estilo de vida que tanto nos adolescentes como nos adultos favorece o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

Há evidência convincente de que a AF regular protege o organismo, contrariando os hábitos sedentários, especialmente as ocupações e recreações sedentárias. A literatura demonstra que pessoas que exercem actividade física regular em quantidades moderadas apresentam ganhos, tanto em termos de saúde, como em termos de qualidade de vida.

A prática regular de AF manifesta uma importância decisiva, mais que não seja, pela acção que poderá ter na diminuição do risco de diversas doenças crónicas: DCV, hipertensão arterial, a obesidade, diabetes tipo 2, osteoporose, osteoartrose, alguns tipos de cancro e algumas desordens emocionais (Sardinha e Teixeira, 1995; Fletcher, Balady et al., 1996) e ao nível de controlo e de alguns factores de risco de DCV, entre os quais, a glicemia, hipertensão arterial, a obesidade, dislipidemia, resistência à insulina, tabagismo e stress (Sardinha et al., 1999).

Como maiores níveis de AF também foram fortemente associados a uma percepção positiva de saúde (Leinonen et al., 2001) podemos apreender que a AF regular pode ser considerada um forte indicador de saúde.

Para Balaguer (2004), é importante a prática de AF regular, pois para além dos benefícios físicos e psicológicos, ajuda a melhorar a saúde e a diminuir a mortalidade. Esta conjuntura contribui consequentemente para uma melhor QV.

Surge assim a AF regular como um elemento potenciador de QV, com repercussões a nível biológico, psicológico e social, contribuindo decisivamente para a promoção e manutenção da saúde e aquisições de níveis de estilos de vida saudáveis. A actividade física é hoje entendida como um meio importante de promoção de saúde (Carvalho, 1999).

No entanto, a AF, como veículo da saúde, só pode ter importância se ela se constituir um referencial no modo de vida dos indivíduos (Mota e Duarte, 1999).

Neste sentido, interessa perceber de que forma e medida a AF pode ou não ser promotora de saúde.

O contexto da vida nas grandes cidades, propicia pouca ou nenhuma oportunidade para o desenvolvimento de AF, sobretudo durante o período de lazer. No trabalho, exige-se menor actividade muscular e cada vez mais actividades intelectuais com solicitação de equipamentos informáticos e automáticos. Assim, devido aos hábitos da vida contemporânea, a AF habitual pode não ser suficiente para prevenir determinadas incapacidades, nem tão pouco, parece ser capaz de prolongar a vida, sendo por vezes, necessário a participação num programa de exercícios físicos.

Como vimos anteriormente a AF pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Já o exercício físico é uma categoria da AF definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planeados e estruturados para melhorar o desempenho físico. E a aptidão física é definida pela presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de AF.

Assim, os programas de exercícios físicos compreendem a repetição de exercícios, durante períodos de semanas ou meses, com o objectivo de melhorar a aptidão física.

Um programa regular de exercícios físicos deve possuir pelo menos três componentes: aeróbio, força e flexibilidade, variando a ênfase em cada um de acordo com a condição física e os objectivos de cada indivíduo (ACSM, 2002).

A força muscular é a capacidade resultante da contracção muscular, que permite mover o corpo, levantar objectos, empurrar, puxar, resistir a pressões ou sustentar cargas, promovendo maior capacidade para realizar as actividades da vida diária, com mais eficiência e menos fadiga (Nahas, 2003).

Segundo Nieman (1999), os benefícios do desenvolvimento da força e da resistência muscular para a saúde, incluem o aumento da densidade óssea, do volume muscular e da auto-estima. Destaca-se que entre os 30 e 70 anos de idade, o volume e a força muscular diminuem em grande parte devido à inactividade.

A flexibilidade é a capacidade de amplitude de uma articulação isolada ou de um grupo de articulações, solicitadas na realização de movimentos (Corbin & Lindsey, 1997; Nieman, 1999). A flexibilidade é fundamental para facilitar os movimentos nas diversas actividades profissionais e nas tarefas diárias. Uma boa flexibilidade permite a realização de determinados gestos e movimentos com maior eficiência mecânica (Achour Junior, 1999; Dantas, 1998).

A análise de estudos epidemiológicos prospectivos demonstram que a exercitação da resistência aeróbia esta associada, de forma independente, à diminuição do risco de incidência de doenças crónicas não transmissíveis, da mortalidade geral e por DCV (Blair, 1993)

A prescrição adequada de exercício físico contempla as variáveis tipo, duração, intensidade e frequência semanal.

Existem evidências na literatura que tem demonstrado que os hábitos e comportamentos relacionados à saúde adoptados durante a infância e adolescência tendem a estabilizar-se na vida adulta (Kimm, 1995). Na fase adulta as intervenções sofrem mais resistência e os comportamentos são menos passíveis de alteração.

Tem sido observado um declínio bastante acentuado na prática de AF durante a adolescência, especialmente em raparigas a partir dos 15 anos (Mechelen et al, 2000).

Um estudo realizado por Amstrong (1998) revelou que os adultos mais activos tinham também sido os adolescentes mais activos o que indica uma relação no padrão de AF do adulto com o comportamento estabelecido na infância e adolescência; um dos locais com maior influencia na aquisição de hábitos relacionados com a AF é a escola. Assim, e uma vez que a maior parte dos problemas crónicos de saúde apenas surgem na idade adulta, tem sido difícil determinar os benefícios da AF durante a infância para a saúde na vida adulta. Contudo, embora a causalidade não esteja resolvida, a AF pode influenciar a saúde ao encorajar a adopção de comportamentos tidos como positivos (Mota & Sallis, 2002)

O aumento no número de estudos sobre os efeitos da AF praticada regularmente pelos indivíduos, justifica-se não só pelos benefícios cientificamente comprovados de um estilo de vida saudável, mas também por interferir decisivamente na QV dos praticantes.

2.3. Caminhada

Tal como temos vindo a referir, os benefícios associados ao exercício físico e à AF contribuem para um estilo de vida independente, melhorando bastante a capacidade funcional, a saúde e a QV das populações.

Assim, para um indivíduo ter um estilo de vida activo não requer necessariamente um regime vigoroso de programas de exercício. Em vez disso, pequenas mudanças básicas nas actividades diárias tornam os indivíduos capazes de reduzir o risco de doenças crónicas e poderá contribuir para o aumento da QV (Pate et al., 1995).

A caminhada é um exercício de natureza particularmente aeróbia. Este tipo de exercício é caracterizado pelo envolvimento de grandes grupos musculares em

actividades dinâmicas que resultam num aumento substancial do gasto energético (Howley, 2001).

A caminhada é o exercício mais popular, não implica custos, não requer local específico de prática, e a maioria da população pode praticar, sendo a forma de AF aeróbia de mais fácil acesso. Muitas pessoas praticam caminhada, nomeadamente adultos e idosos, e está actualmente em voga (Rafferty, Reeves et al. 2002).

De acordo com alguns autores (Rippe e Hess, 1998), caminhar é o mais conveniente e a via mais lógica para promover a AF regular nos indivíduos e representa hoje em dia um dos mais valiosos meios de AF utilizados no âmbito de tempos livre/lazer (Mota, 1997).

Deste modo torna-se pertinente analisar as relações que se estabelecem entre a caminhada, a saúde e a QV.

Na caminhada o movimento básico é a marcha, que se diferencia da corrida, pois na marcha não existe a fase de voo, momento que os pés deixam de ter contacto com o solo (Lima, 1998). Neste sentido, os riscos de lesões ortopédicas e DCV são mínimos em comparação com outras AF que envolvem um maior impacto sobre o sistema locomotor passivo.

2.3.1. Os Benefícios da Caminhada

Os exercícios aeróbios aumentam a capacidade de fornecer e utilizar o oxigénio nos músculos, o que lhes garante um bom funcionamento. Permite que haja um aumento do fluxo sanguíneo, que ajuda a preservar a integridade das veias e artérias, dificultando igualmente o depósito de gordura na parede dos vasos, reduzindo assim os riscos de mortalidade por DCV. Por outro lado, influencia positivamente quer a nível central, quer a nível periférico (Howley, 2001). Os exercícios aeróbios parecem também ser capazes de melhorar a aptidão cardiorrespiratória, devendo ser então, recomendado para todas as idades

(Hawkins e Wiswell, 2003). A prática de exercícios aeróbios apresenta uma relação inversa com a pressão arterial sistólica e diastólica, tanto em indivíduos normotensos como hipertensos. A principal manifestação clínica de insuficiência cardíaca é a intolerância ao exercício, inclusive utilizada para sua classificação pela New York Heart Association (NYHA) (Gielen, 2001). Ensaios clínicos prospectivos randomizados demonstram que 15 a 20% de aumento na tolerância ao exercício, após três semanas de programa de exercício, com manutenção desse benefício por pelo menos dois anos (Gardener, 1995).

Estudos longitudinais mostram que o exercício regular reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2, independentemente do grau de adiposidade (Helmrich, 1991 e Madson, 1992). O exercício aeróbio de leve a moderada intensidade, em conjunto com leve perda de peso e dieta saudável, diminui em 50% o risco de indivíduos com intolerância à glicose evoluírem para diabetes.

Associados a mudanças alimentares, ensaios clínicos randomizados documentam reduções relativas de risco na progressão para um risco de 58% em menos de três anos (Tuomilehto, 2001; Knowler, 2002). Uma revisão sistemática sobre os efeitos do exercício físico na diabetes tipo 2, envolvendo 14 ensaios clínicos (11 randomizados), mostrou redução da glicohemoglobina, mas não do Índice de Massa Corporal (IMC) (Boule, 2001).

Na prevenção da obesidade é importante manter um balanço energético. As mudanças nos depósitos energéticos equilibram-se com a diferença entre ingestão energética e o gasto energético. Se a ingestão excede o gasto, ocorre um desequilíbrio positivo, com deposição energética e tendência para ganhar peso; quando a ingestão é inferior ao gasto, ocorre um desequilíbrio negativo, com depleção dos depósitos energéticos e tendência à perda de peso. Assim, o exercício contribui para o aumento do gasto energético, contribuindo para o equilíbrio energético (Andersen, 1999).

A definição de um peso saudável ainda é tema controverso, mas a tendência é defini-lo a partir do índice de massa corporal, uma função do peso pela altura ao quadrado. A OMS recomenda para a população uma mediana de

IMC entre 21 e 23kg/m². No entanto os indivíduos que se situam numa faixa entre 18,5 e 24,9kg/m² encontram-se com peso saudável., devendo evitar ganhos de peso maiores do que 5kg na vida adulta. A prática de caminhada regular não implica uma relação directa com a diminuição do IMC, já que o exercício aeróbio regular proporciona uma redução da massa gorda, aumentando a massa magra.

O exercício aeróbio de moderada intensidade pode elevar o HDL-colesterol, reduzir o colesterol total e os triglicédeos (Stein, 2004).

Após a menopausa, as mulheres têm um perfil lipídico menos favorável, com aumento do colesterol total, LDL-colesterol e triglicédeos, além de redução do HDL-colesterol (Stein e Ribeiro, 2004.). Estudos transversais e longitudinais sugerem que exercícios aeróbios regulares no período pós-menopausa aumentam os níveis de HDL-colesterol, diminuem os níveis de LDL-colesterol, do colesterol total e da gordura corporal (Stein e Ribeiro ,2004), esses mesmos estudos mostraram redução da gordura corporal total e redução da gordura abdominal (Dowling, 2001).

De acordo com a World Health Organization (WHO) (2006) e Berger et al (2006), o exercício aeróbio tem um papel importante na prevenção de alguns tipos de cancro, nomeadamente do cólon e da mama.

Por outro lado, caminhar com passos rápidos previne a osteoporose, pois contribui para o aumento da densidade óssea em todo o esqueleto, estejam os ossos envolvidos com sustentação do peso ou não (Stein, 2004).

Os benefícios da caminhada apresentam ainda benefícios de ordem psicológica que se prendem com a melhoria dos estados de humor: redução da tensão, depressão, raiva e confusão, acréscimo da vitalidade, vigor e clareza (Ramos, 1997). Estão igualmente associados benefícios psicoterapêuticos, nomeadamente no tratamento da depressão e ansiedade (WHO, 2006 e Berger et al, 2006).

Assim, a caminhada apresenta inúmeros benefícios individuais em termos de saúde, bem-estar e QV. Para além disso, os benefícios da caminhada traduzem-se igualmente em benefícios sociais particularmente aqueles que se

referem com os menores custos com cuidados de saúde mediante uma actividade de baixo custo. Em termos económicos, os custos para os governos dos países ocidentais, com as doenças crónicas, morte prematura e baixa QV, assumem grandes proporções. O aumento dos níveis de prática de exercício físico das populações pode conduzir a uma redução destes custos, devido ao papel fundamental que esta prática tem na diminuição da ocorrência das doenças físicas e psicológicas já anteriormente referidas (WHO, 2006 e Berger et al, 2006). A prática regular da AF aeróbia, nomeadamente através da caminhada é a terapia de menor custo para promoção da saúde e prevenção de doenças.

A dimensão social da QV é beneficiada através do estabelecimento de relações de cooperação e até mesmo a redução de comportamentos anti-sociais e do isolamento, com alguma incidência em diversos grupos, nomeadamente jovens e idosos. Assim a caminhada, pode potencializar o contacto entre indivíduos e fomentar novas amizades (WHO, 2006 e Berger et al, 2006).

Em termos ambientais a caminhada pode proporcionar uma maior utilização dos espaços exteriores, potencializando a utilização de certas áreas e reabilitação de outras (passeios marítimos, construção de espaços verdes), fomentando a protecção do ambiente (zonas estritamente pedestres) e o contacto com a natureza.

Todavia, ainda não está totalmente esclarecido qual a “dose-resposta” mais indicada para se alcançar estes benefícios. Por exemplo, embora vários autores se refiram a um período mínimo de 30 minutos diários, um estudo multidisciplinar concluiu que o acto de caminhar repartido por 3 períodos do dia e com duração de 10 minutos por período, tem o mesmo incremento ao nível da capacidade aeróbia, na melhoria do perfil dos lipídios plasmáticos, e na redução do risco de contrair DCV e no desenvolvimento do bem-estar psicológico em adultos de meia-idade e sedentários (Murphy et al., 2002).

Para o CDC e o para American College of Sports Medicine (ACSM) os indivíduos devem realizar AF de intensidade moderada, pelo menos 30 minutos por dia, de preferência todos os dias da semana, de forma contínua ou

acumulada. Estas também são as recomendações da American Heart Association (AHA) como uma das estratégias para a prevenção das DCV.

Sallis e Patrick (1994 in Balaguer e Castillo, 2002) defenderam que deve realizar-se exercício físico, três ou mais vezes por semana com uma intensidade moderada a vigorosa e com uma duração mínima de 20 minutos.

Numa pesquisa a 16936 ex- alunos, com idades dos 35 aos 74 anos, durante 12 a 16 anos (de 1962 a 1978), concluiu-se que a realização de AF (como a marcha, subir escadas e prática desportiva) está inversamente relacionada com a mortalidade, e principalmente com a mortalidade correspondente a DCV e as doenças respiratórias (Paffenbarger et al., 1986).

Outro estudo mostrou que uma AF realizada no caminho para o emprego com duração entre 31 e 60 minutos, a pé ou de bicicleta, ou esta combinada com AF de lazer, podem estar associados com os baixos níveis de IMC, baixa prevalência de sobrepeso nos homens e uma baixa prevalência de hábitos tabágicos em sujeitos de ambos os sexos (Hu, et al., 2001).

Promover a caminhada nos jovens, e encorajá-los a adoptar outras formas de AF regular ou exercícios para complementar o acto de caminhar pode ajudar a melhorar os índices de AF na vida adulta (Leslie, Fotheringham et al., 2001). Por sua vez, a prática de AF regular na idade adulta, contribui para a manutenção da Capacidade Física Funcional (CFF) até a uma idade mais avançada.

A capacidade física funcional é definida como a habilidade de realizar AF da vida diária e também está relacionada com a facilidade com que estas tarefas são desenvolvidas (Tanaka e Seals, 2003).

A CFF declina com o avanço da idade, mesmo em adultos saudáveis, resultando na capacidade reduzida para realizar certas tarefas. A diminuição da força muscular, a redução da resistência aeróbia e flexibilidade articular são características do processo natural de envelhecimento, que se traduzem na diminuição da CFF. Algumas evidências sugerem que o exercício de natureza aeróbia praticado regularmente pode reduzir a idade biológica de indivíduos

activos 10 a 20 anos, reduzindo também a sua dependência e a sua QV (Shephard, 1994).

Outro aspecto que contribui para o declínio da CFF, nomeadamente nos adultos, é a inactividade física. Actualmente, devido a predominância de um estilo de vida sedentário, os sujeitos tendem a experimentar doenças degenerativas e crónicas que persistem durante longos períodos de tempo, o que leva, muitas vezes a incapacidade e dependência, com consequências evidentes sobre a QV.

O declínio da CFF tem reflexos na diminuição progressiva sobre a AF habitual e da QV, favorecendo o desenvolvimento de patologias específicas tais como as DCV e as doenças osteoarticulares. O decréscimo de rendimento corporal conduz também à falta de vivências de sucesso com manifestas consequências de ordem social e psíquica (Bento, 2000), Neste sentido a implementação de hábitos de AF, tais como a caminhada no quotidiano é essencial na prevenção da deterioração da saúde, atenua o declínio da função física, melhora o estado emocional, o auto-conceito, a auto-estima e a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão possibilitando uma melhor QV (Bauman e Smith, 2000; Bouchard e tal., 1993; Tanaka e Seals, 2003).

Como maiores níveis de AF também foram fortemente associados a uma percepção positiva de saúde (Leinonen e tal., 2001) podemos apreender que a AF pode ser considerada um forte indicador de saúde.

A saúde percebida ou subjectiva pode ser definida como a experiência de um indivíduo em relação à forma como os sucessos mentais, físicos e sociais influem sobre os sentimentos de bem-estar (Hunt, 1988).

A percepção subjectiva de saúde parece ser capaz de prever a sobrevivência, onde uma avaliação pessimista pode estar relacionada com o aumento de condições crónicas (Leinonen, et al., 2001), de incapacidade funcional (Rosa e tal, 2003) estando altamente associada à mortalidade. Sujeitos cuja auto-percepção indicaram um baixo nível de saúde apresentaram mortalidade 8 vezes maior do que aqueles que reportaram ter uma excelente saúde, num estudo de 4 anos de observação (Wannamethee & Shaper, 1991).

A função física é um factor que parece afectar de forma significativa a percepção do estado de saúde (Leionen e tal.,2001; Rosa e tal.,2003; Seidl e Zannon, 2004).

A preservação da capacidade aeróbia é fundamental para a manutenção da independência, funcionalidade e QV do sujeito (Zargosa, 1996), sendo conseqüentemente, um factor de grande influência sobre a função física, assim como sobre as outras dimensões da QV.

Parece claro que a caminhada pode ser uma forma importante de exercitação aeróbia, e deve ser estimulada em todos os ciclos da vida, para que todos possam usufruir dos seus benefícios.

3. Objectivos

3.1 Objectivos Gerais

- Conhecer os benefícios da prática regular de caminhada na qualidade de vida dos adultos.
- Conhecer a percepção subjectiva de saúde associada à qualidade de vida dos adultos praticantes de caminhada.

3.2. Objectivos Específicos

- Verificar as diferenças e /ou semelhanças entre o grupo de caminhantes e o grupo de não caminhantes
- Verificar as diferenças e /ou semelhanças por grupo e por sexo.

4. Material e Métodos

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 50 sujeitos, 26 do sexo masculino e 24 do sexo feminino. Os indivíduos estão divididos em 2 grupos: caminhantes (n=25) e não caminhantes (n=25). A idade dos indivíduos da amostra esta compreendida entre os 19 e os 58 anos de idades ($38,68 \pm 11,5$).

Os sujeitos do primeiro grupo, caminham há pelo menos 1 ano, em 3 sessões ou mais sessões por semana, de duração mínima de 30 minutos. O grupo de caminhantes andam entre 2 a 9 horas semanais, sendo a média de 5,57 horas semanais. Nenhum sujeito da amostra caminha semanalmente de 7 a 8 horas.

Os sujeitos do grupo de não caminhantes são indivíduos que não tem hábitos de actividades física regular.

Os questionários foram aplicados ao grupo de caminhantes no parque do Fontelo em Viseu de manhã, à tarde e ao final da tarde, de forma a diversificar amostra. As entrevistas aos não caminhantes foi feita na via pública, de manhã, à tarde e ao final da tarde com o mesmo objectivo.

Esta amostra foi recolhida na cidade de Viseu no mês de Abril de 2007.

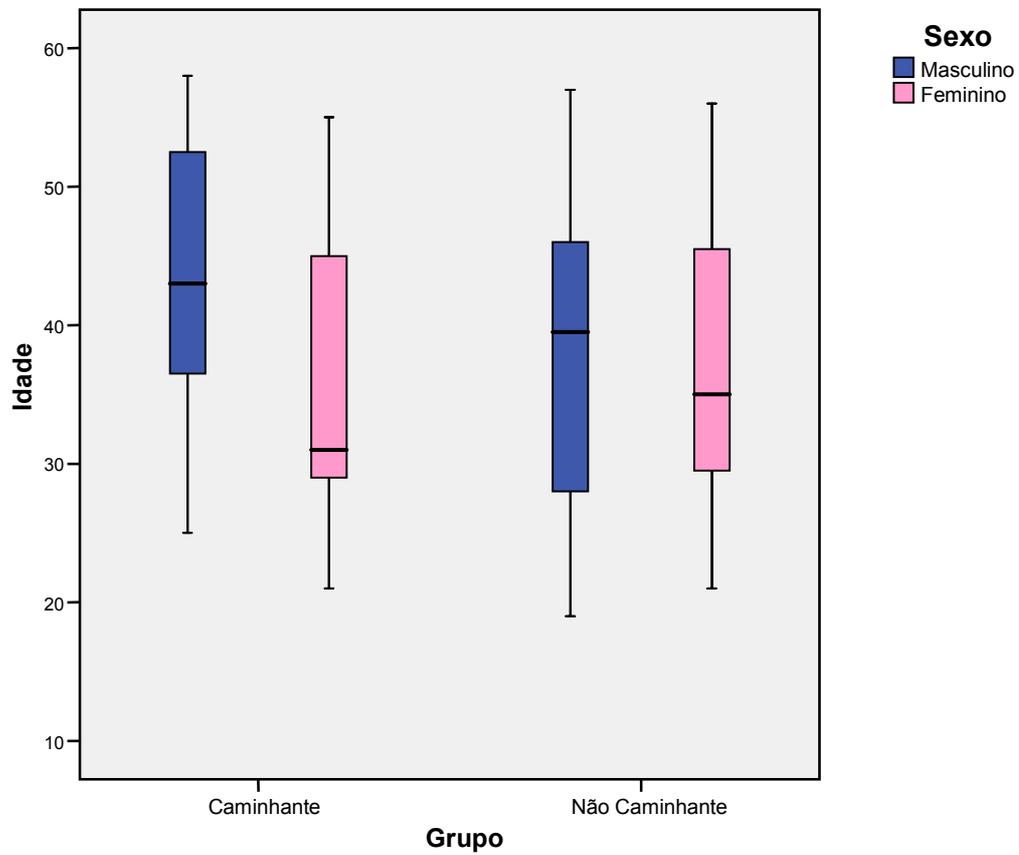


Figura 1 — Distribuições das idades dos sujeitos caminhantes e não caminhantes por sexo

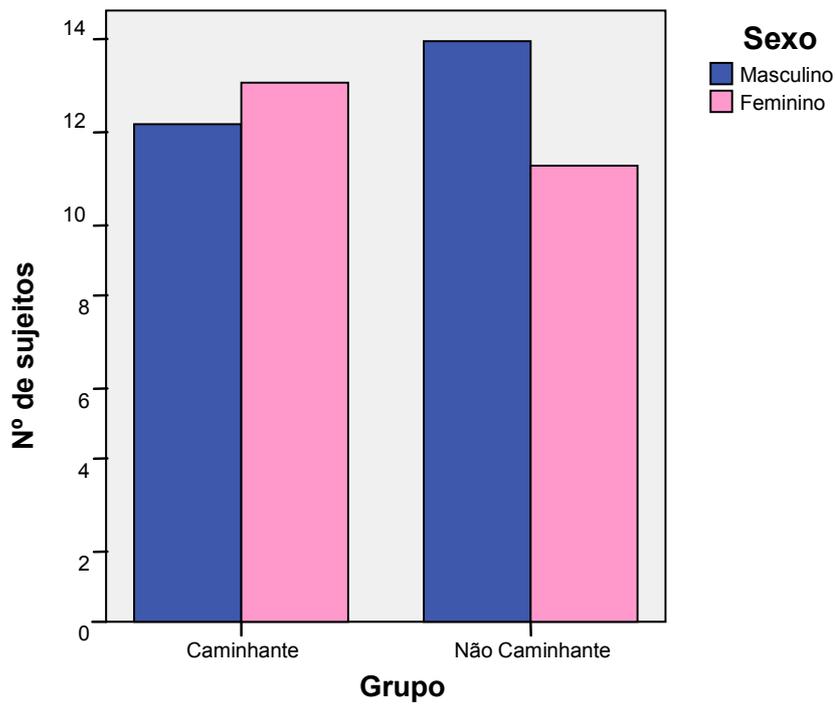


Figura 2— Distribuições dos sujeitos caminhantes e não caminhantes por sexo

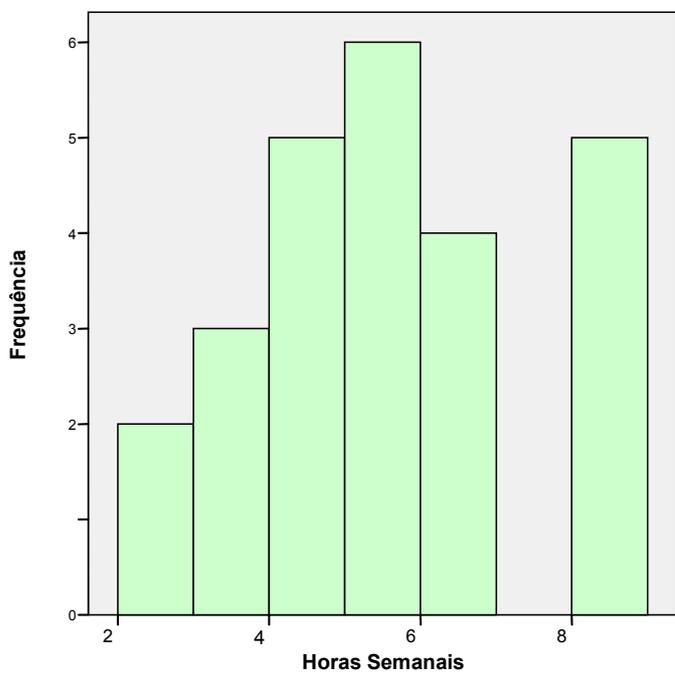


Figura 3— Distribuição das horas semanais dos praticantes de caminhada

4.2. Instrumentos

4.2.1. Carta de Consentimento

4.2.2. Questionário MOS SF-36

Este instrumento, validado para a população portuguesa (Ferreira, 98), permite medir o nível global da qualidade de vida relacionada à saúde, contem 36 itens e cobre oito dimensões de estado de saúde e detecta tanto os aspectos positivos como os negativos da saúde. As dimensões que constituem este questionário são:

- Função Física (FF), permite medir desde as limitações para executar AF menores até às actividades mais extenuantes.
- Desempenho Físico e Emocional (DF e DE), permitem medir a limitação em saúde em termos do tipo e quantidade de trabalho executado.
- Dor Corporal (DC), permite medir a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como interfere nas actividades normais.
- Saúde Geral (SG), permite medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e aparência saudável.
- Vitalidade (VT), inclui níveis de energia e fadiga permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar.
- Função Social (FS), permite captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais.
- Saúde Mental (SM), inclui questões referentes a quatro dimensões de saúde mental, ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico.

Estas dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: a física, que inclui a função física, o desempenho físico, a dor corporal e a saúde geral, e a componente mental, que inclui a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade.

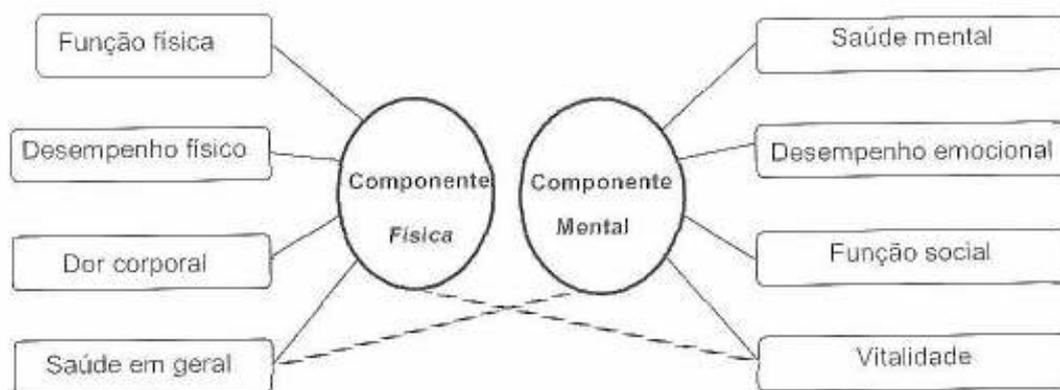


Figura 4 - Modelo Factorial SF-36 com duas componentes

Fonte: Adaptado de Ferreira, P. L. e Marques, F.B. (1998)

Os dados em bruto provenientes da codificação das respostas ao questionário não estão, à partida e de imediato, em condições de serem usados. Os dados passam pelo procedimento a seguir esquematizado de forma a tornarem se coerentes e interpretáveis: 1º Introdução dos Dados; 2º Transformação dos Valores; 3º Tratamento dos Dados; 4º Cálculo das Escalas; 5º Verificação.

O procedimento utilizado para o MOS SF-36 é o descrito no diagrama do O quadro 2 apresenta, para cada dimensão, quais as questões que as compõem, assim como a correspondente amplitude aceitável para respostas, a transformação resultante da aplicação do sistema de codificação e os limites mínimo e máximo das escalas obtidas. A pontuação, em alguns itens sofrem, transformações são de dois tipos: (1) inversão de valores nos itens das dimensões DC, SG, VT, FS e SM; (2) recalibração nos itens das dimensões DC e SG. Os dados são transformados segundo a codificação existente no quadro seguinte:

Quadro 2 — Informação para o sistema de pontuação do MOS SF-36

	(1) DIMENSÃO	(2) PRG.S	(3) VAL.S	(4) TRANSFORMAÇÃO		(5) MIN	(6) MAX
FF	Função Social	3 ^a -3j	1-3	-		10	30
DF	Desempenho Físico	4 ^a -4d	1-2	-		4	8
DC	Dor Corporal	7	1-6	1→6.0 2→5.4 3→4.2	4→3.1 5→2.2 6→1.0	2	12
				7 falta 1→6.0 2→4.75 3→3.5 4→2.25 5→1.0	7=1 1→6.0 1→4.0 1→3.0 1→2.0 1→1.0		
SG	Saúde Geral	1	1-5	1→5.0 2→4.4 3→3.4	4→2.0 5→1.0	5	25
				11 ^a ,11c 11b,11d	1-5 1-5		
VT	Vitalidade	9 ^a ,9e	1-6	X→7-X		4	24
		9g,9i	1-6	-			
FS	Função Social	6	1-5	X→6-X		2	10
		10	1-5	-			
DE	Desempenho Emocional	5 ^a -5c	1-2	-		3	6
SM	Saúde Mental	9b,9c,9f	1-6	-		5	30
		9d,9h	1-6	X→7-X			
MS	Mudança de Saúde	2	1-5	-		-	-

Fonte: Adaptado de Ferreira (1998, pag.28)

Após a soma dos itens de cada escala (dimensão), os valores obtidos em cada escala são transformados numa escala de 0 a 100, através da fórmula seguinte:

$$\text{Escala Transformada} = \text{SOMA} - (\text{MIN} / \text{MAX} - \text{MIN}) * 100$$

- a SOMA indica o valor da soma dos itens dessa escala depois de recodificados (se necessário) e MIN e MAX, respectivamente, os valores mínimo e máximo correspondentes a essa SOMA e apresentados nas colunas (5) e (6) do quadro. O valor obtido corresponde à percentagem da total pontuação possível. Quanto mais baixa é a pontuação, pior será o estado de saúde do indivíduo, em relação à escala analisada.

Uma das vantagens mais importantes de uma escala com vários itens é que podemos estimar a sua pontuação mesmo quando esta contenha informação em falta. Isto só é possível se estiverem, pelo menos, respondidos metade dos itens que compõem essa escala. A solução é dada pela média das respostas transformadas do mesmo indivíduo aos restantes itens da escala (Ware et al., 1980).

É aconselhável que se faça uma verificação dos valores obtidos e das respectivas distribuições. Assim, deve ser analisada:

- a correlação entre cada escala e os itens que a compõem devem ser positivas e altas (0,30, pelo menos);
- as correlações entre a escala SG e as outras sete devem ser positivas e, com raras exceções, ser altas;
- as correlações entre as 8 escalas e o primeiro factor não rodado obtido pela análise factorial devem ser positivas e altas.

4.3 Procedimentos Estatísticos

Na análise estatística descreve-se e caracteriza-se a amostra comparando dois grupos (caminhantes e não-caminhantes), tendo sido também feita a comparação por género.

Na descrição e caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão

O programa estatístico utilizado foi o Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 15.0 para o Windows.

5. RESULTADOS

De acordo com a figura 5 é possível constatar que o grupo de caminhantes apresenta resultados mais positivos e uma distribuição mais consistente em todas as dimensões do questionário. O grupo de não caminhantes apresenta uma grande amplitude de resultados, em todas as dimensões.

A função física, o desempenho físico, a saúde geral e o desempenho emocional são as dimensões onde a diferenciação de resultados é maior entre os grupos.

O desempenho físico é a dimensão em que o grupo dos caminhantes apresenta melhores resultados. Todos os sujeitos deste grupo atingem os 100%, com exceção para 3 outliers, que se encontram nos 75%. Nesta dimensão, o grupo de não-caminhantes ($64 \pm 30,7$) apresenta uma amplitude 100%. Este grupo volta a obter 100 de amplitude na dimensão do desempenho emocional.

A dimensão da saúde mental é a que apresenta uma maior proximidade de resultados entre os caminhantes ($73,1 \pm 11,9$) e os não caminhantes ($62,4 \pm 18,5$).

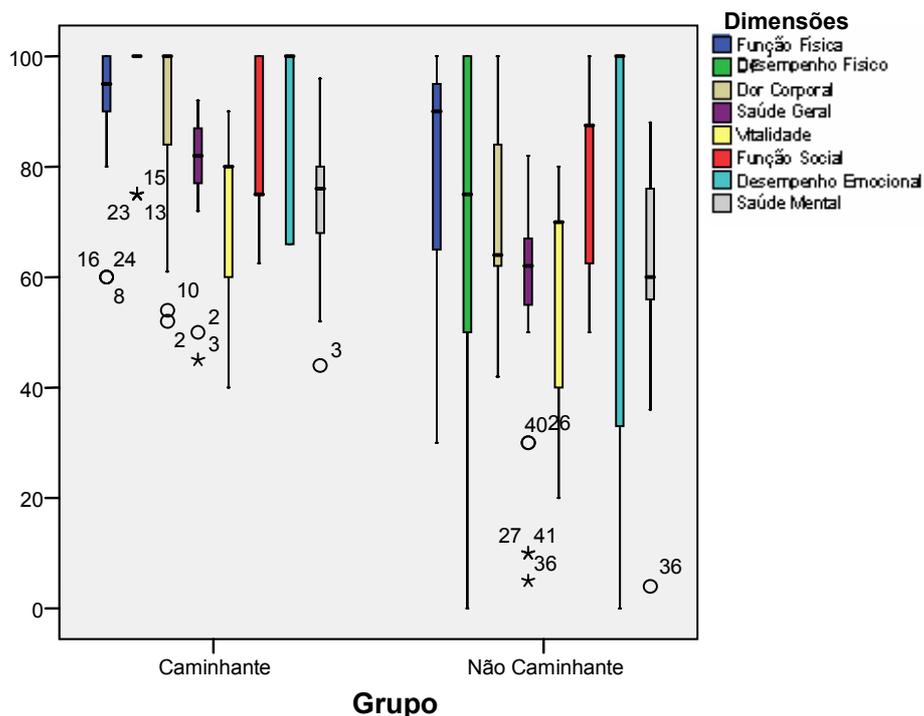


Figura 5 — Distribuição da amostra nas diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36 por grupo

Na figura seguinte é possível observar os resultados das diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36, por tipo e sexo.

Na Função Física, o grupo feminino de caminhantes ($94,2 \pm 6,4$) e o grupo masculino de não caminhantes ($93,5 \pm 6,6$) apresentam a maior consistência de resultados. Ambos os grupos apresentam 80% como mínimo e 100% como máximo. Os caminhantes do sexo masculino ($88,3 \pm 17,2,4$) tem como mínimo 60% e o sexo feminino não caminhante ($69,1 \pm 23,7$) cai até ao 30%, ambos apresentam 100% como máximo. Nesta dimensão, o grupo de não-caminhantes do sexo feminino apresentam a maior amplitude de resultados.

No Desempenho Físico, todos os sujeitos caminhantes do sexo feminino ($94,2 \pm 11$), exceptuando 2 outliers que se situam nos 75 %, encontram-se a 100%. Nos caminhantes do sexo masculino ($93,7 \pm 11,3$) todos os indivíduos situam-se nos 100%, excepto 1 outlier que se situa nos 75%. O grupo de não caminhantes,

de ambos os sexos apresenta uma grande amplitude de resultados (entre 75 e 100%).

Em relação à Dor corporal, nos caminhantes do sexo masculino ($96\pm 7,23$) os resultados encontram-se entre os 80 e 100%. Os caminhantes de sexo feminino ($81,1\pm 18,8$) e os não caminhantes de sexo masculino ($86,6\pm 15,9$) apresentam um mínimo de 52% e o máximo de 100%, enquanto que o grupo de sujeitos não caminhantes do sexo feminino ($62,9\pm 12,6$) encontra-se entre os 42% e os 80%.

Na Saúde Geral, caminhantes de ambos os sexos situam-se entre os 80% e 90% (excepção feita para um elemento caminhante do sexo feminino que se situa nos 45%), enquanto que os não caminhantes do sexo masculino encontram-se entre os 50 e 65% e os não-caminhantes do sexo feminino situam-se entre os 5% e os 75%, sendo o grupo que apresenta mais dispersão.

Na Vitalidade, a diferença entre sexos é mais pronunciada do que a diferença entre grupos. Os caminhantes do sexo masculino ($81,7\pm 10$) variam entre os 65% e os 90%, os caminhantes do sexo oposto ($64,2\pm 12,7$) apresentam uma maior amplitude, variando entre os 40% e os 80%. Os não-caminhantes do sexo masculino ($71,1\pm 6,8$) tem um mínimo de 55% e o máximo de 80%, enquanto que os não-caminhantes ($45\pm 19,2$) do sexo feminino apresentam uma maior amplitude, tendo como mínimo 20% e como máximo 75%.

Na Função social, os caminhantes do sexo masculino ($87,5\pm 13,1$) oscilam entre os 75% e os 100%, enquanto que os caminhantes do sexo feminino ($82,2\pm 13,1$), e os não caminhantes do sexo masculino ($82,5\pm 12,6$) têm como máximo 100% e como mínimo 63%. Os não caminhantes do sexo feminino ($76,5\pm 17,1$) oscilam entre os 50% e os 100%.

No Desempenho Emocional a grande diferença verifica-se no sexo feminino. As caminhantes (excepção feita para 2 outliers de 66%), tal como os não caminhantes do sexo masculino encontram-se unanimemente nos 100%. As não caminhantes ($51,3\pm 40,5$) oscilam entre 0% e 100%. Os caminhantes do sexo masculino ($83\pm 17,8$) têm como mínimo 66% e máximo 100%.

Em termos de Saúde Mental, os caminhantes do sexo masculino ($76,7 \pm 12,2$) situam-se entre os 52% e os 96% e as caminhantes ($69,8 \pm 11,3$) entre 44% e 84%. Os não caminhantes do sexo masculino ($69,4 \pm 10,3$) oscilam entre os 52% e os 80%, enquanto que os não caminhantes do sexo feminino ($53,4 \pm 23$) oscilam entre os 40% e os 88%, contando com um outlier situado em 4%.

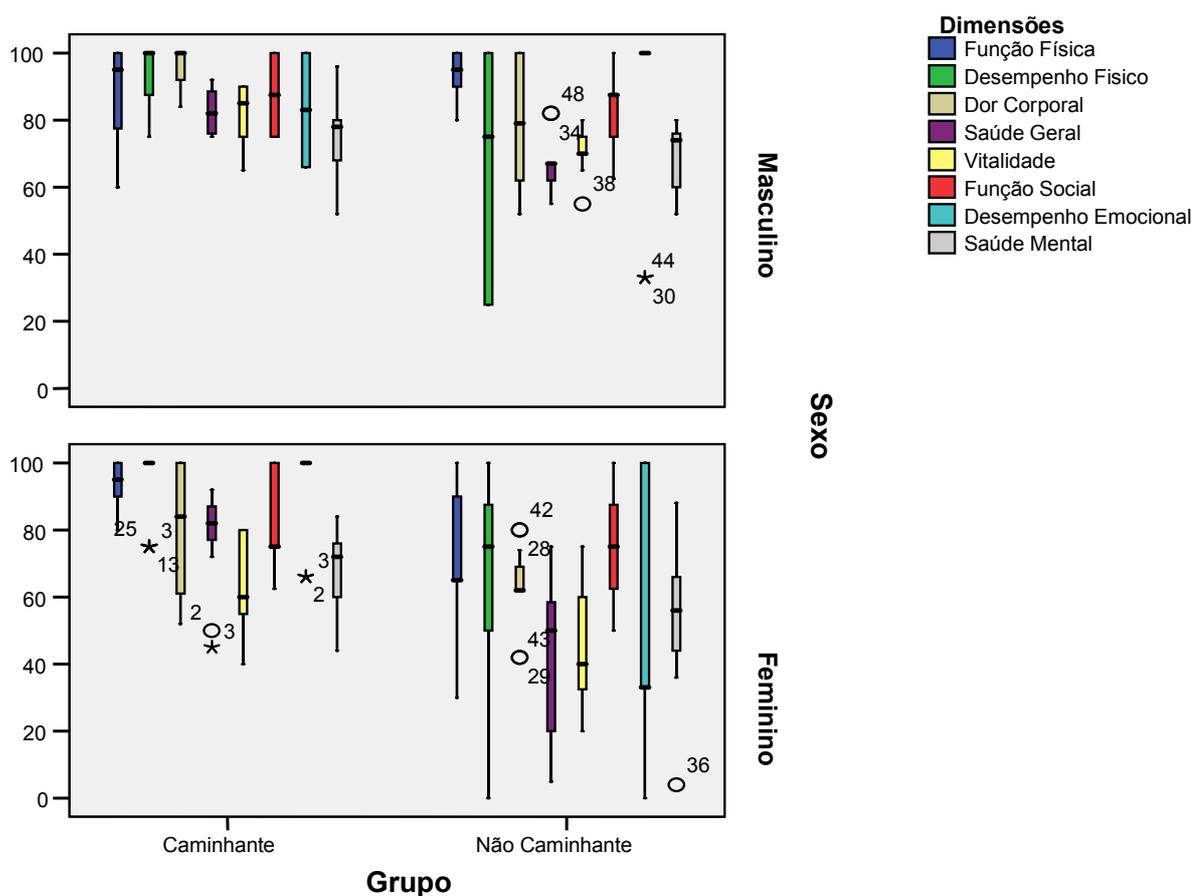


Figura 6 — Distribuição da amostra por grupo e sexo em relação às diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36

Na figura seguinte é possível constatar que as médias das diferentes dimensões do questionário, nos caminhantes do sexo masculino encontram-se igual ou acima dos 80%. As médias dos caminhantes do sexo feminino também se encontram acima dos 80% com excepção feita para a Vitalidade e Saúde Mental.

Os não caminhantes do sexo masculino encontram-se acima dos 65%, e os não caminhantes do sexo feminino, tem as médias das dimensões mais baixas, oscilando entre os 40% da Saúde Geral e os 76% da Função Social.

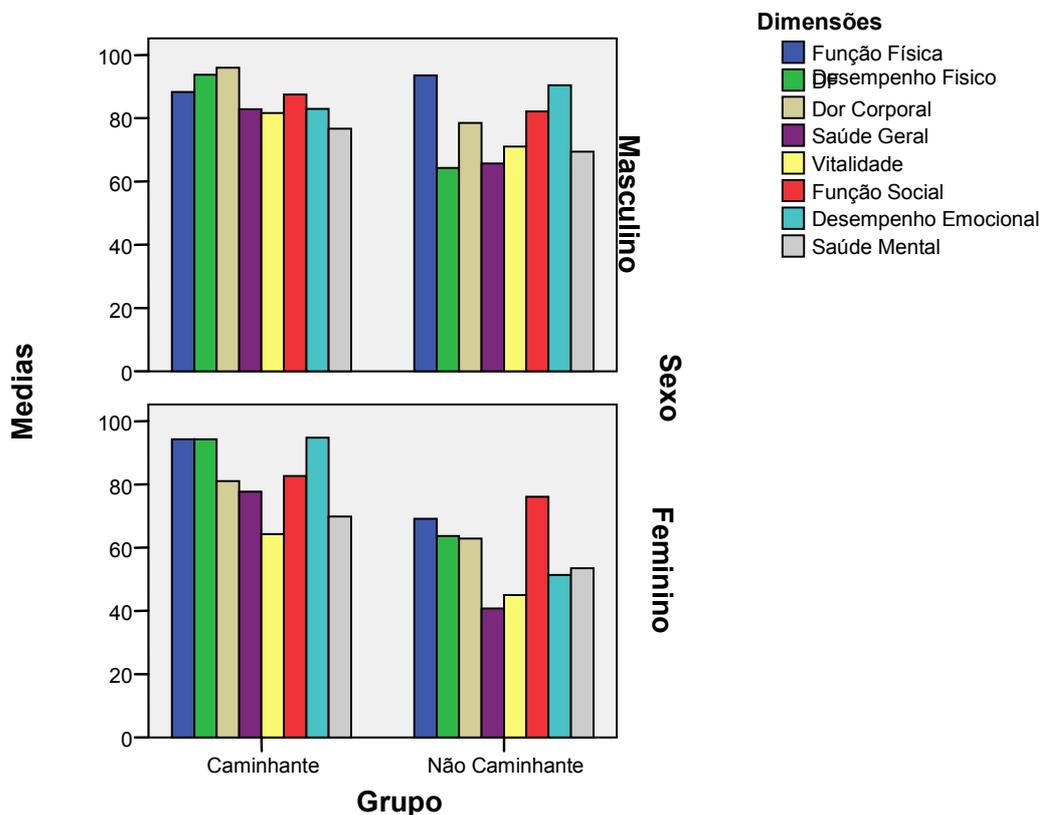


Figura 7— Médias da amostra por grupo e sexo em relação às diferentes dimensões do questionário MOS-SF-36

Os caminhantes do sexo masculino consideram que a sua saúde se manteve ou melhorou no último ano, já os caminhantes do sexo feminino (com exceção feita para o outlier que pensa que a sua saúde melhorou), pensam que a sua saúde está aproximadamente igual.

Os não caminhantes do sexo masculino são o grupo com maior diversidade de resposta, enquanto que as respostas dos não caminhantes do sexo feminino compreendem o aproximadamente igual a muito pior.

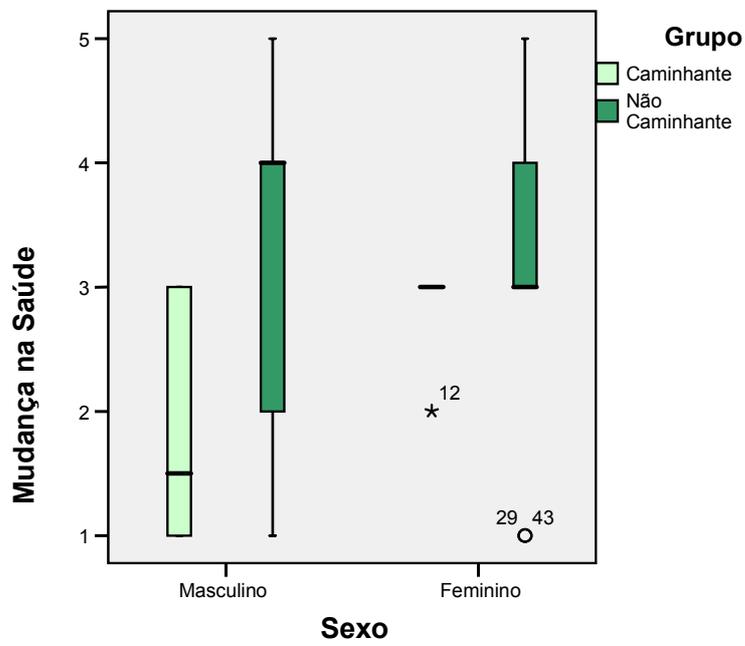


Figura 8 — Distribuição da amostra na dimensão Mudança na Saúde por grupo e sexo

O grupo dos caminhantes tem a percepção que a sua saúde se manteve ou melhorou enquanto que o grupo de não caminhante oscila de algumas melhorias a muito pior.

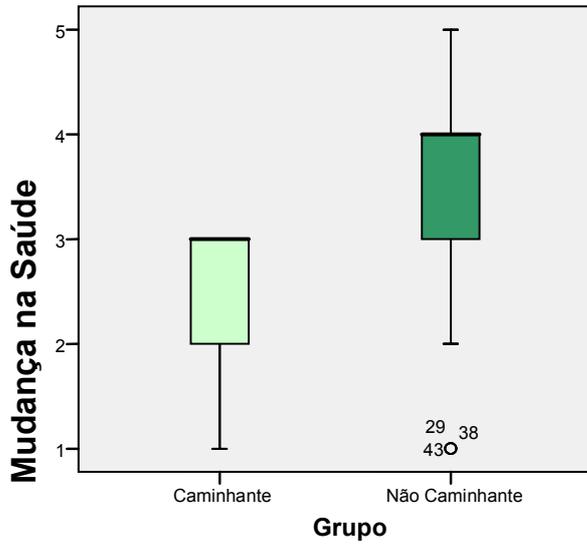


Figura 9 — Distribuição da amostra na dimensão Mudança na Saúde por grupo.

6. Discussão dos Resultados

Medir o estado de saúde corresponde a uma descrição e quantificação da saúde do indivíduo, num determinado momento. Neste estudo, a medição do estado de saúde reflecte um ponto no tempo, em que se pretende observar as semelhanças e/ou diferenças entre dois grupos. As medidas gerais do estado de saúde focalizam-se geralmente nas percepções subjectivas de saúde.

A percepção subjectiva ou auto-avaliação da saúde descreve como uma pessoa percebe a sua própria saúde (Kanagae e tal., 2006) e tem sido amplamente utilizada em estudos epidemiológicos de saúde tornando-se um importante indicador de várias dimensões de funcionalidade e bem-estar (Malmberg e tal., 2005; Philipss e tal., 2005).

No presente estudo, a percepção subjectiva de saúde foi realizada através da aplicação do questionário MOS SF-36 a dois grupos: um de caminhantes e outro de não caminhantes.

O MOS SF-36 foi idealizado por Ware e colaboradores e é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o estado de saúde e o efeito das intervenções na QVRS (Ferreira, 1998; Hopman et al., 2000; Paixão, I.; E Reichenheim, 2005).

O questionário abrange tanto a saúde física e mental, sendo relativamente simples e de breve preenchimento. O MOS SF-36 foi exaustivamente testado quanto as suas qualidades psicométricas, tendo elevados níveis de fiabilidade (Roubenoff e Qilson, 2001). No entanto, Zúnica et al (1999), refere que estudos realizados com o MOS SF-36, comprovam que quando os questionários são administrados por entrevista pessoal, todas as dimensões apresentam melhores perfis de saúde, considerando-se que o entrevistador influi nos resultados.

Neste estudo, os questionários foram preenchidos pelos sujeitos da amostra. Os questionários foram aplicados ao grupo de caminhantes no parque do Fontelo, em Viseu, de manhã, ao início da tarde e ao final da tarde, de forma a diversificar a amostra. Os questionários foram aplicados aos não caminhantes na via pública, de manhã, ao início da tarde e ao final da tarde com o mesmo

objectivo. Estes factores podem ter influenciado eventualmente, de forma positiva ou negativa a percepção do indivíduo no seu estado de saúde.

De acordo com a apresentação dos resultados, podemos constatar que o grupo de caminhantes apresentou uma melhor percepção subjectiva de saúde. Os caminhantes não só auto-avaliam a sua saúde de uma forma mais positiva, mas também de forma mais consistente do que os não caminhantes. Estes resultados estendem-se às oito dimensões referidas no questionário, e vão de encontro com os resultados descritos na literatura. Diversos autores (Ferreira, 2003; Mazo, 2003; Teixeira, 2005) afirmam que existe uma relação positiva entre a AF e a percepção subjectiva de saúde. De acordo com estudos realizados por Heikken (2004), a performance funcional e a AF regular são factores capazes de influenciar positivamente a avaliação subjectiva em comparação com sedentários. As evidências suportam que a AF regular e o exercício físico são capazes de melhorar a percepção subjectiva de saúde, especialmente no que se refere à percepção da função física (Kanagae et al, 2006; Stewart et al, 2003; Taylor et al, 2004). Neste estudo constatamos, que para além da função física, o desempenho físico, a saúde geral e o desempenho emocional foram as dimensões onde a diferenciação de resultados foi maior entre os grupos. Tanto o desempenho físico como a função física são as dimensões que estão mais directamente relacionados com os benefícios da caminhada. Esta actividade praticada de forma regular, vai permitir aos indivíduos que usufruam dos benefícios em termos da saúde geral. A caminhada promove a socialização e o convívio, desenvolvendo a dimensão da função social, que parece contribuir consequentemente para a melhoria do desempenho emocional e do estado de saúde mental, considerando-se eventualmente que pode reduzir o risco de depressão. Mais uma vez, os resultados obtidos vão de encontro com os resultados obtidos em outros estudos.

O grupo de não caminhantes, apresenta resultados menos positivos e bastante dispersos. Kruguer et al (2006) verificaram que a prevalência de uma pobre auto-avaliação da QV está inversamente relacionada à participação em actividades físicas.

No que diz respeito à diferenciação de resultados entre sexos, em todas as dimensões, os sujeitos do sexo masculino caminhantes apresentam melhores resultados do que os sujeitos do sexo feminino caminhantes. A diferenciação entre sexos no grupo de não caminhantes é semelhante.

De acordo com a literatura, o sexo feminino tem percepções mais pessimistas que o sexo masculino (Daltroy et al, 1999; Leal et al, 2005; Orfilia et al, 2006), as razões que levam a esta avaliação mais negativa permanecem incertas. O facto de o sexo feminino apresentar sempre valores inferiores ao do sexo masculino, poderá indiciar um pior estado de saúde, estando de acordo com os estudos de Vonkorff (1993) e da Dirección General de Salud Publica Español (1996). Phillips et al (2005) afirma que as relações entre AF regular e a percepção optimista de saúde são mais fortes entre os homens do que entre as mulheres. Kanagae et al, (2006) num estudo com 542 mulheres japonesas com idades compreendidas entre os 40 e os 91 anos, concluíram que de entre os principais determinantes para a percepção negativa de saúde estavam os baixos níveis de AF.

No que diz respeito à diferença entre os sujeitos do sexo masculino, inter-grupo, os caminhantes revelam percepções mais positivas, exceptuando a dimensão da função física (o que vai contra o que está descrito na literatura), e o desempenho emocional. Os não caminhantes apesar de terem melhores resultados nestas duas dimensões, em termos globais apresentam maior dispersão, isto pode significar uma menor consciência de como avaliar a sua saúde.

Apesar dos sujeitos do sexo feminino terem uma percepção mais negativa do que os do sexo masculino, a percepção das praticantes de caminhada é muito mais optimista do que das não praticantes, em todas as dimensões. Podemos destacar a função física, o desempenho físico, e o desempenho emocional, como as dimensões onde a diferença dos sujeitos do sexo feminino entre os dois grupos é mais acentuada.

Relativamente ao parâmetro de mudança de saúde, é importante não esquecer que os entrevistados têm idades compreendidas entre os 19 e 58 anos e que esta diferença de idade pode influir nos resultados apesar do envelhecimento, como processo fisiológico, não ocorrer em paralelo com a idade cronológica, apresentando uma considerável variação (Matsudo, 1993). Mais uma vez os padrões de resultados acima descritos, tanto em termos de grupo, como de sexo são mantidos.

O grupo de caminhantes revela maior consistência e uma percepção subjectiva mais alta, enquanto que os sujeitos não caminhantes mais uma vez apresentam uma maior dispersão de resultados e em termos globais menos positivos que o dos caminhantes. Tendo em conta que estamos a falar de mudança na saúde é evidente que os caminhantes como sujeitos que praticam regularmente este tipo de exercício aeróbio, usufruem dos seus benefícios tanto para a sua saúde, como para a sua QV, apresentando melhores resultados.

Os caminhantes do sexo masculino consideram que a sua saúde se manteve ou melhorou no último ano, já os caminhantes do sexo feminino descrevem a sua saúde como aproximadamente igual.

Os não caminhantes do sexo masculino são o grupo com maior diversidade de resposta, enquanto que as respostas dos não caminhantes do sexo feminino são mais pessimistas, compreendendo respostas de aproximadamente igual a muito pior. Mais uma vez, os sujeitos do sexo feminino, de ambos os grupos, apresentam auto-avaliações mais negativas do que os sujeitos do mesmo grupo, mas do sexo oposto. Não são conhecidas, em termos científicos as razões, que levam a este fenómeno.

A realização deste estudo permitiu-nos verificar que a caminhada, como AF regular, é um elemento significativo para a promoção e a manutenção da saúde. Permite uma percepção subjectiva de saúde mais elevada nos sujeitos que a praticam, em todas as suas dimensões, proporcionando melhoria da qualidade geral de vida e sendo um factor importante na prevenção do desenvolvimento de várias doenças crónico – degenerativas. Esta ideia é sustentada por vários outros

estudos que apontam a AF regular e o exercício físico como elementos preponderantes na prevenção das “doenças do século”, contribuindo assim, decisivamente para a saúde pública.

Temos consciência que o facto da amostra ter um número reduzido de sujeitos, por ser um estudo de natureza exploratória e por ter sido aplicada apenas numa cidade, pode limitar a generalização dos resultados obtidos neste estudo.

7. Conclusão

De acordo com metodologia utilizada, a análise da discussão de resultados, em confronto com a literatura chegamos as seguintes conclusões:

- Os praticantes de caminhada usufruem dos benefícios gerados por esta actividade em todas as dimensões da qualidade de vida.
- O grupo de caminhantes apresenta uma percepção subjectiva de saúde mais elevada e consistente que o grupo de sujeitos não caminhantes.
- A função física, o desempenho físico e o desempenho emocional são as dimensões que evidenciam melhores resultados no grupo de caminhantes.
- O grupo de caminhantes do sexo masculino apresenta uma auto-avaliação mais elevada que o grupo de caminhantes feminino.
- O grupo de caminhantes do sexo feminino apresenta maior contraste (percepções mais elevadas) do que o grupo de não caminhantes do mesmo sexo.

8.Referências Bibliográficas

- Achour Junior, A. (1999). Bases para exercícios de alongamento, relacionando com a saúde e no desempenho atlético. Londrina: Phorte Editora.
- American Cancer Society. Tobacco and Cancer. Acesso em 12/02/2007. Disponível em:<http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
- American College of Sports Medicine (2000). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 6th ed. Philadelphia: Williams e Wilkins,
- American College of Sports Medicine (2002).. Progression Models in Resistance Training for Healthy Adults. *Medicine Science Sport & Exercise*, 364-360.
- Andersen, R.E.(1999). Exercise an active lifestyle and obesity. *The Physician and Sports Medicine*,27(10).
- Aragão, J.; Dantas, E.; Dantas, B.(2002). Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. *Fitness e Performance Journal*, 1(3), 29-38.
- Awad, G.; Voruganti; L. N. P. (2000). Intervention research in pshycois: issues related to the assesment of quality of life. *Schizophr Bull*, 26,557-564.
- Bento, J. (2000). Apontamentos da janela da minha idade. III Seminário sobre actividade física para a terceira idade. Rio de Janeiro, 1-21.
- Berger, B., Pargman, D. & Weinberg, R.S. (2006). *Foundations of Exercise Psychology* (2nd Ed. Rev). USA: Fitness Information Technology.
- Blair, S.N.(1993). Physical activity, physical fitness and health. *Research Quarterly for Exercise & Sport*.64, 365-376.
- Bernstein, M.S.; Costanza, M.C.; Morabia, A.(2001). Physical activity of urban adults: a general population survey in Geneva. *Praventive medicine*,46 (1), 49-59.
- Boule, et al.(2001). Effects of exercise on glycemc control and body mass index in type II: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of the American Medical Association*,286(10),1218-1227.
- Bowling, A.; Brazier, J. (1995). Quality of life in social science and medicine- Introduction. *Society of Science and Medicine*, 41, p.337-338.

Bowling, A. (1998). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. 2nd Ed., Open University Press, Buckingham.

Buchalla, T.; Pastore, V.S.(2000). As doenças da modernidade. *Revista Veja*. São Paulo, nº 44,105,.

Calmeiro, L. & Matos, M.G. (2004). *Psicologia: Exercício e Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.

Carmo, I.(2001). Obesidade: a epidemia global. *Revista Faculdade Medicina Lisboa*, Lisboa, Série III, 6(1), 39-46.

Carpersen, C., Powell,K., Christerson, G. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*, 100 (2),126-131.

Carr, A.J.; Thompson, P.W(1996). Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 36, 275-81.

Carvalho, J.(1999). Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In: J. Mota e J. Carvalho (Eds). *Actas de seminário “ A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade de física”*. 95-104. Gabinete de Desporto e Recreação e Tempos Livres da Faculdade de Ciências de Desporto e Educação Física – Universidade do Porto.

Center Disease of Prevention and Control.(2000). *Promoting Physical activity: a best by in public health prevention and control*. Atlanta

Corbin, C. B. & Lindsey, R. (1997). *Concepts of physical fitness*. Boston: WCB McGraw-Hill.

Dantas, E. H. M. (1997). Factores Afectivos indispensáveis para o sucesso nos programas da actividade física para a 3ª Idade. *Revista Actividade Física e Saúde*, 2 (2).

Dantas, E. H. M. (1998). *A prática de preparação física*. (4ed). Rio de Janeiro: Sharpe.

Dowling EA. (2001).How exercises affect lipid profiles in women. What to recommend for patients. *The Physician and Sports medicine*, 29(9), 45-52.

- Farquar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Ferreira, P. L. (1998). A medição do Estado de Saúde: criação do MOS-SF 36. Coimbra. Centro de Estudos e Investigação de Saúde.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D. Kuczmarski, R. J. & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. *International Journal of Obesity*, 22, 39-47.
- Gardner, A.W.; Poehmann, E.T.(1995). Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 274, 975.
- Gielen S, Schuler G, Hambrecht R.(2001). Benefits of exercise training for patients with chronic heart failure. *Clinical Geriatrics*. 9(4), p.32-45.
- Gordon, N. F. (1998). Conceptual basis for coronary artery disease risk factor assessment. In: American College of Sports Medicine. *ACM's Recourse manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 3-12.
- Hawkins, S. A.; Wiswell, R. A. (2003). Rate and Mechanism of Maximal Oxygen consumption Decline and Agility. *Sports Medicine*, 33(12), 847- 888
- Helmrich, S.; Rayland, D.; Lenny R.; Puffenharger, R.(1991). Physical activity and reduced recurrence of not insulin – dependent. *New England Journal of Medicine*, 325, 147-152.
- Howley, E.T. (2001). Type of Activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), 364-369.
- Hu, F.B.; Leitzmann, M.F.; Stampfer, M.J.; Colditz, G.A.; Willett, W.C.; Rimm, E.B.(2001). Physical activity and television watching in relation to risk for type 2 diabetes mellitus in men. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1542-8.
- Jansz, K.F.; Dawson, J.D.; Mahoney, L.T. (2000). Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the Muscatine study. *Medicine Science Sports & Exercise*, 32, 1250-1257.

Kimm, S.Y.S.; Kwiterovich, P.O.(1995). Childhood prevention of adult chronic diseases: rationale and strategies. In: Cheung LWY, Richmond JB, editors. Child health, nutrition, and physical activity. Champaign, IL: Human Kinetics, 249-73

Knowler, W.C.et al.(2002). Reduction of the incidence of type II with lifestyle intervention of metformin. *New England Journal of Medicine*,344, 393-403.

Kvaavik, E.; Tell, G.S.; Klepp, K.I.(2003). Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 1212-1218.

Leplège, A., Rude, N. (1995). The importance of patient's own view about their quality of life. *AIDS*, 9, 1108- 1109.

Leinonen, R.; Heikkinen, E.; Jylha, M.(2001). Predictors of Decline in Self Assessment og Health among Older People: a 5-year longitudinal study. *Social, Science & Medicine*, 52, 1329-1341.

Malmberg, J.; Miilunpalo, S.; Vuori, I.; Oja, P. (2005). Characteristics of Leisure time Physical Activity Associated with Risk of Decline in Perceived Health: a 10-year follow up middle added and eldless man and women. *Preventive Medicine*, 41, 141-150.

Manson, J.E. et al.(1992). A Prospective study of exercise and incidence of among US male physicians. *Journal of the American Medical Association*, 268, 63-67.

Matsudo, S.M. et al.(2002). Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10(4), 41-50.

Mechelen, W.V.; Twisk, J.W.R.; Post, G.B.; Snel, J.; Kemper, H.C.G.(2000). Physical activity of young people: the Amsterdam Longitudinal Growth and Health Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 32, 1610-1616.

Mensink, G.B.M.; Loose, N.; Oomen, C.M.(1997). Physical activity and its association with other lifestyle factors. *European Journal of Epidemiology*, 13, 771-778.

Miguel, J. P., Reis, M. Fátima, Calheiros, J., Carreira, M., Pissarra, M. Irene,

Gomes, Paula. 2001 - Monitorização da Saúde Pública. In Valorizar os Resíduos, Monitorizar o Ambiente: Valorsul.

Minayo, M. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*. 5(1), 7-18.

Morris, J.N.; Pollard, R.; Everitt, M.G.; Chave, S.P.W.; Semmence, A.M.(1953). Vigorous exercise in leisure-time: protection against coronary heart disease. *Lancet*,2, 1207-1210.

Nahas, M. (2001). *Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões por um estilo de vida ativo*. 2ed. Londrina: Miograf.

Nahas, M. V. (2003). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.

National Center for Chronic Disease Control, Prevention and Health Promotion (2002). *Physical activity and Health: a report of the Surgeon General*, cap. 5.

New York Heart Association Classification Explanation]. Disponível em: <http://www.cochranfoundation.com/docs/nyha-class>

Nieman, D. C. (1999). *Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento*. São Paulo: Editora Manole.

Organização Mundial de Saúde (1995). *Expert Committee on Physical Status: The use and interpretation of anthropometry physical status*, Printed in Switzerland.

Organização Mundial da Saúde (2004). *The global strategy on diet, physical activity and health*. Acesso em: 2 Jan. 2007. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_global_strategy_general.pdf

Paffenbarger, R. S.; Hyde, R. T.; Wing, A. L.; Hsieh, C. (1986). Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314, 605-613.

Pate, R. P. (1993). In: *American College of Sports Medicine: Resource manual for guidelines for exercise testing and prescription (2nd)*, Indiana.

Paffenbarger, R. S., Patrick, K., Pollock, M. L. Rippe, J. M., Sallis, J. F. & Wilmore, J. H. (1995). *Physical activity and public health: a recommendation from the*

centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273 (5), 402-407.

Ribeiro, J. L. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In Ribeiro, J.L., *Psicologia, Saúde e Doença*. Instituto de Psicologia Aplicada: CRL.179-191.

Ramos, L. R. et. al.(1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, 27 (2), 87-94.

Robergs, R.A.; Roberts, S.O.(2002). *Princípios Fundamentais de Fisiologia do Exercício: para aptidão, desempenho e saúde*. São Paulo: Phorte.

Rosa, T. E. C.; Benicio, M.N.D.; Latorre, M.R.D.O.; Ramos, L.R. (2003). Fatores Determinantes da capacidade funcional entre Idosos. *Caderno de Saúde Pública*. 37 (1), 40-48.

Sallis, J. M. & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. California: Sage Publications.

Short, K.; Joyner, M.(2002). Activity, obesity, and type II diabetes. *Exercise and Sport Sciences Review*, Baltimore, 30(2), 51-52.

Sardinha, L.B. (1999). A Avaliação da Composição Corporal nas Pessoas Idosas: Pertinência, problemas e soluções. In: Correia, P.P.; Espanha, M.; Barreiros, J. *Envelhecer Melhor com Actividade física*, p.143-160. Lisboa FMH.

Shephard, R. J. (1994). Alterações fisiológicas através dos anos. In: American College of Sports Medicine. *Prova de esforço e prescrição de exercício*. 291-298. Rio de Janeiro: Revinter.

Seidl, E.M.F.; Zannon, C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e metodologias. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), p.580-588.

Stein R. & Ribeiro J.P. (2004). Atividade física e saúde. In: Duncan BB, et al. *Medicina ambulatorial*. São Paulo: Artes Médicas. 53. 508-515.

Sneeuw, K. C. A.; Sprangers, M. A. G.; Aaronson, N. K.(2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55 (6) 1130-1143.

Tanaka, H.; Seals, D. R. (2003). Dynamic Exercise Performance in Masters Athletes inside into the effects of primary human aging on physiological functional capacity. *Journal of Applied Physiology*, 95, 2152-2162.

The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Society of Science & Medicine*, 46, 1569-1585.

Trudeau, E. et al. (1998). Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. *Journal American Dietetic Association*, 98 (12), 1412-1417.

Tuomilehto J, et al.(2001). Prevention of type II by changes in lifestyle among subjects with impaired tolerance glucose. *New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.

Vouri, I.M.(2001). Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. *Public Health Nutrition*. 4 (2B), 517-528.

Wannamthee, G.; Shaper, A.G. (1991). Self- assessment of Health Status and Mortality in Middle- Aged British Men. *Internacional Journal of Epidemiology*, 20(1), 239-245.

Ware J. E. et al.(1998) The factor structure of the SF-36 health survey in 10 countries:Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1159-1165.

World Health Organization (1948). Constitution of the world Organization. Geneva: WHO.

WHO (2006). Physical activity. Consultado em 10 de Março de 2007 através de <http://www.who.int/hpr/physactiv/health.shtml>

9. Anexos

9.1. ANEXO 01

Carta de Consentimento

Carta de Consentimento

Eu, abaixo-assinado, declaro que participo voluntariamente no trabalho de monografia, da aluna Arnaldina do Céu Lopes Sampaio, do curso de Desporto e Educação Física, orientado pela Professora Joana Carvalho da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura do Voluntário

9.2. ANEXO 02

Medição do Estado de Saúde – MOS SF-36

**MEDIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
MOS – SF 36**

Para responder coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima 1	Muito Boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia.....	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i) Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sim 1	Não 2
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sim 1	Não 2
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.....	1	2

6. Durante as últimas 4 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 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas 1	Muito fracas 2	Ligeiras 3	Moderadas 4	Fortes 5	Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.
Per cada pergunta coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5	6
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?				
Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Algum tempo 3	Pouco tempo 4	Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações?					
Ponha uma cruz em cada linha	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do 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