

INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E DESPORTO



Mestrado em Ciências do Desporto
Especialidade de Desportos de Academia

A influência dos efeitos dos períodos de confinamento e desconfinamento, na satisfação da vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos, de atividades de fitness

Ricardo Jorge Gomes Teles
Guarda, 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E DESPORTO



Mestrado em Ciências do Desporto
Especialidade em Desportos de Academia

A influência dos efeitos dos períodos de confinamento e desconfinamento, na satisfação da vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos, de atividades de fitness

Projeto de Investigação realizado no âmbito do Mestrado de Ciências do Desporto – Especialidade de Desportos de Academia, nos termos do estabelecido no Decreto n° 107/2008, de 25 de julho, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Fonseca.

Ricardo Jorge Gomes Teles

Guarda, 2021

Página de Função

Provas de Mestrado em Ciências do Desporto – Especialidade de Desportos de Academia

Teles, R. J. G. (2021). *A influência dos efeitos dos períodos de confinamento e desconfinamento, na satisfação da vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos, de atividades de fitness*. Guarda: R. Teles. Projeto de Investigação apresentado à Escola Superior de Educação Comunicação e Desporto do Instituto Politécnico da Guarda

Orientadora: Professora Doutora Teresa de Jesus Trindade Moreira da Costa e Fonseca

Palavras-chave: Satisfação com a vida; Depressão; Ansiedade; Stress; Atividade de *fitness*

Agradecimentos

Começar por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Fonseca, pela excelente orientação que me forneceu, pela partilha de conhecimentos e por nunca ter desistido de mim, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Instituto Politécnico da Guarda pelas experiências passadas e vividas durante estes anos de mestrado, a todos os professores do Curso de Desporto pela qualidade e simpatia e a forma como passaram os seus conhecimentos de uma forma exímia.

À minha família pelo apoio que me proporcionou durante os anos académicos e sobretudo à minha irmã pelo acompanhamento e esforço realizado nos últimos meses.

Aos meus grandes amigos, por todo o apoio, amizade e conselhos nos bons e maus momentos.

Um muito obrigado a todos.

Resumo

A presente investigação tem como principal objetivo averiguar se existe alguma influência dos períodos de confinamento e desconfinamento, na satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos de atividades de fitness, de três ginásios do distrito de Viseu. A amostra utilizada para este estudo era inicialmente constituída por 104 praticantes, contudo após o segundo momento de avaliação permaneceram 90 praticantes (N=90), dos quais 49 elementos eram do género masculino e 41 do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade. Para a recolha de dados foram utilizados quatro instrumentos, um questionário sociodemográfico, o *State- Trait Anxiety Inventory*, a *Satisfaction with Life Scale* e a *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)*. Através dos resultados obtidos foi possível concluir que existiu um impacto negativo na depressão, ansiedade e stress entre o período de confinamento e desconfinamento, enquanto na satisfação com a vida o mesmo não se pôde concluir. Contudo, não se verificou a existência de diferenças significativas entre a prática das modalidades de musculação e cardiofitness, entre os períodos de confinamento e desconfinamento e, quando comparadas com a satisfação com a vida dos praticantes também não se demonstrou diferenças significativas.

Palavras-Chave: Satisfação com a vida; Depressão; Ansiedade; Stress; Atividade de *fitness*

Abstract

The main objective of the present investigation is to find out if there is any influence of the periods of confinement and deconfinement on satisfaction with life, depression, anxiety, and stress in adult fitness activity exercisers from three gyms in the district of Viseu. The sample used for this study was initially constituted by 104 practitioners, however, after the second moment of evaluation, 90 practitioners remained (N=90), from which 49 elements were male and 41 female, with ages between 18 and 65 years old. For data collection four instruments were used, a sociodemographic questionnaire, the State- Trait Anxiety Inventory, the Satisfaction with Life Scale and the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). Through the results obtained, it was possible to conclude that there was a negative impact on depression, anxiety, and stress between the confinement and deconfinement period, while the same could not be concluded for satisfaction with life. However, it was not verified the existence of significant differences between the practice of bodybuilding and cardio fitness modalities, between the confinement and deconfinement periods, and when compared with life satisfaction of the practitioners it was also not demonstrated significant differences.

Keywords: Satisfaction with life; Depression; Anxiety; Stress; Fitness activity

Índice

| | |
|--|-------------|
| Agradecimentos | V |
| Resumo | VII |
| Abstract | IX |
| Lista de Siglas | XIII |
| Índice de Figuras | XIV |
| Índice de Tabelas | XV |
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Revisão da Literatura | 3 |
| 2.1. Satisfação com a Vida | 3 |
| 2.2. Bem-Estar | 6 |
| 2.3. Ansiedade | 10 |
| 2.4. Stress..... | 12 |
| 2.5. Atividade Física e Exercício Físico | 14 |
| 2.5.1. Diferenças entre Atividade Física e Exercício Físico | 14 |
| 2.6. Relação Entre Exercício Físico e Transtornos Mentais..... | 15 |
| 2.7. Benefícios da Atividade Física Regular e/ou Exercício | 17 |
| 2.8. Atividades de <i>fitness</i> | 19 |
| 2.8.1. Modalidades de <i>Fitness</i> | 19 |
| 2.9. Teorias e modelos explicativos do papel da atividade física e do exercício físico na depressão, ansiedade e na satisfação com a vida..... | 21 |
| 2.10. COVID-19 e Saúde Mental | 22 |
| 2.11. Exercício Físico e COVID-19 | 23 |
| 3. Metodologia | 25 |
| 3.1. Caracterização da amostra..... | 25 |
| 3.2. Procedimentos para a avaliação..... | 28 |
| 3.3. <i>Instrumentarium</i> | 29 |
| 4. Apresentação dos Resultados | 33 |
| 4. Discussão dos Resultados | 41 |
| 5. Conclusões e Limitações do estudo | 45 |
| Bibliografia | 47 |
| Anexo I – Consentimento Informado | 53 |

Lista de Siglas

ACE - American Council on Exercise

ACSM - American College of Sports Medicine

AF - Atividade Física.

AFFA - American Fitness & Aerobics Association

APS - American Physical Society

AVC – Acidente Vascular Cerebral

FC – Frequência Cardíaca

IDEA - Health & Fitness Association

IHRSA - International Health, Racquet & Sportclub Association

HIIT – Treino intervalado de alta intensidade

INE - Instituto Nacional de Estatística

máx – Máximo

MET - Unidade de medida que representa o consumo de oxigênio por unidade de tempo e quilo de peso

MTT - Modelo Transitório da Mudança de Comportamento.

NASA - National Aeronautics and Space Administration

OMS - Organização Mundial da Saúde.

QME - Questionário de Motivação para o Exercício.

TAD - Teoria da Autodeterminação.

TAR - Teoria de Ação Racional.

TDM - Transtorno Depressivo Maior

USA - Estados Unidos da América

VO2 max – Quantidade máxima de oxigênio que o organismo consegue transportar e metabolizar durante um exercício físico (também pode ser entendido como uma medida de aptidão aeróbia).

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| <i>Figura 1: Fatores que influenciam diretamente a satisfação com a vida (Adaptado de Daniela e Mourinho, 2016).</i> | 6 |
| <i>Figura 2: Frequência dos elementos da amostra por gênero.</i> | 25 |
| <i>Figura 3: Frequência dos elementos da amostra quanto à idade.</i> | 26 |
| <i>Figura 4: Frequência dos elementos da amostra quanto às suas habilitações literárias.</i> | 26 |
| <i>Figura 5: Frequência dos elementos da amostra quanto ao nível socioeconómico.</i> | 27 |
| <i>Figura 6: Frequência dos elementos da amostra quanto à profissão.</i> | 27 |
| <i>Figura 7: Frequência dos elementos da amostra relativamente ao tempo de atividade de prática de fitness.</i> | 28 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| <i>Tabela 1: Benefícios da Atividade /Exercício Físico (Adaptado de ACSM, 2008).</i> | 17 |
| <i>Tabela 2: Tipologia das atividades de fitness.</i> | 21 |
| <i>Tabela 3: Cotação do STAI</i> | 30 |
| <i>Tabela 4: Pontuações no DASS-21</i> | 31 |
| <i>Tabela 5: Amostra distribuída pela escala DASS-21</i> | 33 |
| <i>Tabela 6: Caracterização dos clientes, consoante as várias escalas.</i> | 34 |
| <i>Tabela 7: Diferença das práticas efetuadas (cardiofitness e musculação), entre o período de confinamento e desconfinamento.</i> | 34 |
| <i>Tabela 8: Diferenças nas escalas de satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress e estado de ansiedade, entre o período de confinamento e desconfinamento.</i> | 35 |
| <i>Tabela 9: Frequência das atividades de fitness, em praticantes adultos, de atividades de fitness em 3 ginásios, no período de confinamento.</i> | 35 |
| <i>Tabela 10: Relação entre a prática de cardiofitness e a satisfação com a vida.</i> | 36 |
| <i>Tabela 11: Relação entre a prática de musculação e a satisfação com a vida.</i> | 37 |
| <i>Tabela 12: Diferença nas classificações da DASS-21, referente à depressão, no período de confinamento e desconfinamento.</i> | 37 |

1. Introdução

Vivemos tempos complicados neste contexto da pandemia COVID-19. Cada vez mais se torna clara a importância da prática de exercício físico, qualquer que seja o contexto. A importância e benefícios do exercício físico são demais evidentes, tomando proporções ainda maiores, quando estamos em contexto de pandemia.

Segundo Girdwood et al., (2011), a qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, e um estilo de vida saudável inclui a realização de atividades físicas regulares, que é de uma importância fundamental para uma vida ativa ao longo do processo de envelhecimento humano.

Por sua vez, Dinas et al. (2011), afirmam-nos que a depressão é um distúrbio mental altamente prevalente, afetando cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo, independentemente da idade, sexo e origem étnica.

Para a American Psychiatric Association (2013) ou APS, a ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos preocupados e problemas físicos. A experiência ansiosa é um resultado advindo da percepção ou interpretação de um evento como ameaçador, tanto física como psicologicamente que dispara uma reação do organismo, além de respostas comportamentais de fuga ou enfrentamento.

Por seu turno, Verardi et al. (2012) dizem-nos que o stress é uma experiência emocional negativa, acompanhada por mudanças bioquímicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais previsíveis, que visam alterar o efeito stressor ou acomodar os seus efeitos

De acordo com Junior (2020) e ainda outros autores por eles mencionados, recomenda-se a prática regular de exercício físico para todos, sendo de grupo de risco ou não, com o objetivo de melhorar a função imunológica, diminuir a ansiedade e o stress envolvido. Convém frisar que o exercício físico não dá imunidade às pessoas contra a COVID-19, contudo auxilia bastante na resposta imunológica do indivíduo praticante. Perante este contexto e face à inquietação e curiosidade em aprofundar estes problemas, propusemo-nos verificar a influência do confinamento e desconfinamento na satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress.

A pandemia Covid-19 instalou-se em março de 2020 em Portugal, desde desse momento que a população em geral foi forçada a alterar os seus comportamentos físicos e mentais.

Do nosso conhecimento, parecem ser ainda reduzidos os estudos focados no impacto que o confinamento e o desconfinamento, poderá ter tido nos praticantes de fitness. E porque esta é uma preocupação pessoal, surgiu o seguinte problema: será que houve influencia do período de confinamento e desconfinamento, na satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress, em praticantes de fitness?

Assim, são objetivos gerais deste estudo: (i) verificar se existem diferenças das práticas efetuadas, entre o período de confinamento e desconfinamento e (ii) verificar se existem diferenças na satisfação com vida, ansiedade e stress, entre os períodos de confinamento e desconfinamento. Sequentemente foram definidos os seguintes objetivos específicos: (i) caracterizar os clientes de três ginásios de Viseu, relativamente à satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos de atividades de fitness; (ii) identificar a presença de depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos, de atividades de fitness em três ginásios do distrito de Viseu; (iii) identificar a atividade de fitness realizada com maior frequência, pelos elementos da amostra em estudo;

Tendo em conta os objetivos anteriormente referidos foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 - Existem diferenças significativas na prática de cardiofitness e musculação entre o período de confinamento e desconfinamento.

H2 - Existem diferenças significativas na presença de depressão, ansiedade, stress e satisfação com a vida, nos praticantes adultos de atividades de fitness no período de confinamento.

H3 - Existem relações significativas entre a prática de cardiofitness e a satisfação com a vida.

H4 - Existem relações significativas entre a prática de musculação e a satisfação com a vida.

H5 - Existem diferenças significativas na classificação da DASS-21 entre o período de confinamento e desconfinamento.

O presente trabalho está organizado em pontos essenciais, tais como a presente introdução, na qual se pretende apresentar sumariamente a temática que contextualiza e fundamenta esta investigação. Identifica-se a justificativa para o presente estudo, os objetivos e as hipóteses formuladas. Seguidamente, surge a revisão da literatura que, para um melhor enquadramento do tema em estudo, visa apresentar os conceitos mais pertinentes desta temática. Posteriormente, apresenta-se a metodologia, na qual se faz a caracterização da amostra, apresentam-se os instrumentos de avaliação utilizados e, são referidos os procedimentos metodológicos do desenvolvimento da investigação. Depois segue-se a apresentação e a discussão dos resultados, onde se expõem todos os resultados obtidos no estudo e se faz a sua discussão. Em sequência, apresentam-se as conclusões e, também se faz referência às limitações desta investigação, indicando algumas recomendações para futuros estudos. Por último, apresenta-se a bibliografia consultada que serviu de suporte para o presente estudo.

2. Revisão da Literatura

2.1. Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida é entendida, como a avaliação global que a pessoa faz sobre a sua vida, avaliando os aspetos positivos e negativos, comparando-os com o modelo de vida estabelecido pela mesma Pavot & Diener, (1984); Arthaud Day et al., (2005), cit por Torregrosa et al., (2014).

Segundo Girdwood et al. (2011), a qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, e um estilo de vida saudável inclui a realização de atividades físicas regulares, que é de uma importância fundamental para uma vida ativa ao longo do processo de envelhecimento humano.

O conceito de qualidade de vida , segundo Pais-Ribeiro (2009), cit por Abreu & Simões Dias, (2017) é complexo e multifatorial remontando aos anos vinte do século XX a sua utilização, pela primeira vez. A Organização Mundial de Saúde, de acordo com Whoqol Group, (1994), cit por Abreu & Dias, (2017, p. 513), foi uma das primeiras entidades a tentar descrever e apresentar este constructo definindo-se como a “(...) percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” .

A qualidade de vida em adultos tem sido estudada no que respeita à sua relação com diversas variáveis. Por sua vez, a prática de exercício físico, na opinião de Vuillemin et al. (2005), cit por Abreu & Dias, (2017), parece associar-se a uma percepção elevada de Qualidade de Vida relacionada com a saúde.

O tema satisfação com a vida, de acordo com Ruiz (2013), tem sido amplamente discutido e pesquisado desde o início deste século. Determinada pela realização das nossas necessidades, desejos e vontades, é uma situação ou um resultado de uma comparação entre as nossas próprias expectativas (o que quer) e os pertences de um real (o que tem neste momento).

Ainda segundo Ruiz (2013), o conceito é considerado como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado da felicidade e bem-estar. A perspectiva subjetiva de qualidade de vida, incluindo-se nela a satisfação com a vida, é defendida como uma possibilidade de se levar em conta, em avaliações individuais e diferenças culturais na percepção do padrão de vida.

A satisfação com a vida, depende de avaliações cognitivas e subjetivas. Por outras palavras, a satisfação baseia-se num critério próprio sobre a vida. Trata-se, segundo Neugarten et al. (1961), cit por Ruiz, (2013, p.81), de “um estado psicológico que guarda estreita relação com o bem estar, mais do que avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal.”

A satisfação com a vida, é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério

próprio. Satisfação, reflete em parte, de acordo com Silveira et al. (2015), o bem-estar subjetivo individual, sendo o modo e os motivos que as pessoas levam a viverem as suas experiências de vida de maneira positiva.

Ideologicamente, a satisfação com a vida tem as suas origens no iluminismo do século XVIII, em que o propósito da vida humana é a própria vida. Mais tarde, no século XIX, essa convicção foi expressa no credo utilitário de que a melhor sociedade era aquela que fornecia “a maior felicidade para o maior número de pessoas”. Mais recentemente, no século XX, inspirados pelas tentativas planeadas de reforma social em grande escala, surgiu e desenvolveu-se o conceito de bem-estar.

Tradicionalmente, aspetos subjetivos, tais como a satisfação, são mensurados por meio de uma pontuação simples, obtida por meio de perguntas relacionadas aos aspetos que se deseja medir.

Existem várias Teorias, a Teoria Clássica dos testes (TCT), é fundamentada numa pontuação baseada nas respostas do questionário e torna-se uma medida, que pode ser usada para validar instrumentos ou fazer associações com fatores que estão relacionados com esse aspeto subjetivo.

Também, a Teoria da Resposta ao Item (TRI) aparece como uma das principais aplicações na área da psicometria, superando, na medição subjetiva a teoria clássica. A TRI, permite a comparabilidade dos resultados, usando diferentes instrumentos e a criação de uma escala em que os itens e os sujeitos são interpretados conjuntamente. Além disso, tal como sustentado por Silveira et al. (2015), a TRI permite mensurar um traço latente por meio de um conjunto de respostas a itens, de um instrumento de avaliação ou de pesquisa

Ainda segundo Silveira et al. (2015), na literatura, a satisfação com a vida conta com diferentes métodos para avaliá-la.

Tal como nos é referido por Emmons, (1986, cit por Scorsolini-Comin & Santos, 2010), a dimensão satisfação com a vida corresponde a um julgamento positivo, de algum domínio específico na vida da pessoa, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida.

Esse julgamento depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido, ou seja, remete também a uma comparação com o seu meio social, cultural e histórico Scorsolini-Comin & Santos, (2010).

Havighurst (1972, cit por Madalena & Pinto, 2020) desenvolveu uma teoria na qual propôs que o nível de satisfação com a vida se encontrava relacionado com vários fatores pessoais e sociais, incluindo a fase de vida em que o sujeito se encontra, os seus valores pessoais e interpretações. É defendido, segundo Çakar (2012), que a satisfação com a vida, também se

encontra relacionada com o sucesso da tarefa desenvolvimental correspondente a esta fase, que é intimidade versus isolamento.

Segundo Madalena & Pinto (2020)

a satisfação com a vida é um constructo muito complexo, que abrange a vida do sujeito como um todo e avalia a sua vida como um longo percurso e não apenas como um momento. É uma variável muito completa, pois encontra-se associada a vários fatores da vida do indivíduo, a nível da saúde mental, incluindo processos intrínsecos, saúde física, estatuto socioeconómico, grupo de pares e fase da vida em que se encontra (p. 8).

Calixto e Martins (2010) defendem que são cinco as variáveis preditivas da satisfação com a vida, nomeadamente: variáveis sociodemográficas, relacionamentos sociais, personalidade, coping e autoestima.

Segundo Melendez et al. (2009, cit por Daniela & Mourinho, 2016), a satisfação com a vida, é influenciada pelo aumento da idade, uma vez que com o aumento desta, os níveis de satisfação tendem a diminuir, sendo a exceção nos homens idosos que apresentam mais satisfação com a vida familiar e da saúde.

Na Figura 1, apresentam-se os cinco fatores que influenciam diretamente a satisfação com a vida, de acordo com Daniela & Mourinho (2016).



Figura 1: Fatores que influenciam diretamente a satisfação com a vida
Adaptado de Daniela & Mourinho (2016).

2.2. Bem-Estar

O conceito de bem-estar, tal como defende Diener, (1996, cit por Silva, 2017), é muitas vezes influenciado por variáveis como a idade, género, nível socioeconómico e cultura, no entanto, essa definição está relacionada com o grau de satisfação com a vida e a presença de afeto positivo ou negativo.

Segundo Novo (2000), cit por Silva, (2017), o bem estar subjetivo tem vindo a ser estudado mais extensivamente, desde os anos 60 com o principal objetivo, de compreender a felicidade relativa ao modo como o individuo internamente vive e interpreta de forma subjetiva os acontecimentos da vida.

De acordo com Woyciekoski et al. (2012), o Bem Estar Subjetivo (BES), refere-se à experiência pessoal e subjetiva da avaliação da vida como positiva, caracterizando-se nas variáveis como a satisfação com a vida e vivência de afeto positivo.

Na opinião de Albuquerque e Troccoli (2004, cit por Silva, 2017), o BES subdivide-se em duas componentes: a componente cognitiva - pensar nas coisas de forma intelectual, ou seja, a satisfação com a vida (escala de satisfação com a vida, SWLS) e a componente afetiva - afeto negativo e positivo (escala dos afetos, PANAS). Assim, o bem-estar subjetivo refere-se ao processo de como as pessoas se sentem e como avaliam as suas vidas.

2.3. Depressão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma doença global com mais de 350 milhões de pessoas afetadas OMS, (2012). A OMS em 2001 estimava que no ano de 2020, a depressão poderia ser a segunda principal causa de carga global de doenças em todo o mundo (Kvam et al., 2016). As mulheres são as mais afetadas, e uma a duas em cada dez mulheres têm depressão pós-parto.

Através do programa Mental Health Gap Action Programme, a OMS e parceiros dão suporte a quem sofre de depressão e estimulam os países a formularem programas para ajudar as pessoas com transtornos mentais (Abelha, 2014). Infelizmente, o mais trágico desfecho da depressão é o suicídio. A cada quarenta segundos uma pessoa suicida-se no mundo, e as ações preventivas são urgentes. É importante divulgar algumas iniciativas da OMS para a prevenção do suicídio, como por exemplo o vídeo “*I had a black dog: his name was depression*”, sobre a prevenção do suicídio (Abelha, 2014).

A depressão ou transtorno depressivo maior (TDM), é frequentemente indicado como um estado clínico que requer intervenção. Pode ser definida, tal como nos é referido por Winokur, (1981, cit por Veigas, 2009), como um estado mental e físico que é caracterizado por uma mudança de humor, tornando-se infeliz, triste, desencorajado, irritável, receoso, desanimado, sem esperança e abatido

Para Goldner (2013) a depressão faz parte do cotidiano, consistindo numa doença mental que se associa a um grau elevado de transtorno psíquico, gerando efeitos negativos em relação ao humor e pode atingir pessoas de ambos os sexos e idades.

Quando uma pessoa está deprimida caracteriza-se, fundamentalmente, segundo Vaz Serra (1994, cit por Veigas, 2009), pela incapacidade que o indivíduo sente para a vida em geral ou, especificamente, no seu trabalho e ambiente social e familiar, estando a mesma relacionada com a gravidade da depressão.

De acordo com Wetsel (1984, cit por Veigas, 2009), os sintomas de depressão podem ser divididos em quatro grandes áreas de avaliação, i) Afetiva - humor diferido, medo, ódio, culpa, desânimo e irritabilidade; ii) Cognitiva - visão negativa do mundo, de si e do futuro, crenças irracionais, ideações de morte e suicídio, baixa auto estima, indecisão, lentidão cognitiva, desinteresse em atividades, pessoas e prazeres; iii) Atividade Comportamental - dependência, submissão, fraca assertividade, fraca aptidão comunicacional, inatividade aparência descuidada, lentidão motora e respostas motoras agitadas; iv) Funcionamento Físico - pouca energia, fraqueza, fadiga, insónias perda ou ganho de peso, distúrbios alimentares, indigestão, constipação, diarreia, náuseas, problemas sexuais, lentidão ou agitação de reflexos psicomotores.

Dinas et al., (2011), afirmam que a depressão é um distúrbio mental, que afeta cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo, independentemente da idade, sexo e origem étnica. Os indivíduos que sofrem de depressão mostram baixos níveis de humor, falta de interesse ou prazer, apetite interrompido, baixa autoestima, sentimentos de culpa e falta de energia. Muitas das vezes, estes problemas tornam-se crônicos e levam à incapacidade, ou, pior ainda a tentativas de suicídio.

Ainda de acordo com Dinas et al., (2011), nos diversos relatórios elaborados sobre este tema, foram apresentadas ilações de que a depressão pode ser diagnosticada na atenção primária e pode ser tratada através de agentes farmacológicos e psicoterapia, com um sucesso de 60 a 80%. No entanto, apenas 10 a 25 % das pessoas afetadas pela depressão recebem tratamento, para a sua condição, devido à falta de recursos e ao estigma social associada a esta condição.

Moussavi et al. (2007, cit por Kvam et al., 2016) mencionaram que a depressão reduz a saúde mais do que doenças somáticas, como a artrite, a angina e o diabetes, e foi uma das principais causas de incapacidade em 2012. Similarmente, foi referido por Nice (2013, cit por Kvam et al., 2016), que a taxa de mortalidade da depressão é de cerca de 4 % equivalente à do tabagismo.

Também e segundo Mykletun et al. (2009, cit por Kvam et al., 2016), para pacientes que sofrem de doenças somáticas, como cancro, doenças cardiovasculares e infeções, o risco de mortalidade aumenta ainda mais com a depressão comórbida.

Knapen et al. (2015) verificaram, nas suas pesquisas, que a prevalência de depressão na vida é de 10 a 15 %. Estes autores constataram numa pesquisa americana, que a prevalência de depressão no ano de 2016 fora de 9 % e a taxa de depressão de 3,4 %. O risco de mortalidade por suicídio em pacientes deprimidos, era vinte vezes superior do que na população em geral.

No Canadian Health Survey (2003, cit por Swan & Hyland, 2012) foi relatado que a prevalência ao longo da vida de episódios depressivos, na população em geral, era de 12,2 %. Resultados semelhantes, foram relatados em diversos estudos por toda a Europa (Alonso et al., 2004, cit por Swan & Hyland, (2012). A Pesquisa Nacional de Saúde da População, empregou uma abordagem de medição longitudinal mais sólida e descobriu que as taxas de prevalência ao longo da vida era de 19,7 %, quase duas vezes superior do que se costuma pensar, tal como nos menciona Patten, (2009, cit por Swan & Hyland, 2012).

Também para Schuch & Stubbs (2019), o transtorno depressivo maior, conhecido por depressão é um distúrbio altamente prevalente em quase todas as culturas do mundo, com uma prevalência que ronda os 6 -18 % em diferentes países. Ainda para o mesmo autor, a depressão é uma das dez principais causas de anos vividos com deficiência, em todo o mundo e uma das principais causas globais de encargos. Este autor afirma que, por exemplo, os custos associados

aos dias de trabalho perdidos, devido à depressão e ansiedade são estimados em 1,15 trilhões de dólares, por ano, em todo o mundo e que este valor deverá duplicar até ao ano de 2030.

Na opinião de Andrews (2000, cit por Swan & Hyland, 2012), a depressão não apenas exerce um grande fardo de sofrimento para muitas pessoas, como também tem efeitos económicos negativos substanciais na sociedade. Aliás, o Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estado Unidos, estima que custa vinte e seis biliões de dólares, por ano, para tratar a depressão e mais preocupante, parece que apenas metade das pessoas que sofrem de depressão procuram tratamento.

Por sua vez, Batista & Oliveira (2016) afirmam que a Organização Mundial de Saúde, evidencia que a depressão é umas das causas líderes de incapacidade no mundo e o suicídio, aliado à mesma, vitimiza cerca de 850000 pessoas, por ano. Ainda e segundo estes autores, 121 milhões de pessoas no mundo sofrem com a doença, sendo o Brasil líder mundial em prevalência.

No DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (2006, cit por Daniela & Mourinho, 2016), os sintomas da depressão são organizados em nove domínios, nomeadamente :

- Humor deprimido, geralmente descrito pelo individuo como tristeza, desesperança, desencorajamento ou sentir-se “em baixo”;
- Interesse ou prazer reduzidos em atividades que anteriormente gostavam;
- Alterações no apetite com perda ou aumento significativo de peso;
- Insónia ou hipersónia;
- Modificações psicomotoras marcadas por lentidão ou agitação com intensidade suficiente, para serem observados por outros e não sejam produtos de sentimentos de subjetividade do sujeito;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimentos de culpa ou desvalorização pessoal, muitas vezes em situações do dia a dia, sobre as quais não possuem qualquer poder interpretando os resultados negativos como prova dos seus defeitos pessoais;
- Diminuição da habilidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões;
- Pensamento de morte, ideação ou plano de suicídio.

O termo depressão, tem origem no latim *depressus*, significando o ato de deprimir-se. Segundo Teodoro (2010, cit por Fernanda & Souza, 2018), a depressão é classificada como transtorno mental, que envolve uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos e ambientais. São comuns na depressão, sintomas de angústia, perdas de humor, perda de interesse, apatia, choro persistente, sentimento de impotência e perda de prazer.

Também nos é referido por Pengpid & Peltzer (2019) que os transtornos de ansiedade e depressão, contribuem significativamente para a carga global de doenças.

Segundo Silva (2011, p. 235) “dois testes bastante simples, são recomendados pela revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento de depressão, o teste das duas questões e o teste de Goldberg”. Ainda e de acordo com Silva (2011, p.236) “este último consiste em numa série de questões, assim dispostas:

- Vem tendo pouca energia?
- Vem tendo perda de interesse?
- Vem tendo perda de confiança em você?
- Tem-se sentido sem esperança?”

Os principais conceitos da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) surgiram na década de 90, quando Aaron Beck & Albert Ellis concluíram que a depressão resultava de pensamentos enraizados e distorcidos. As emoções e o comportamento de uma pessoa deprimido, são mantidos através de pensamentos e crenças disfuncionais, segundo Beck, (1967, cit por Silva, 2011).

As teorias da TCC para a depressão são baseadas em várias suposições tal como mencionado por alguns autores (Beck, 1996; Clark et al., 1999, citados por Silva, 2011) como sejam:

- O modelo biopsicossocial que está relacionado com o desenvolvimento e com a manutenção dos sintomas;
- As crenças distorcidas sobre o self, o mundo e o futuro que são formadas através de experiências durante o desenvolvimento do sujeito;
- As crenças distorcidas que ficam inativas e só são acionadas quando surgem situações difíceis;
- Quando ocorrem estas situações, as crenças interagem com a situação, propiciando inferência seletiva e reações de humor negativas, conduzindo a comportamentos que mantêm o humor negativo (p.239).

2.3. Ansiedade

De acordo com a American Psychiatric Association (2013) ou APS, a ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos preocupados e problemas físicos. Para a American Psychiatric Association (2013), pessoas com transtornos de ansiedade geralmente têm pensamentos ou preocupações intensivas recorrentes.

Na opinião de Wegner et al., (2014), a ansiedade como emoção é descrita como um estado desagradável ou uma condição emocional com componentes experienciais, fisiológicos e comportamentais, que servem como um mecanismo de alerta para o indivíduo.

Também Liebert & Morris (1967, cit por Wegner et al., 2014), enfatizaram duas componentes da ansiedade, nomeadamente: i) um comportamento cognitivo (preocupação), que se refere a expectativas e preocupações negativas e ii) comportamento emocional, que é responsável pela percepção dos elementos fisiológicos e afetivos da experiência da ansiedade.

Por seu turno, Spielberger (1972, cit por Wegner et al., 2014) diferenciou estado de ansiedade e ansiedade característica. No estado de ansiedade, a pessoa tem a percepção consciente de estar tensa, nervosa ou preocupada, que é acompanhado pela ativação do sistema nervoso autónomo. A ansiedade característica, por outro lado, descreve tendências disposicionais para perceber situações como ameaçadoras ou perigosas.

Para a American Psychiatric Association (2013), a ansiedade é definida como um distúrbio, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais, incluindo diagnósticos diferentes, tais como: i) transtorno do pânico; ii) agorafobia; iii) transtorno de ansiedade generalizada; iv) transtorno de stress pós-traumático; v) fobia social, vi) transtorno de stress agudo; vii) transtorno obsessivo compulsivo e viii) uso de substâncias.

A ansiedade pode, ainda, ser compreendida como um tipo de medo que se relaciona com o futuro. Pristello (2018 cit por Mckensie, 2015) diz-nos que o medo é um sentimento que nós temos quando vemos, ou experimentamos alguma coisa que nos assuste. A ansiedade pode ser entendida como um tipo de medo que se vive quando, pensamos ou nos preocupamos com alguma coisa, em vez de estarmos a experimentar algo concreto e real.§

Kessler et al. (2005, cit por Swan & Hyland, 2012) afirmam que os transtornos de ansiedade parecem ser os problemas de saúde mental mais comuns. Estes mesmos autores, que realizaram vários estudos epidemiológicos em larga escala nos Estados Unidos da América (USA), sugeriram uma taxa de prevalência na vida entre os 25-30 %, de pelo menos um transtorno de ansiedade. Numa pesquisa do Canadian Community Health Survey (2003, cit por Swan & Hyland, 2012) foi referido que, em grande escala noutros países, como o Canadá, Austrália e Reino Unido, também foram identificados padrões similares de prevalência de ansiedade, comparados com os EUA.

Segundo o World Mental health Survey (2004, cit por Swan & Hyland, 2012) a ansiedade, também foi identificada como o distúrbio de saúde mental, mais comum pela Iniciativa Mundial de Pesquisa em Saúde Mental da OMS, em cada país pesquisado (com a única exceção, da Ucrânia).

Podemos assim referir que, vários estudos em diferentes contextos, mostraram que entre 11 a 33 % da população geral, experimentou pelo menos um ataque de pânico no durante um ano Wilson et al., (1992, cit por Swan & Hyland, 2012).

No American Psychiatric Association (2013) são apresentadas 12 categorias inseridas nas perturbações da ansiedade, como sejam: a perturbação de pânico sem agorafobia; a perturbação de pânico com agorafobia; a agorafobia sem historia de perturbação de pânico; a fobia especifica, a fobia social; a perturbação obsessiva-compulsiva; a perturbação pós-stress traumático; a perturbação aguda de stress; a perturbação da ansiedade generalizada; a perturbação da ansiedade secundaria a um estado físico geral; a perturbação da ansiedade induzida por substancias e a perturbação da ansiedade sem outra especificação.

A experiência ansiosa é um resultado advindo da perceção ou interpretação de um evento como ameaçador, tanta física como psicologicamente que dispara uma reação do organismo, além de respostas comportamentais de fuga ou enfrentamento.

Ainda e segundo Harrigan et al. (2004, cit por Silva, 2011, p.290) “o sentimento de apreensão, tensão, nervosismo ou medo, juntamente com uma resposta fisiológica de excitação cardiovascular, digestiva, sensorial, endócrina, além do sistema musculo esquelética, dão à ansiedade uma caraterística bastante peculiar”.

2.4. Stress

De acordo com Koolhaas et al. (2011), o conceito de stress, têm sido objeto de debate científico desde a sua primeira utilização, em pesquisas fisiológicas e biomédicas realizadas por Selye, em 1950.

O stress foi originalmente definido, como a resposta inespecífica do corpo a qualquer estímulo nocivo. Mais tarde, o conceito foi melhorado pela distinção entre stressor e stresse. Um stressor é considerado um estímulo que ameaça a homeostasia, enquanto que a resposta ao stress é a reação do organismo que visa recuperar a homeostasia Chrousos, (2009, cit por Koolhaas et al., 2011).

Ainda segundo o mesmo autor(Koolhaas et al., 2011), quase todas as atividades de um organismo direta ou indiretamente, dizem respeito à defesa da homeostasia. Logo, a definição de stress como uma ameaça à homeostasia, não faz sentido e precisa de consideração crítica, à luz do conhecimento dos sistemas envolvidos.

Por sua vez, Starcke & Brand (2012), afirmam que os efeitos prejudiciais do stress na saúde, estão bem documentados. O stress, aumenta o risco de doenças cardiovasculares, psiquiátricas e psicossomáticas, além de incentivar comportamentos não saudáveis, como fumar, beber ou fazer dieta não saudável. Para o mesmo autor, o stress pode ter efeitos indiretos sobre a

saúde e esses efeitos podem ser medidos, pelas decisões sub-ótimas do indivíduo, que oferecem recompensa imediata à custa de consequências negativas a longo prazo.

Sanches et al. (2016) afirmam-nos que o stress, é considerado um dos problemas de saúde mais significativos da sociedade moderna. Também, para os mesmos autores, o stress pode ser definido como uma experiência subjetiva, desencadeada por qualquer estímulo aversivo, que resulte em alterações sistémicas, generalizadas e inespecíficas.

O termo stress, foi originalmente associado à física, para descrever o grau de deformidade sustentado por um material, quando submetido a stress ou tensão. No entanto, segundo Sanches et al. (2016), sabe-se que a palavra stress, baseia-se em conceções antigas que remetem para datas antes de Cristo.

Segundo Lazarus (1993, cit por Verardi et al., 2012), o termo stress é utilizado por diferentes áreas do conhecimento, com diversos significados. Alguns aspetos essenciais, entretanto, estão envolvidos quando se discute stress, tais como:

1. Uma causa interna ou externa, denominada stressor;
2. Uma avaliação sobre aspetos potencialmente ameaçadores da situação;
3. Respostas de confronto;
4. Efeitos psicofisiológicos ou reações ao stress.

Para Verardi et al. (2012) stress é assim, uma experiência emocional negativa, acompanhada por mudanças bioquímicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais previsíveis, que visam alterar o efeito stressor ou acomodar os seus efeitos.

Lipp (2003, cit por Verardi et al., 2012, p. 306) define stress “como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem a sua génese, a necessidade do organismo fazer face a algo que ameace a sua homeostasia interna”.

O termo stress foi mencionado a partir do século XIV, traduzindo situações de desafio, adversidade ou aflição. Entretanto, foi apenas a partir do séc XIX que o stress ficou entendido como a razão existente entre a ação e a reação ocasionada por uma força que age sobre uma determinada superfície. Entre os séculos XIV e XIX, percebe-se que o stress assumiu, evolutivamente, a noção de ser um objeto ligado à relação entre exposição a um dado elemento e a capacidade de resistir à ação do mesmo (Gonzalez, 2001).

Segundo Kudielka et al. (2004, cit por Santos, 2010), contemporaneamente três perspetivas teóricas são reconhecidas como os principais aportes explicativos do stress e sobre estes, desenvolve-se a evolução teórica do stress. Estas perspetivas são:

1. A perspetiva baseada na resposta, cujo interesse está na repercussão biológica do fenómeno;

2. A perspetiva baseada no estímulo, que se volta para a análise dos eventos psicossociais que deflagram as respostas neurofisiológicas do stress;
3. A perspetiva cognitivista, que assume o stress como uma relação particular entre o indivíduo e o meio.

2.5. Atividade Física e Exercício Físico

Convém clarificar os conceitos de atividade física e exercício físico, pois habitualmente são confundidos, sobretudo pelos indivíduos que não estão familiarizados com a temática em causa.

Caspersen et al. (1985, cit por Veigas, 2009), afirmam que a atividade física, é classificada como todo o

tipo de movimento corporal produzido pela musculatura esquelética”, que resulte em um gasto energético, enquanto que, de acordo com os mesmos autores, o exercício físico é definido como o “movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo, executado para melhorar ou manter um ou mais componentes da boa forma física (p.2).

O Exercício Físico, de acordo com o Medicine (2008), comumente referido como ACSM, pode referir-se a: i) o exercício físico pode dizer respeito a uma atividade realizada individualmente ou em grupo, ii) a um desporto competitivo ou uma atividade física de lazer, c) a uma atividade aeróbia ou anaeróbia; iii) ao exercício crónico ou agudo e iv) pode-se referir a uma atividade desenvolvida por sujeitos que diferem na sua condição e capacidades físicas.

2.5.1. Diferenças entre Atividade Física e Exercício Físico

Tal como sustentado no Medicine (2008), o exercício físico é uma subcategoria da atividade física, que é planeada, estruturada, repetitiva e orientada para a melhoria ou manutenção de uma ou mais componentes de aptidão física relacionadas com a saúde (força, potência, resistência muscular, flexibilidade, capacidade aeróbia e composição corporal) ou com as habilidades (agilidade, coordenação, equilíbrio, potência, tempo de reação e velocidade).

Tomás (2017, p.77) diz-nos que a “atividade física inclui o exercício físico, bem como outras atividades que envolvem movimento corporal e que são executadas como parte de um jogo, trabalho, transporte ativo, tarefas domésticas e/ou atividades recreativas”.

Chekroud et al. (2018) alegam que o exercício físico está associado a vários benefícios positivos para a saúde, incluindo redução geral da mortalidade, melhoria da saúde músculo-

esquelética, regulação do stress, redução dos riscos de doenças cardiovasculares, obesidade, acidente vascular cerebral e cancro

No entanto e de acordo com Garber et al. (2011), a intensidade do exercício é importante para determinar as respostas psicológicas em relação ao exercício de treino.

Ainda segundo Garber et al., (2011), a maioria dos estudos epidemiológicos e laboratoriais que evidenciam os efeitos benéficos do exercício, classificam a intensidade de acordo com a demanda absoluta de energia da atividade física. Existem vários métodos usualmente, utilizados para estimar a intensidade relativa do exercício cardiorrespiratório, nomeadamente: i) %VO₂ máx, ii) FC, iii) % FC máx e iv) % MET max (Garber et al., 2011).

De acordo com as recomendações internacionais da OMS e da ACSM, os adultos saudáveis devem praticar: a) exercícios aeróbicos de intensidade moderada (aproximadamente 75 % do VO₂ máximo), durante trinta minutos por dia, realizados em cinco dias por semana ou b) exercício aeróbico de intensidade vigorosa (superior a 75 % VO₂ máx), durante vinte minutos por dia, realizados em três dias por semana, para manter a saúde física Herbert et al., (2020).

É-nos também referenciado por Faulkner & Taylor (2005), que o exercício aumenta o volume cerebral no hipotálamo, aumenta os níveis sanguíneos de algumas citocinas em pacientes com depressão maior e afeta a neurotransmissão. Ainda nos referem que o exercício tem o potencial de influenciar a saúde física e psicológica simultaneamente.

2.6. Relação Entre Exercício Físico e Transtornos Mentais

Acredita-se que o exercício, seja eficaz na prevenção da depressão e também na redução significativa dos sintomas depressivos tanto na população cínica, quanto não clínica (O' Neal et al., 2000, cit por Josefsson et al., 2014).

Segundo Hassmen et al. (2000, cit por Josefsson et al., 2014), vários estudos correlacionais, mostraram que o exercício está relacionado negativamente a sintomas depressivos. Um número consideravelmente grande de estudos de intervenção, investigou o efeito de vários programas de exercícios sobre a depressão e a grande maioria deles, indica que o exercício reduz significativamente a depressão (Martinsen et al., 1985; Singh et al., 1997, cit por Josefsson et al., 2014).

Para Herbert et al. (2020), as maiores alterações nos sintomas depressivos, parecem resultar do envolvimento em exercícios aeróbicos de intensidade moderada a vigorosa. Também Carek et al. (2011) referem que os efeitos do exercício aeróbico regular, nos sintomas depressivos, podem ser tão fortes quanto os dos tratamentos antidepressivos psicoterapêuticos ou psicofarmacológicos.

De acordo Harvey et al. (2018), apesar dos impressionantes efeitos do exercício, sobre a depressão em pacientes com depressão grave aguda, o potencial do exercício aeróbico, como meio de prevenção da depressão é muito menos claro. Além disso, a frequência, duração e intensidade do exercício, necessário para proteger um indivíduo dos sintomas depressivos a curto e longo prazo continuam a ser debatidas (Harvey et al., 2018).

Harvey et al. (2018) referem que o exercício aeróbico regular de intensidade moderada a alta e vigorosa, durante a adolescência e o exercício aeróbico regular de intensidade moderada ou mesmo baixa (por exemplo 3 METs) durante a vida adulta, são formas particularmente eficazes nesse sentido.

De acordo com descobertas recentes, é-nos mencionado por Rebar et al. (2015) que o exercício aeróbico de baixa/moderada intensidade, tem efeitos moderados sobre a gravidade dos sintomas depressivos, entre populações não clínicas (adultos), após supervisão ou não supervisão.

Gujral et al. (2017), referiram-nos que o exercício se mostrou promissor como um tratamento não farmacêutico e eficaz para a depressão. Uma recente meta-análise de 35 ensaios clínicos, mostraram que o exercício, era moderadamente eficaz na redução dos sintomas depressivos em relação a uma condição de controlo em adultos deprimidos.

Apesar de o numero de estudos sobre a temática dos benefícios da atividade física e do exercício físico, relacionado com as perturbações da depressão e ansiedade ter aumentado ao longo dos últimos anos, diversos autores apontam várias limitações que alguns estudos apresentam, o que pode ajudar a explicar a heterogeneidade de resultados apresentados e o facto de ainda não existir um consenso (Strohle, 2009, cit por Daniela & Mourinho, 2016).

Contudo, Brosse et al. (2002, cit por Daniela & Mourinho, 2016) refere-nos que vários estudos realizados demonstram uma redução de sintomatologia depressiva, tanto em populações saudáveis como clínicas com a introdução do exercício físico.

Ranøyen et al. (2015) conduziram um estudo em que analisaram o papel da autoestima e da atividade física como moderadores da ansiedade e depressão, em adolescentes, com pais que sofriam de ansiedade e depressão de forma consistente ao longo de 10 anos. Os resultados obtidos indicaram que a prática de atividade/exercício físico de forma moderada ou vigorosa pelo menos uma vez por semana pelos adolescentes, atuaria como um fator de proteção contra sintomas de ansiedade e depressão.

Também, noutros estudos desenvolvidos para se averiguar o papel do exercício físico como tratamento para a depressão, conclui-se que o seu efeito em alguns deles tem sido comparável ao dos tratamentos farmacológicos (Carek et al., 2001, cit por Daniela & Mourinho, 2016).

Igualmente, Foley et al., (2008, cit por Daniela & Mourinho, 2016) realizaram um estudo com 23 participantes divididos entre dois grupos num programa de 12 semanas, em que um deles praticava exercício, trabalhando a parte aeróbica e o outro grupo alongamentos. Os dois grupos apresentaram diminuição da severidade da depressão com um aumento estatisticamente significativo de coping de eficácia e da memória episódica.

No que se refere à satisfação com a vida, de acordo com os resultados de outros estudos realizados (Elavsky et al., 2005 e McAuley et al., 2008, cit por Maher et al., 2013) verificou-se uma relação indireta entre os benefícios da atividade física e a satisfação com a vida, com uma melhoria nos fatores de afeto, auto valorização física, auto eficácia e saúde mental.

2.7. Benefícios da Atividade Física Regular e/ou Exercício

Sabe-se que quem pratica diariamente/regularmente exercício físico, consegue melhorar os índices físicos, sociais e psicológicos, aumentado conseqüentemente a esperança de vida em relação a pessoas sedentárias. O exercício físico leva a que o nosso corpo, passe por algumas modificações funcionais e morfológicas, contribuindo para a diminuição ou retardamento do aparecimento de algumas doenças.

Conforme descrito pelo Medicine (2008), no seu livro «ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th Edition», são-nos assinalados os vários benefícios da atividade/exercício físico regular (Tabela1).

Tabela 1: Benefícios da Atividade /Exercício Físico Adaptado de ACSM (2008).

| | |
|--|---|
| Melhoria nas funções cardiovascular e respiratória | Aumento da captação máxima de oxigénio resultante de adaptações centrais e periféricas |
| | Diminuição da ventilação por minuto numa determinada intensidade submáxima absoluta |
| | Diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial numa determinada intensidade submáxima |
| | Aumento da densidade capilar no músculo-esquelético |
| Diminuição dos fatores de risco para doenças cardiovasculares | Redução da pressão sistólica e diastólica em repouso |
| | Redução gordura corporal total, redução da gordura intra-abdominal |
| | Redução das necessidades de insulina, melhoria da tolerância à glicose |
| | Inflamação reduzida |
| | Prevenção primária (ou seja, intervenções após um evento cardíaco para prevenir outro) |

Continuação da Tabela 1: Benefícios da Atividade /Exercício Físico Adaptado de ACSM (2008).

| | |
|--|--|
| Diminuição da morbidade e mortalidade | Níveis mais elevados de condicionamento físico estão associados a taxas de incidência mais baixas para o AVC, Diabetes Mellitus tipo 2 e doenças da vesícula |
| | Prevenção secundária (ou seja, intervenções após um evento cardíaco para prevenir outro) |
| Outros benefícios | Diminuição da ansiedade e depressão |
| | Função cognitiva aprimorada |
| | Maior sensação de bem-estar |
| | Desempenho aprimorado de atividades profissionais, recreativas e desportivas |

Segundo Pasa (2017, p.124) “as pessoas ativas apresentam vida mais intensa, apresentam mais vigor, resistem mais as doenças e permanecem em forma. São mais autoconfiantes, menos deprimidas e stressadas”.

Também é ainda sustentado por Pasa, (2017), que se não praticarmos exercício físico diário,

o corpo torna-se depósito de tensões acumuladas e sem canais naturais de saída para essas tensões, nossos músculos tornam-se fracos e tensos. O ideal é praticar atividade física durante toda a vida, mas, independentemente disto, pode-se recuperar uma existência mais saudável e gratificante em qualquer idade (p. 125).

Por sua vez, Junior (2020), num estudo recente no Brasil, afirmou que os baixos níveis de atividade física podem ter efeitos negativos nos processos cognitivos dos indivíduos, adicionados ao próprio stress do momento de isolamento social.

Conforme Junior (2020) e seguindo outros investigadores mencionados no artigo pelos autores anteriormente referenciados, recomenda-se a prática regular de exercício físico para todos, sendo de grupo de risco ou não, com o objetivo de melhorar a função imunológica, diminuir a ansiedade e o stress envolvido. Na revisão levada a cabo por Mattos et al., (2020), em relação à intensidade e volume dos exercícios físicos, a recomendação é que estes sejam de intensidade e volume moderado, evitando utilizar altas intensidades concomitantemente com altos volumes. Se o treino for realizado de forma controlada e periodizada, demonstra uma melhoria na função imunológica, que fará com que o organismo do infetado, seja mais reativo à doença, ou seja, o organismo esteja mais pronto para enfrentar e vencer o coronavírus. O exercício físico não dá imunidade às pessoas contra a COVID-19, contudo auxilia bastante na resposta imunológica do corpo.

2.8. Atividades de *fitness*

Quando nos reportamos às atividades de *fitness*, é forçoso que se clarifique também o nosso entendimento do conceito de condição física. Nesta sequência e segundo Barata (2003, cit por Correia, 2014), condição física é a tradução portuguesa da palavra inglesa tão conhecida por *fitness*.

Por sua vez, a OMS (1978) definiu “condição física” como a capacidade de realizar, de forma satisfatória, determinada tarefa muscular ou motora.

Já Garber et al. (2011) designa a condição física como a capacidade para realizar atividade física de nível moderado a elevado, sem causar fadiga e a facilidade de manter essa capacidade ao longo da vida.

A condição física, na opinião de Barata (2003, cit por Correia, 2014) é a capacidade de executar com facilidade as tarefas motoras essenciais para o dia a dia, à intensidade e na duração necessárias. Ainda é salientado pelo mesmo autor que uma condição física adequada é algo necessário a toda a gente e não um luxo, só para alguns.

Bastos et al. (2013) afirmam que o conceito de *fitness*

evoca a adaptação a um modelo estético/moral, que se manifesta no compromisso com os exercícios físicos, as dietas alimentares, as alterações de corpos por meio de intervenções, o consumo de produtos que prometem otimizar o metabolismo humano e o biologicismo da existência (p. 486).

Com o anteriormente exposto, percebe-se que todas as pessoas, e não só os atletas de alta competição, necessitam de uma boa condição física, embora com níveis diferentes.

2.8.1. Modalidades de *Fitness*

A origem deste tipo de atividades é de difícil contextualização, contudo é de assinalar o papel impulsionador, que tiveram autores como Kenneth Cooper e Jacki Sorensen, assim com o de Jane Fonda, ao nível da sua difusão.

Segundo Papi (2000, cit por Ascensão, 2012) na década de sessenta do século passado,

Kenneth Cooper conduz uma série de estudos financiadas pela NASA, com o objetivo de determinar qual o sistema mais eficaz de treino para os milhares físicos americanos e publica em 1968 a sua primeira obra intitulada de

Aerobics, que propõe a utilização de exercícios aeróbios como forma de melhorar a condição física (p.13).

Estas descobertas, levaram ao aparecimento da moda do “*jogging*” e dos exercícios aeróbios. Nos anos 80, do século passado, algumas personalidades bastante mediáticas como Arnold Schwarzenegger e Jane Fonda foram igualmente impulsionadores importantes do treino de força e das aulas aeróbicas, respetivamente. Os vídeos de Jane Fonda foram mesmo considerados um marco importante para o aparecimento da ginástica aeróbica. Ao mesmo tempo, o surgimento de diversas instituições e organizações ligadas ao fitness, tais como a Health & Fitness Association (IDEA), American Fitness & Aerobics Association (AFAA), American Council on Exercise (ACE), American College of Sports Medicine (ACSM), International Health, Racquet & Sportclub Association (IHRSA), etc., contribuiu para a credibilização e afirmação destas atividades Pedragosa, (2012).

Segundo Papí (2002, cit por Pedragosa, 2012),

os anos 90 do século passado foram caracterizados pela explosão internacional da indústria do fitness. Para além dos Estados Unidos, juntam-se a Inglaterra, Alemanha, França, África do Sul e Japão. Criam-se ginásios e health clubs destinados às famílias, estúdios polivalentes dentro dos ginásios e health clubs para albergar as diferentes atividades de grupo, e verifica-se o desenvolvimento de novos ginásios e health clubs com o conceito integrado de spa, a estandardização das atividades de grupo e a diversificação na oferta de serviços – yoga, pilates, spinning, musculação, treino personalizado, programas específicos para as crianças e terceira idade, inovação nos equipamentos (p.17).

No panorama atual, são diversas as modalidades de fitness que são oferecidas ao público, por isso é importante aclarar o que se entende por estas modalidades.

Pode-se definir por modalidade de fitness, toda aquela que seja praticada em ginásios e health clubs com o objetivo de manter ou melhorar a condição física e a saúde do praticante Correia (2014).

Outro aspeto referido por Franco e Santos (1999, cit por Ascensão, 2012) foi que a primeira atividade de grupo de fitness que surgiu, para além das que existem atualmente, foi a ginástica aeróbica, também denominada por aeróbica.

Também Papí (2000, cit por Correia, 2014) afirma que a origem destas atividades remonta à década de sessenta, do século passado, através de Kenneth Cooper, quando realizou um sistema

mais eficaz do treino físico para os militares americanos, com o objetivo de melhorar a sua condição física, através de exercícios aeróbios.

Também Thompson (2019) afirma que as modalidades de grupo têm tido cada vez mais aderência por parte dos praticantes de fitness, tendo entrado para o top 20 das tendências mundiais, em 2017. O mesmo autor referiu que as modalidades de grupo subiram para o segundo lugar nas tendências mundiais de fitness em 2018 e em 2019 mantiveram esse mesmo segundo lugar.

No entanto, neste ano de 2020 a tendência, é que o HIIT obtenha o segundo lugar, relegando para a terceira posição as modalidades de grupo.

Na Tabela 2, adiante apresentada, referenciam-se as modalidades agrupadas segundo os tipos de atividade de *fitness* (de grupo e individuais).

Tabela 2: Tipologia das atividades de fitness.

| <i>Fitness:</i> Atividades de grupo | <i>Fitness:</i> Atividades individuais |
|--|---|
| Step | Cardiofitness |
| Aérobica | Musculação |
| Localizada | |
| Pilates | |
| Zumba | |
| HIIT | |

2.9. Teorias e modelos explicativos do papel da atividade física e do exercício físico na depressão, ansiedade e na satisfação com a vida

Existem algumas teorias que foram propostas para explicar qual o papel da atividade física e do exercício físico na depressão, ansiedade e na satisfação com a vida, mas não existe um consenso sobre qual o mecanismo responsável pelos efeitos observados.

No campo de fisiologia, duas das teorias propostas são a das endorfinas e a das monoaminas.

A primeira induz que o exercício físico leva à libertação de endorfinas relacionadas com o humor positivo e o bem estar em geral que geram a diminuição da depressão e ansiedade Craft & Perna (2004, cit por Daniela & Mourinho, 2016).

Na segunda, a teoria das monoaminas, é referido que o exercício vai contribuir para uma maior libertação dos neurotransmissores (serotonina, dopamina e noradrenalina), substâncias essas que se encontram em défice com a depressão Craft & Perna (2004; Costa et al., 2007, cit por Daniela & Mourinho, 2016).

No âmbito dos mecanismos psicológicos, também foram propostas várias teorias, entre as quais se encontra a teoria da distração que propõe que os efeitos ansiolíticos e antidepressivos do exercício derivam de este promover uma distração dos fatores stressores, oferecendo uma pausa das atividades diárias do sujeito Anderson & Shivakumar (2013) e Daniela & Mourinho (2016).

Uma outra hipótese apresentada é a da autoeficácia, que foi proposta na teoria social cognitiva, por Bandura (1986, cit por Nunes, 2008 e Daniela & Mourinho, 2016), como um dos mecanismos para explicar o poder que as pessoas possuem para influenciar as suas ações.

Esta hipótese da autoeficácia, é definida como as crenças que o indivíduo tem das suas capacidades de performance para organizar e realizar determinadas ações Bandura, (1994, cit por Daniela & Mourinho, 2016).

2.10. COVID-19 e Saúde Mental

No contexto da pandemia COVID-19, Cuiyan et al. (2020) descobriram que 28 % dos entrevistados chineses, relataram níveis clinicamente relevantes de ansiedade. Neste mesmo estudo, mais de 50 % da amostra indicou níveis moderados, a altos de stress.

Na meta análise de Fischer et al. (2020) verificou-se que as consequências psicológicas da quarentena, a longo prazo, podem durar meses ou possivelmente anos.

As medidas de distanciamento físico, parecem ser eficazes na propagação da COVID-19, contudo as ramificações psicológicas do distanciamento social, podem resultar em níveis elevados, de problemas de saúde mental no futuro.

Kissler et al. (2020), afirmam que atender às necessidades de saúde mental, num contexto de distanciamento físico é fundamental, dada a possibilidade de restrições contínuas, no futuro próximo, para combater surtos repetidos de COVID-19.

Zhang et al. (2020) verificaram, num estudo em que avaliaram a saúde mental, durante o Covid-19 e os efeitos do exercício na mesma, que cerca de 85 % dos entrevistados relataram preocupações sobre o COVID-19 e cerca de 20 % relataram, pelo menos, uma forma de sofrimento mental. E, também, que as mulheres sofreram um maior impacto psicológico do surto COVID-19, com uma pontuação mais alta, nos valores de stress, ansiedade e depressão. Ainda e de acordo com estes autores, o exercício regular é um bom tratamento para problemas de saúde mental e pode reduzir diretamente as emoções negativas. Este estudo, está similarmente de acordo

com estudos anteriores, que mostram que a atividade física diária foi associada a um menor risco de sofrimento psiquiátrico.

Também e segundo Zhang et al. (2020), alguns métodos de treino têm sido recomendados durante o surto da doença, como o treino intervalado de alta intensidade (HIIT), que ajuda a facilitar o metabolismo. O yoga, também ajuda a promover a qualidade do sono e a acalmar o humor. Zhang et al. (2020), afirmam igualmente, que a relação entre a atividade física e saúde mental não é linear. Neste estudo, 2.500 METs de atividade física semanal, pareceram minimizar as emoções negativas durante o surto de COVID-19.

2.11. Exercício Físico e COVID-19

Nyenhuis et al. (2020) referem-nos que a pandemia de COVID-19 mudou a forma como os consumidores abordam a atividade e o exercício físico. Nos últimos anos, o uso de equipamentos de fitness para casa, aumentou em popularidade devido à conveniência e segurança. Também com as atuais regras de distanciamento social devido à COVID-19, esta tendência parece ser o novo normal no futuro.

Ainda segundo Nyenhuis et al. (2020), quem se quiser exercitar dentro de casa, não recorrendo a equipamentos e a taxas mensais/anuais, pode utilizar o acesso a treinos online. O *Youtube* e outros aplicativos móveis gratuitos, podem fornecer orientação necessária para iniciantes ou reforço da técnica para pessoas mais experientes. Atualmente, várias academias e instrutores de fitness, estão a oferecer aulas virtuais e sessões de treino pessoal, que podem ser realizadas em segurança, em casa.

Outro aspeto ainda referido por Nyenhuis et al. (2020), é que algumas pessoas utilizam diferentes exercícios, de forma a controlar o stress. Existem outras, que controlam o seu stress, refugiando-se na comida.

Phillipou et al. (2020), num estudo bastante recente, procuraram perceber quais os comportamentos alimentares e de exercício, durante a pandemia de COVID-19, numa amostra de 5469 participantes, na Austrália. De uma série de comportamentos encontrados no estudo, metade dos entrevistados, relatou realizar menos exercício físico, do que antes da pandemia. Cerca de 36 %, relataram um maior nível de exercício, que claramente, pode refletir um comportamento positivo relacionado à saúde desses indivíduos. No geral, os resultados deste estudo, sugeriram que existe potencial para consequências psicológicas e de saúde adversas na população em estudo, devido a uma redução da atividade/exercício físico desde a pandemia de COVID-19.

Por seu turno, Lesser & Nienhuis (2020) decidiram avaliar o impacto que a pandemia teve/tem, na atividade física e no bem-estar psicossocial dos canadianos, numa amostra que considerou um total de 1098 pessoas. Chegaram à conclusão, que tanto em populações ativas,

como em inativas e com níveis elevados de ansiedade, seriam mais indicados exercícios menos moderados, em relação, à população com níveis baixos de ansiedade. Estes autores também perceberam, que os participantes pouco ativos e que durante o confinamento se tornaram mais ativos, tiveram menor ansiedade, comparativamente aqueles que diminuíram os seus níveis de atividade física. Entende-se, assim, que a atividade física pode desempenhar um papel protetor, na supressão da resposta ao stress, provocado por uma resposta hiperativa do Sistema Nervoso Simpático.

Lesser & Nienhuis (2020) afirmam, também, que as medidas de promoção de saúde levam a um aumento dos níveis de atividade física, em indivíduos inativos, que podem ser essenciais para a melhoria do bem-estar psicossocial dos canadenses.

~

3. Metodologia

3.1. Caracterização da amostra

A seleção de sujeitos para a amostra foi realizada tendo em conta um critério de elegibilidade, incluindo apenas sujeitos com idade entre os 18 e 65 anos.

A amostra desta investigação foi constituída por 90 praticantes (n=90) de atividade física de três ginásios da zona de Viseu (Castro Daire e Vila Nova de Paiva). 49 elementos eram do género masculino e 41 do género feminino (ver Figura 2).

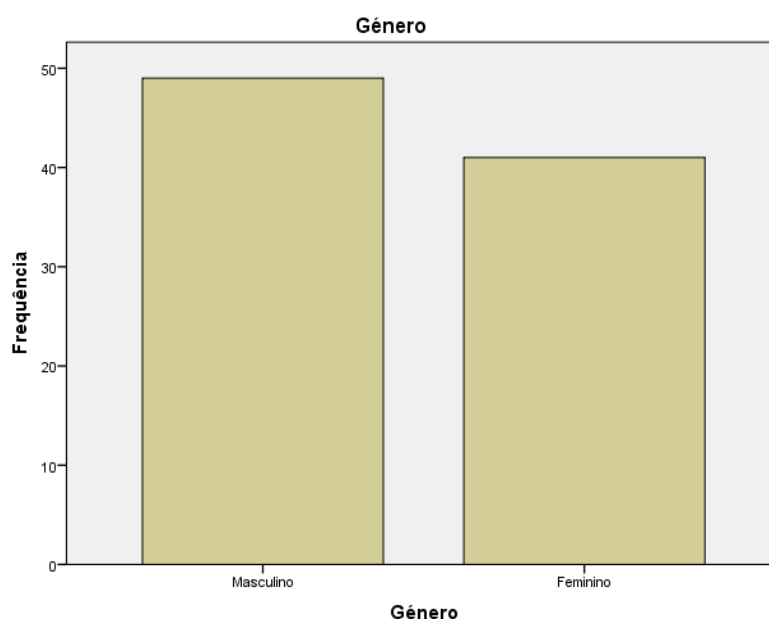


Figura 2: Frequência dos elementos da amostra por género.

No que diz respeito às idades dos elementos da amostra, é ainda possível referir que 57 indivíduos (64 %) têm idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos de idade, vinte e dois elementos (24%) situam-se entre os 30 e os 40 anos, sete elementos (8%) estão posicionados entre os 40 e os 50 anos e quatro elementos (4%) têm idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos (ver Figura 3).

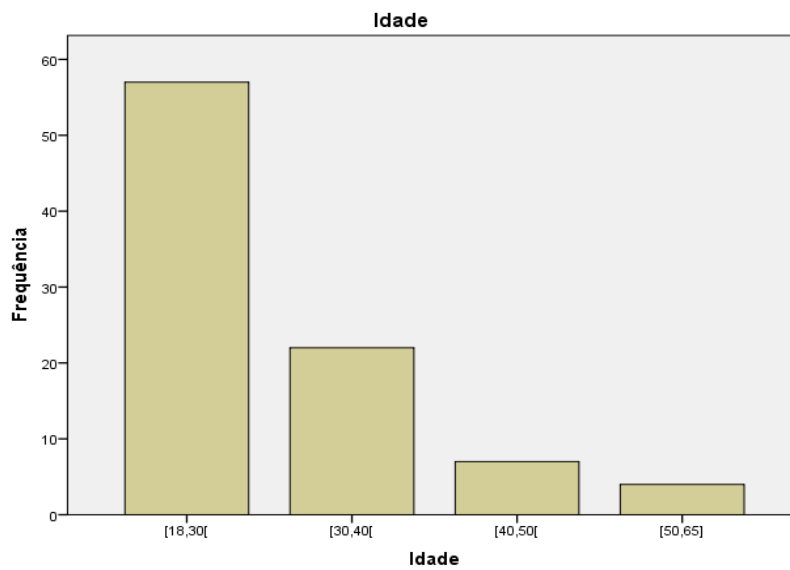


Figura 3: Frequência dos elementos da amostra quanto à idade.

Relativamente às habilitações literárias dos elementos da amostra, podemos observar na Figura 4, que quatro elementos possuem o ensino básico, quarenta e oito o ensino Secundário, vinte e seis possuem a Licenciatura, oito possuem o Mestrado e quatro elementos possuem uma pós-graduação.

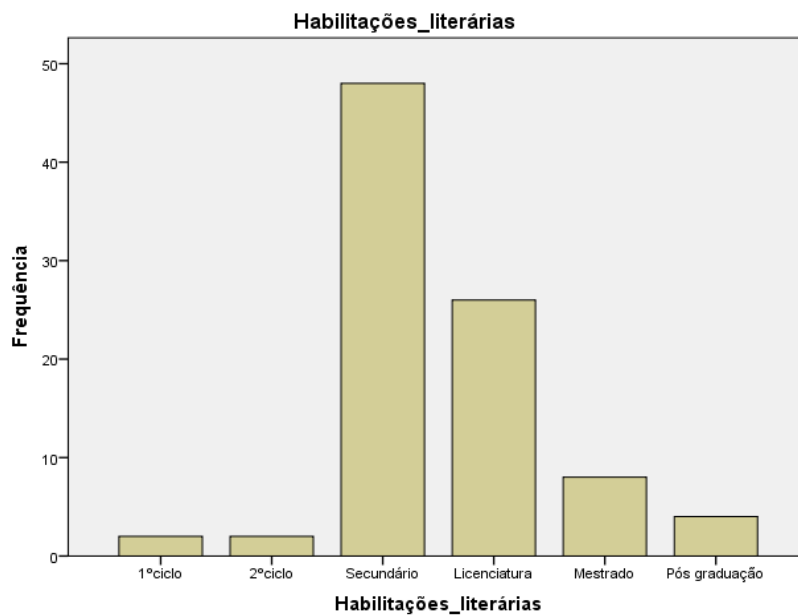


Figura 4: Frequência dos elementos da amostra quanto às suas habilitações literárias.

Quanto ao nível socioeconómico, dez elementos relataram nível baixo, setenta e sete condições médias socioeconómicas e três elementos um nível alto (ver Figura 5).

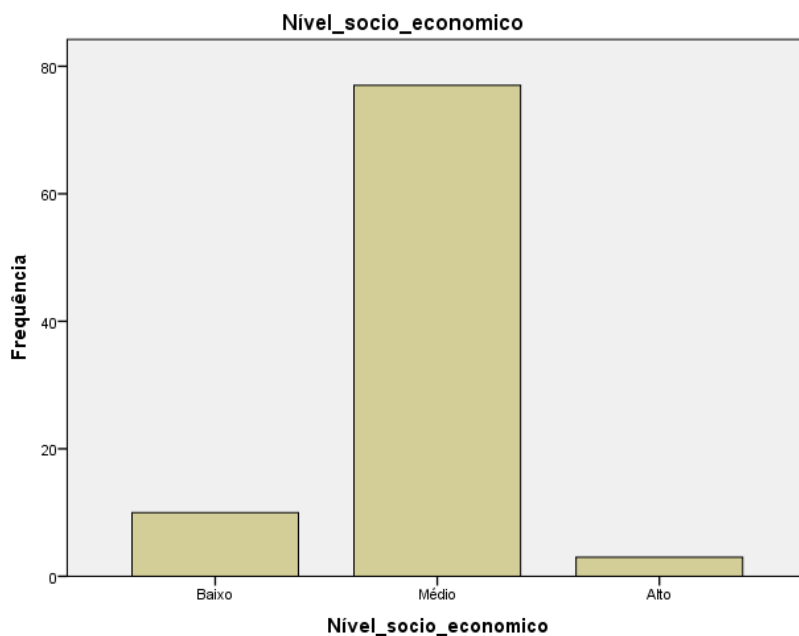


Figura 5: Frequência dos elementos da amostra quanto ao nível socioeconómico.

Em relação ao tipo de empregabilidade (ver Figura 6), vinte e oito elementos da amostra são estudantes, nove elementos nos dois momentos de levantamento da amostra, encontram-se desempregados e cinquenta e três têm um emprego numa determinada área.

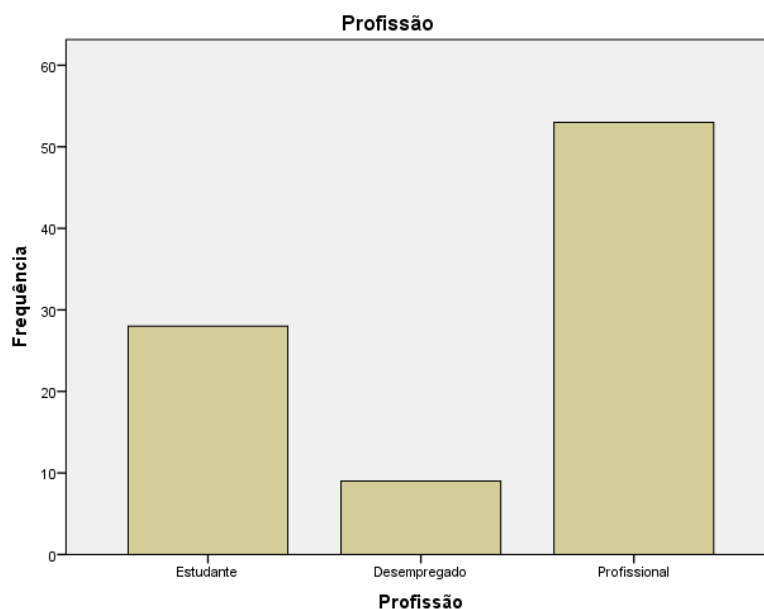


Figura 6: Frequência dos elementos da amostra quanto à profissão.

No que se refere ao tempo de atividade de prática de *fitness* (ver Figura 7), a média da amostra foi de 3,7 anos de prática e a moda foi de um ano de prática.

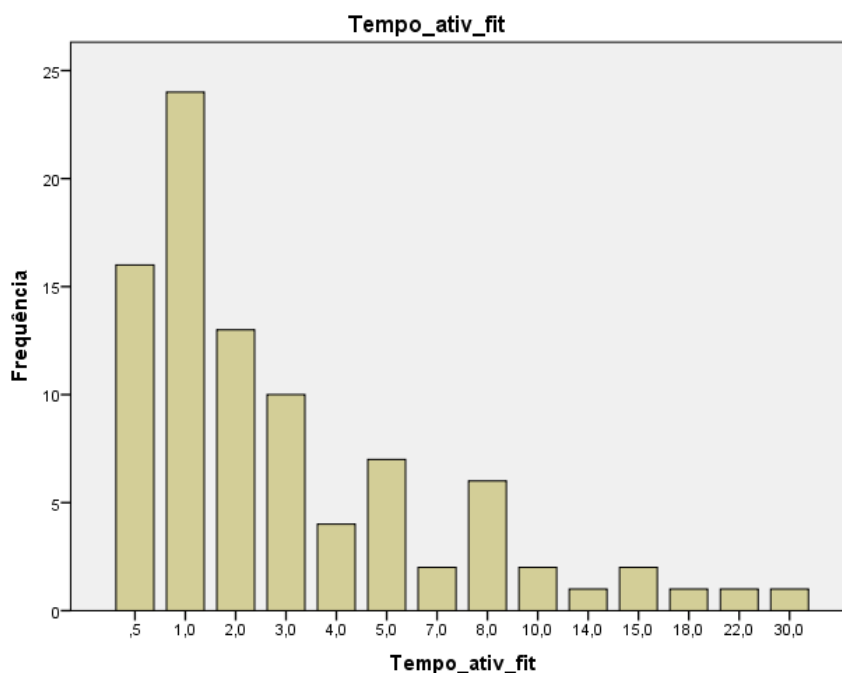


Figura 7: Frequência dos elementos da amostra relativamente ao tempo de atividade de prática de fitness.

3.2. Procedimentos para a avaliação

Os procedimentos adotados durante a realização desta investigação, consistiram na aplicação individual de quatro instrumentos de avaliação, que foi precedida de uma autorização prévia dos responsáveis das instituições onde foi recolhida a amostra, em duas fases distintas, M0 (junho 2020) e M1 (outubro 2020). Igualmente foi efetuado o consentimento informado de todos os elementos que constituíram a amostra deste estudo.

Todos os elementos desta amostra foram previamente esclarecidos acerca do objetivo do trabalho e do modo de preenchimento do mesmo. Todos os inquiridos, foram informados sobre a não existência de respostas certas e/ou erradas, tendo-se solicitado que respondessem com total sinceridade. Os questionários foram recolhidos à medida que o seu preenchimento era concluído. Para além disto, foi-lhes ainda garantida a confidencialidade dos dados.

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (IBM SPSS Statistics, v 25.0, Somers, NY, USA). Para o tratamento dos dados recolhidos foi utilizada a estatística descritiva, determinando os parâmetros de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). A normalidade e homogeneidade da amostra foram avaliadas com recurso aos testes t e mann-whitney. Dado que a normalidade foi verificada, recorreu-se à estatística paramétrica para a abordagem inferencial. As diferenças entre

os dois momentos do programa foram analisadas recorrendo ao teste de wilcoxon. O nível de significância foi classificado como “diferença substancial” se significativo ($p \leq 0,05$) com um efeito moderado a forte ($\eta^2 > 0,25$) e “diferença significativa” se significativo ($p \leq 0,05$) com um efeito pequeno ($\eta^2 \leq 0,25$) Winter, (2009).

3.3. *Instrumentarium*

No que concerne aos instrumentos utilizados para a recolha de dados, foram utilizados quatro questionários em língua portuguesa. Um questionário sociodemográfico, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), o The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e o DASS-21.

O primeiro questionário permitiu-nos a recolha de dados pessoais dos inqueridos, que permitiram a caracterização da amostra, tais como o género, a idade, as habilitações literárias, as profissões, o nível socioeconómico e também informações acerca do tempo de prática, frequência semanal e duração do treino.

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS - Satisfaction with Life Scale), adaptada para a população portuguesa, primeiro por Neto et al. (1990) e depois por Simões (1992), é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar subjetivo (Anexo III). Esta Escala, desenvolvida por Pavot & Diener, (1985) e mais tarde revista por Pavot & Diener, (1993), permite avaliar o juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vidas. A SWLS revelou boas qualidades psicométricas e uma estrutura unifatorial, que é possível identificar como a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo Simões et al., (2001).

A SWLS, na sua primeira versão, é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo, com uma escala no tipo Likert de 7 pontos, pelo que a pontuação do sujeito da amostra, pode variar entre 5 a 35 pontos, tendo em conta que o valor 20 consta como valor médio. Diener et al. (1985) tiveram como base uma escala de 45 itens, desta qual foi realizada uma análise fatorial do qual resultaram três fatores: Satisfação com a Vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo.

Na realização deste trabalho, vamos utilizar a versão adaptada para a população portuguesa, primeiro por Neto et al. (1990) e posteriormente por Simões (1992). Nesta tradução e adaptação, houve um aperfeiçoamento e redução da amplitude da escala para 5 pontos, sendo de mais fácil compreensão para as pessoas. Dentro da escala de 5 pontos, as opções de resposta são as seguintes: discordo muito (1), discordo pouco (2), não concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4) e concordo muito (5). Nesta escala, os resultados podem variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, quanto mais elevado for o valor, maior será o índice de satisfação com a vida.

O The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) da autoria de Spielberger et al. (1970), é um instrumento de autoaplicação, que tem como principal finalidade avaliar o estado de ansiedade e

ansiedade traço do sujeito. As qualidades essenciais avaliadas pela escala de ansiedade-estado de STAI são sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação (Anexo IV). A versão americana do STAI tem sido utilizada essencialmente como instrumento clínico e de investigação em inúmeros estudos, mas tem sido também traduzido e adaptado para várias línguas, entre as quais a portuguesa Biaggio et al. (1976) e Silva (2003).

O instrumento original é composto por 40 questões, sendo que as primeiras 20 avaliam os níveis de Ansiedade Estado (Ansiedade-E) e as restantes 20 avaliam a Ansiedade Traço (Ansiedade-T). Este conjunto de questões são apresentadas numa escala Likert, de 4 pontos, em que 1 representa “Não” e 4 “Muito” (Simões, 2013).

Nós na realização deste trabalho, aplicamos somente a Ansiedade Estado, ou seja, o STAI Forma Y- 1, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva. Importa referir aqui que o estado de Ansiedade (Ansiedade-E) refere-se a um processo empírico ou reação que que ocorre num dado momento e com um determinado nível de intensidade. A escala de Ansiedade-Estado é sensível a um estado ou condição de ansiedade transitória do organismo humano e avalia sentimentos de tensão, nervosismo e preocupação.

Podemos afirmar que o STAI é um instrumento de autoaplicação sem limite de tempo, podendo ser aplicado em grupos ou individualmente. Para obtermos um resultado no questionário fiável, é importante que os indivíduos da amostra sigam precisamente as instruções impressas nos cabeçalhos da escala.

Como referido anteriormente, cada item é cotado de 1 a 4 pontos, consoante os níveis da escala de Likert. A nível de cotação obtém-se através da soma dos valores de cada escala, que ficarão compreendidos entre o mínimo de 20 e o máximo de 80. No entanto, na seguinte tabela existem 10 itens da escala Ansiedade- Estado, cuja cotação é feita pela ordem inversa à anteriormente indicada:

Tabela 3: Cotação do STAI.

| Dimensões | Itens | Itens invertidos (Ansiedade ausente) | (Ansiedade presente) |
|------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| Ansiedade- Estado | Do número “1” ao número “20” | 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 | 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 |

A Depression Anxiety Stress Scale (DASS) foi desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) visando abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão numa medida válida e confiável. O estudo fatorial desta escala revelou um novo fator onde foram incluídos os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes itens foram agrupados num fator denominado Stress e referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa,

irritabilidade e agitação. A versão portuguesa da escala Depression Anxiety Stress Scale com 21 itens (DASS-21) confirmou ter propriedade idênticas às da versão original, e verificou-se o modelo tripartido: depressão, ansiedade e stress Pais-ribeiro & Leal, (2004).

Segundo Pais-ribeiro & Leal (2004), a versão de 21 itens (EADS-21) mede os mesmos construtos da versão de 42 itens e a aplicação desta versão reduzida é mais adequada (no âmbito da psicologia da saúde) a populações mais debilitadas, dado não se apresentar como uma sobrecarga para as mesmas. A EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens (Anexo II). Segundo Lovibond e Lovibond (1995, cit por Pais-ribeiro & Leal, 2004) as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinadas em termos empíricos nomeadamente com recurso a técnicas de análise fatorial. Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente:

Depressão - Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens).

Ansiedade - Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens).

Stress - Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reação Exagerada (três itens); Impaciência (três itens).

A escala de resposta aos itens é do tipo Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo).

Na Tabela 4 apresentamos a escala com valores médios para a DASS-21. Quanto maior for o valor dentro de cada escala, maior será o impacto negativo na pessoa.

Tabela 4: Pontuações no DASS-21

| | Depressão | Ansiedade | Stress |
|----------------------------|------------------|------------------|---------------|
| Normal | 0-4 | 0-3 | 0-7 |
| Ligeiro | 5-6 | 4-5 | 8-9 |
| Moderado | 7-10 | 6-7 | 10-12 |
| Severo | 11-13 | 8-9 | 13-16 |
| Extremamente Severo | 14+ | 10+ | 17+ |

4. Apresentação dos Resultados

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva realizadas para caracterizar os clientes de 3 ginásios de Viseu, relativamente à depressão, ansiedade e stress (DASS), tendo em conta vários patamares de pontuação.

Tabela 5: Amostra distribuída pela escala DASS-21.

| | Depressão | Ansiedade | Stress |
|----------------------------|------------------|------------------|---------------|
| Normal | 0-9 | 0-7 | 0-14 |
| Ligeiro | 10-13 | 8-9 | 15-18 |
| Moderado | 14-20 | 10-14 | 19-25 |
| Severo | 21-27 | 15-19 | 26-33 |
| Extremamente Severo | 28+ | 20+ | 34+ |

Conseguimos perceber através dos resultados apresentados na Tabela 5, que na fase de confinamento os valores de depressão, ansiedade e stress são relativamente altos. Estes dados corroboram outros estudos relacionados com o Covid-19 em que os valores de ansiedade, depressão e stress nas amostras, também foram elevados. Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) num trabalho realizado em Espanha, aplicando o questionário DASS-21, encontraram valores elevados de stress, ansiedade e depressão. A surpresa neste estudo foi que os jovens entre os 18-25 anos apresentaram médias superiores aos adultos entre os 26-60 e os idosos.

Na Tabela 6 apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva e inferencial, realizadas para caracterizar os clientes de 3 ginásios de Viseu, relativamente à satisfação com a vida (SWLS), depressão, ansiedade e stress (DASS) e estado de ansiedade (STAI) em praticantes adultos de atividades de fitness.

Na Tabela 6 apresentamos os resultados obtidos da caracterização dos clientes, consoante os vários parâmetros de avaliação nas várias escalas. Conseguimos identificar que excetuando a satisfação com a vida, que os valores foram bastantes idênticos, houve um aumento na depressão, ansiedade e stress, quando comparado o confinamento com desconfinamento.

Não foi possível comparar estes resultados com outros de âmbito similar pois, na bibliografia consultada, não se encontrou nenhum trabalho que tivesse utilizado estas escalas, nestes dois períodos distintos.

Tabela 6: Caracterização dos clientes, consoante as várias escalas.

| | Média | N | Desvio Padrão | Erro Padrão da Média |
|--|--------------|----------|----------------------|-----------------------------|
| Depressão confinamento | 1,9889 | 90 | 2,88543 | 0,30415 |
| Depressão desconfinamento | 8,6444 | 90 | 2,90413 | 0,30612 |
| Satisfação com a vida confinamento | 19,9333 | 90 | 3,15801 | 0,33288 |
| Satisfação com a vida desconfinamento | 19,9889 | 90 | 2,87763 | 0,30333 |
| Ansiedade confinamento | 2,3111 | 90 | 2,97043 | 0,31311 |
| Ansiedade desconfinamento | 8,8333 | 90 | 3,04000 | 0,32044 |
| Stress confinamento | 4,3667 | 90 | 4,19590 | 0,44229 |
| Stress desconfinamento | 10,4444 | 90 | 4,29034 | 0,45224 |

Na Tabela 7, apresentam-se os resultados da análise estatística realizada para verificar se existiam diferenças das práticas efetuadas (cardiofitness e musculação), entre o período de confinamento e desconfinamento.

Tabela 7: Diferença das práticas efetuadas (cardiofitness e musculação), entre o período de confinamento e desconfinamento.

| | Cardiofitness desconfinamento e confinamento | Musculação desconfinamento e confinamento |
|----------|---|--|
| Z | -0,573 | -0,199 |
| P | >0,05 | >0,05 |

As práticas efetuadas dos praticantes de cardiofitness e musculação, foram muito idênticas entre os participantes quer no período de confinamento quer no desconfinamento.

Tabela 8: Diferenças nas escalas de satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress e estado de ansiedade, entre o período de confinamento e desconfinamento.

| | T | N | P |
|---|---------|----|-------|
| -Depressão confinamento -Depressão desconfinamento | -15,663 | 90 | <0,05 |
| -Satisfação com a vida confinamento -Satisfação com a vida desconfinamento | -0,118 | 90 | >0,05 |
| -Ansiedade confinamento - Ansiedade desconfinamento | -15,434 | 90 | <0,05 |
| - Stress confinamento - Stress desconfinamento | -9,414 | 90 | <0,05 |

Conforme está explícito na Tabela 8 e sendo sig <0,05, conseguimos verificar que existem diferenças significativas em três das quatro escalas.

Nos parâmetros da depressão, ansiedade e stress, conseguimos perceber que existiram alterações do período confinamento para o desconfinamento. Aumentaram ligeiramente, sendo curiosos estes dados, dada a passagem do período de confinamento para desconfinamento. Provavelmente os elementos da amostra, com o desconfinar, podem ter ficado ligeiramente ansiosos e stressados, mas não deixa de ser algo curioso e, não foi encontrado nenhum trabalho idêntico, da bibliografia consultada, que permitisse a comparar com os dados obtidos. Relativamente à satisfação com a vida verificou-se que os dados obtidos se mantiveram muito idênticos de um momento para o outro.

Tabela 9: Frequência das atividades de fitness, em praticantes adultos, de atividades de fitness em 3 ginásios, no período de confinamento.

| | Cardiofitness | Musculação | Aeróbica | Step | Localizada | Pilates | Outra |
|-------|---------------|------------|----------|------|------------|---------|-------|
| N | 61 | 68 | 19 | 3 | 7 | 8 | 17 |
| Média | 2,93 | 3,49 | 3,11 | 4,33 | 2,86 | 1,75 | 2,94 |

Pelos resultados apresentados na Tabela 9, podemos verificar que a modalidade mais praticada, foi a Musculação seguida de Cardiofitness e Aeróbica. Convém frisar, que cada participante podia selecionar mais do que uma modalidade, que praticava no momento.

Em relação à hipótese H1, podemos aferir pelos resultados obtidos e expressos na Tabela 7, e sabendo que para existir diferenças significativas $p < 0,05$, os valores de cardiofitness e de musculação, que não existem diferenças entre a prática das duas modalidades de fitness, em

ambos os períodos. Os praticantes deste tipo de modalidades no confinamento, continuaram a realizar as mesmas práticas que no período desconfinamento.

Relativamente à hipótese H2, conforme dados apresentados na Tabela 8 e sendo sig <0,05, verifica-se que existem diferenças significativas em três das quatro escalas.

Nas dimensões da depressão, ansiedade e stress, conseguimos perceber que houve alterações do período confinamento para desconfinamento, com um ligeiro aumento. Este facto não deixa de ser interessante dado estarmos a falar da passagem do período de confinamento para desconfinamento. Eventualmente a sensação de insegurança, face ao pouco conhecimento e à divergência de informação sobre o Covid-19, possa ter gerado esse sentimento de ansiedade. Também neste caso, da pesquisa realizada não foram encontrados outros dados que permitissem compará-los com os obtidos neste estudo. Quanto aos valores obtidos na satisfação com a vida, dos elementos desta amostra, estes também se mantiveram similares entre os dois momentos de avaliação.

No que se refere à hipótese H3, pudemos confirmar não existir relação direta entre a prática da modalidade cardiofitness e a satisfação com a vida. Visualizando o valor de p, na Tabela 10, percebemos que não existe uma relação entre estas duas variáveis.

Estes dados vão de encontro aos constatados por Silva (2017), no seu trabalho, ao não ter encontrado diferenças significativas entre a modalidade a praticar e a satisfação com a vida.

Correia (2014) também encontrou resultados semelhantes, tendo verificado que a modalidade praticada, não tinha influência ou afetava a satisfação com a vida dos participantes.

Tabela 10: Relação entre a prática de cardiofitness e a satisfação com a vida.

| | Satisfação com a vida | |
|---------------|----------------------------|--------|
| Cardiofitness | Coefficiente de Correlação | -0,133 |
| | P | >0,05 |
| | N | 61 |

No que se reporta à hipótese H4, também não se verificou nenhuma relação entre a prática de musculação e a satisfação com vida ($p = 0,328$), tal como é perceptível pelos dados apresentados na Tabela 11. Similarmente estes dados foram de encontro aos obtidos por Correia (2014) e Silva (2017), tal como na situação anteriormente apresentada.

Tabela 11: Relação entre a prática de musculação e a satisfação com a vida.

| | | Satisfação com a vida | |
|------------|----------------------------|-----------------------|--|
| Musculação | Coefficiente de Correlação | -0,120 | |
| | P | >0,05 | |
| | N | 68 | |

Em relação à hipótese H5, e tendo em consideração a classificação da DASS-21, tínhamos como principal objetivo verificar nas tabelas de classificação da DASS-21, constatou-se a existência de diferenças significativas entre o período de confinamento e desconfinamento.

Tabela 12: Diferença nas classificações da DASS-21, resultados relativos à depressão, no período de confinamento e desconfinamento.

| | Período de confinamento | | Período de desconfinamento | |
|-----------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem |
| Normal | 75 | 83,3 % | --- | --- |
| Ligeiro | 8 | 8,9 % | --- | --- |
| Moderado | 5 | 5,6% | 75 | 83,3% |
| Severo | 1 | 1,1 % | 9 | 10% |
| Extremamente Severo | 1 | 1,1 % | 6 | 6,7% |
| Valores de correlação | p <0,05 | | | |

Como podemos constatar pelos dados apresentados na Tabela 12, entre os elementos da amostra verificou-se uma alteração nas dimensões, com o incremento dos índices de depressão entre os períodos de confinamento e desconfinamento. Como podemos verificar, do período de confinamento para o período de desconfinamento, passaram do mínimo da escala que é normal, diretamente para moderado.

Mesmo com a prática das várias modalidades de fitness, uma grande quota parte dos elementos da amostra revelou que os seus níveis depressivos aumentaram, presumivelmente pela intranquilidade e incerteza vivida, face à situação provocada pelo coronavírus SARS-COV-2.

Esta constatação parece alinhar-se com o que nos é referido por Zhang et al. (2020), em resultado do seu estudo, que a relação entre atividade física e saúde mental não é linear.

Tabela 13: Diferença nas classificações da DASS-21, resultados relativos à ansiedade, no período de confinamento e desconfinamento.

| | Período de confinamento | | Período de desconfinamento | |
|-----------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem |
| Normal | 69 | 76,7 % | ---- | ---- |
| Ligeiro | 8 | 8,9 % | ---- | ---- |
| Moderado | 7 | 7,8% | 37 | 41,1 % |
| Severo | 4 | 4,4 % | 34 | 37,8% |
| Extremamente Severo | 2 | 2,2 % | 19 | 21,1% |
| Valores de correlação | $p < 0,05$ | | | |

Similarmente, na ansiedade, podemos verificar pelos resultados obtidos e apresentados na Tabela 13, que 69 elementos da nossa amostra se encontravam no patamar normal. Ao observarmos as colunas referentes ao período de desconfinamento, constatamos que os elementos da nossa amostra se encontram nos escalões de moderado, severo e extremamente severo. Tal como referido anteriormente, entre os períodos de confinamento e desconfinamento (momentos M0 e M1, em que foram aplicados os instrumentos de avaliação, num período de cerca de quatro meses), a maior parte dos elementos da amostra relatou um aumento nos níveis de ansiedade.

Ainda que não exatamente, e face ao momento vivido da pandemia de COVID-19, estes resultados levam-nos a refletir sobre o que nos foi referido por Swan & Hyland (2012) que, os resultados de vários estudos, em diferentes contextos, mostraram que entre 11 a 33 % da população geral, experimentou pelo menos um ataque de pânico durante um ano.

Tabela 14: Diferença nas classificações da DASS-21, resultados relativos ao stress, no período de confinamento e desconfinamento.

| | Período de confinamento | | Período de desconfinamento | |
|-----------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | Frequência | Percentagem | Frequência | Percentagem |
| Normal | 68 | 75,6 % | 26 | 28,9 % |
| Ligeiro | 8 | 8,9 % | 26 | 28,9 % |
| Moderado | 9 | 10 % | 18 | 20 % |
| Severo | 5 | 5,6 % | 13 | 14,4 % |
| Valores de correlação | $p < 0,05$ | | | |

Por último, em relação ao stress, verificamos pelos dados obtidos e registados na Tabela 14, que existiu um aumento dos níveis de stress, contudo não tão acentuado como sucedeu na depressão e na ansiedade. Observamos que 75,6 % dos praticantes, encontravam-se num nível normal e no período de desconfinamento, “só” 28,9 % se encontra no nível normal, aumentando o stress ligeiro e o stress moderado de forma substancial.

Os resultados por nós obtidos também parecem corroborar o que nos foi mencionado por Sanches et al. (2016), quando afirmaram que o stress, é considerado um dos problemas de saúde mais significativos da sociedade moderna, e que este (stress) pode ser definido como uma experiência subjetiva, desencadeada por qualquer estímulo aversivo, que resulte em alterações sistémicas, generalizadas e inespecíficas.

Cada vez mais, as pessoas se encontram stressadas e claramente que a pandemia COVID-19, ainda veio agravar mais este problema de saúde que afeta a população mundial.

Conseguimos constatar pelos dados obtidos que existem diferenças nos parâmetros de avaliação da escala DASS-21, existindo um aumento da frequência de praticantes, a encontrar-se em patamares ligeiros e moderados de depressão, ansiedade e stress.

4. Discussão dos Resultados

O objetivo deste estudo foi verificar a influência do período confinamento e desconfinamento na satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos de modalidades de fitness. Os resultados revelaram que entre os períodos de confinamento e de desconfinamento, houve diferenças significativas nos valores de depressão, ansiedade e stress (em ambos os casos $p < 0,05$). Os valores de satisfação com a vida, mantiveram-se idênticos nos dois períodos. As modalidades de fitness mais praticadas foram cardiofitness e musculação, com 61 e 68 praticantes, respetivamente. Existem algumas teorias que foram propostas para explicar qual o papel da atividade física e do exercício físico na depressão, ansiedade e na satisfação com a vida, mas não existe um consenso acerca de qual o mecanismo responsável pelos efeitos observados, segundo Daniela & Mourinho (2016). A primeira teoria refere que o exercício físico leva à libertação de endorfinas relacionadas com o humor positivo e o bem estar em geral que geram a diminuição da depressão e ansiedade Craft & Perna (2004, cit por Daniela & Mourinho, 2016). No caso da nossa amostra tal não se confirma, pois entre os períodos de confinamento e de desconfinamento houve um aumento nos valores de depressão, ansiedade e stress. A razão deste aumento pode eventualmente dever-se ao receio por parte dos participantes, no período de desconfinamento, em frequentar espaços fechados para realizar atividade física e, também, pelo aumento destes parâmetros durante o período de confinamento, apresentando repercussões no período de desconfinamento.

Na teoria das monoaminas, é referido que o exercício vai contribuir para uma maior libertação dos neurotransmissores (serotonina, dopamina e noradrenalina), substâncias essas que, se encontram em défice com a depressão (Craft & Perna, 2004; Costa et al., 2007, cit por Daniela & Mourinho, 2016). Como consta esta teoria e, está comprovado, a prática de exercício físico leva à libertação de algumas hormonas responsáveis pela felicidade, diminuindo os níveis de depressão.

Para avaliarmos se existia uma correlação entre a prática de musculação e cardiofitness e a satisfação com a vida, e com recurso ao teste Ro de Spearman, averiguou-se não existir correlação entre ambas, dado o valor obtido ($p > 0,05$) em ambos os casos: prática de musculação e satisfação com vida e para a prática de cardiofitness e musculação.

Também verificámos a possibilidade de existir diferenças significativas na prática de cardiofitness, entre os períodos de confinamento e desconfinamento, com recurso ao teste de Wilcoxon. O valor obtido $p > 0,05$ permitiu-nos constatar que não houve diferenças de um período para o outro. O mesmo aconteceu com a prática de musculação ($p > 0,05$) entre os períodos de confinamento e desconfinamento.

Algo curioso é que numa primeira fase (confinamento), os valores na escala de depressão, dos elementos da nossa amostra estão nos parâmetros normais, no segundo momento de avaliação estão com valores muito elevados. Estes resultados parecem coincidir com Strohle (2009, cit por Daniela & Mourinho, 2016), que afirma que os estudos relacionados com as perturbações da depressão e ansiedade têm aumentado ao longo dos últimos anos. Diversos autores apontam algumas limitações nos seus estudos, o que pode ajudar a explicar a heterogeneidade de resultados apresentados e o facto de não existir um consenso. Também percebemos, pelos dados por nós obtidos, que não existe relação entre a modalidade cardiofitness ou modalidade musculação e a satisfação com a vida.

Silva (2017), no seu trabalho de investigação, concluiu não existir diferenças significativas entre a modalidade de fitness praticada e a satisfação com a vida. Similarmente Correia (2014) apresentou resultados semelhantes, tendo verificado que a modalidade que se pratica, não tem influência ou afeta positivamente a satisfação com a vida dos participantes.

Outro aspeto a reter na realização deste trabalho, foi a diminuição de pessoas a praticar exercício físico nos ginásios. Antes da realização deste projeto e antes da pandemia COVID-19 ter despoletado no nosso país, os três ginásios que serviram de universo a este estudo, tinham duas e três vezes mais praticantes, comparando com os que existem presentemente. Para Liz & Andrade (2016, cit por Raiol, 2020, p. 2806) “A população em casa e a falta de estrutura apropriada para praticar exercícios é um dos motivos que leva ou pode levar várias pessoas a suspenderem as suas rotinas de exercícios físicos.”

Segundo Li et al. (2020) e de acordo com os resultados por eles obtidos num estudo realizado na China, afirmam que a saúde mental foi afetada nesta pandemia da Covid-19 e é um dos possíveis efeitos colaterais do distanciamento social provocado por esta doença. Este distanciamento social, não surgiu de forma voluntária, mas sim forçado devido ao novo coronavírus e isso gerou nas pessoas emoções negativas tais como a ansiedade, a depressão e a indignação. Os resultados por nós obtidos parece também corroborar estes resultados pois constatamos que os níveis de depressão, ansiedade e stress tinham aumentado quando comparados os dois períodos (no pré e pós confinamento).

Ainda segundo Li et al. (2020) a prática regular de exercício físico configura-se numa alternativa simples e eficaz na melhoria de sintomas de ansiedade e depressão e na amplificação de emoções positivas como a felicidade e o bem-estar.

Também Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), num estudo realizado em Espanha (com uma amostra de 976 pessoas), na primeira fase de confinamento (em março de 2020), identificaram aumentos dos níveis de stress, ansiedade e depressão na população, mas sobretudo na faixa etária entre os 18 e os 25 anos. Estes autores ainda afirmam, que é fundamental analisar os efeitos que

a crise da Covid-19 produziu e produzirá na saúde das pessoas e estratégias para minimizar o problema.

5. Conclusões e Limitações do estudo

Como foi indicado na introdução deste estudo, realizado com clientes de três ginásios do distrito de Viseu [localizados em Vila Nova de Paiva (1) e em Castro Daire (2)], pretendia-se averiguar a influência do período de desconfinamento e confinamento na satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos de fitness. Este estudo, totalizou uma amostra de 90 praticantes (N=90) de fitness, dos ginásios acima referidos (50 dos quais eram do género masculino e os restantes 40 do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade).

De seguida apresenta-se as principais conclusões deste projeto e as possíveis implicações para pessoas da área e não só, bem como também se indicam as limitações que decorreram ao longo da realização deste projeto de investigação e ainda sugestões para investigações futuras.

Através dos resultados obtidos, neste estudo, é-nos possível afirmar que existem diferenças do período de confinamento para o período desconfinamento, nos parâmetros da depressão, ansiedade e stress nos elementos da amostra estudada.

Tendo em consideração os resultados obtidos, podemos apresentar as seguintes conclusões: a depressão, ansiedade e stress aumentaram ligeiramente do período de confinamento para o desconfinamento durante a pandemia COVID-19 significando que, com a proximidade de um retorno à vida “normal”, as pessoas ficaram mais ansiosas e stressadas. No entanto, a satisfação com a vida manteve-se com os mesmos valores entre os dois períodos.

É importante realçar também, que as modalidades de cardiofitness e musculação, foram as mais praticadas pelos participantes da amostra.

Analisada a H1, é possível concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas nas modalidades de cardiofitness e musculação entre os períodos de confinamento e desconfinamento, refutando-se assim esta hipótese.

Após a análise da H2, é possível aferirmos que existem diferenças significativas, nos parâmetros de depressão, ansiedade e stress nos praticantes do período de confinamento para o desconfinamento, confirmando-se esta hipótese.

As hipóteses H3 e H4 não se confirmaram, porque não existem diferenças significativas entre a prática das modalidades de cardiofitness e musculação e a satisfação com vida dos praticantes.

Por último, a H5 confirma-se, pois pudemos verificar, tendo em conta os resultados obtidos, que a maior parte dos praticantes encontra-se acima do patamar considerado normal.

Os resultados obtidos na realização deste estudo, podem ser profícuos para futuros trabalhos realizados com esta temática, de forma a ajudar e consciencializar sobre este grande problema atual, a COVID-19.

Desta forma, sugere-se a elaboração de outras investigações e projetos com o objetivo de, por exemplo, analisar outras variáveis que não foram estudadas no âmbito deste projeto, como por exemplo, perceber se o treino era acompanhado por um profissional ou se era em regime livre, se existem diferenças em outras localidades em Portugal, acrescentando valor na perceção da prática de exercício físico com influência positiva na presença de ansiedade e depressão e da sua relação direta.

Bibliografia

- Abelha, L. (2014). Depressão, uma questão de saúde pública. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(3), 223–223. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201400030001>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estratégias de Transtornos Mentais DSM-5*.
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 4(APR), 10–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00027>
- Ascensão, R. (2012). *Motivação Para a Prática de Exercício Físico em Ginásios do Distrito de Castelo Branco*.
- Batista, J. I., & Oliveira, A. de. (2016). Efeitos Psicofisiológicos Do Exercício Físico Em Pacientes Com Transtornos De Ansiedade E Depressão. *Corpoconsciência*, 19, 1–10.
- Çakar, F. S. (2012). The relationship between the self-efficacy and life satisfaction of young adults. *International Education Studies*, 5(6), 123–130. <https://doi.org/10.5539/ies.v5n6p123>
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). *Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. 1987*, 510–522.
- Carek, P. J., Laibstain, S. E., & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 15–28. <https://doi.org/10.2190/PM.41.1.c>
- Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)
- Correia, L. (2014). *Motivação Para a Prática de Exercício Físico - Estudo dos Motivos Para a Prática de Atividade de Fitness no Concelho de Celorico da Beira*.
- Cuiyan, W., Riyu, P., Xiaoyang, W., Yilin, T., Linkang, X., Cyrus, S. H., & C.H., R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1–25.
- da Silveira, P. M., Borgatto, A. F., da Silva, K. S., de Oliveira, E. S. A., de Barros, M. V. G., & Nahas, M. V. (2015). Criação de uma escala de satisfação com a vida por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(4), 272–278. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000089>
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180(2), 319–325.

- <https://doi.org/10.1007/s11845-010-0633-9>
- Faulkner, G. E. J., & Taylor, A. H. (2005). Exercise and mental health promotion. *Exercise, Health and Mental Health Emerging Relationships*, 13(2), 1–10.
<https://doi.org/10.4324/9780203415016>
- Fernanda, M., & Souza, S. De. (2018). Depressão E Suicídio: Uma Correlação. *Pretextos - Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas*, 3(5), 312–333.
- Fischer, R., Bortolini, T., Karl, J. A., Zilberberg, M., Robinson, K., Rabelo, A., Gemal, L., Wegerhoff, D., Irving, B., Chrystal, M., & Mattos, P. (2020). Rapid Review and Meta-Analysis of Self-Guided Interventions to Address Anxiety , Depression , and Stress During COVID-19 Social Distancing. *Frontiers in Psychology*, 11(October).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.563876>
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., Nieman, D. C., & Swain, D. P. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(7), 1334–1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>
- Girdwood, V. M. O., Araújo, I. S. de, & Pitanga, C. P. S. (2011). Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 536–547.
- Goldner, L. J. (2013). *Educação física e saúde: benefício da atividade física para a qualidade de vida*. 24.
- Gujral, S., Aizenstein, H., Reynolds, C. F., Butters, M. A., & Erickson, K. I. (2017). Exercise effects on depression: Possible neural mechanisms. *General Hospital Psychiatry*, 49(April), 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2017.04.012>
- Harvey, S. B., Overland, S., Hatch, S. L., Wessely, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2018). Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 28–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223>
- Herbert, C., Meixner, F., Wiebking, C., & Gilg, V. (2020). Regular Physical Activity, Short-Term Exercise, Mental Health, and Well-Being Among University Students: The Results of an Online and a Laboratory Study. *Frontiers in Psychology*, 11(May).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00509>
- Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(2), 259–272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>
- Junior, L. (2020). Alimentação Saudável e Exercícios Físicos em Meio à Pandemia da COVID-19. *Revista UFRR*, 2, 41–48.

- http://www.udop.com.br/download/estatistica/biomassa/2009a2013_balanco_bagaco_cana_uso_energetico.pdf
http://www.udop.com.br/download/estatistica/biomassa/2014_balanco_bagaco_cana_uso_energetico.pdf
- Kissler, S. (2020). Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Malaysian Palm Oil Council (MPOC)*, 21(1), 1–9.
<http://science.sciencemag.org/content/early/2020/04/14/science.abb5793#BIBL>
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1490–1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., Meerlo, P., Murison, R., Olivier, B., Palanza, P., Richter-Levin, G., Sgoifo, A., Steimer, T., Stiedl, O., van Dijk, G., Wöhr, M., & Fuchs, E. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291–1301. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.02.003>
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67–86.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>
- Lesser, I. A., & Nienhuis, C. P. (2020). The impact of COVID-19 on physical activity behavior and well-being of Canadians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17113899>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7143846/pdf/ijerph-17-02032.pdf>
- Maher, J. P., Doerksen, S. E., Elavsky, S., Hyde, A. L., Pincus, A. L., Ram, N., & Conroy, D. E. (2013). A daily analysis of physical activity and satisfaction with life in emerging adults. *Health Psychology*, 32(6), 647–656. <https://doi.org/10.1037/a0030129>
- Mattos, S. M., Pereira, D. S., Moreira, T. M. M., Cestari, V. R. F., & Gonzalez, R. H. (2020). Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia Covid-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 25, 1–12. <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0176>
- Medicine, A. C. of S. (2008). *Benefits and Risks Associated with Physical Activity*. 1–21.
- Mourinho, C. (2016). *Depressão, Ansiedade, Satisfação Com a Vida em Adultos: Relações Com a Prática da Atividade Física*.
- Nyenhuis, S. M., Greiwe, J., Zeiger, J. S., Nanda, A., & Cooke, A. (2020). Exercise and Fitness

- in the Age of Social Distancing During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(7), 2152–2155.
<https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.04.039>
- Odília Abreu, M., & Simões Dias, I. (2017). Physical Exercise, Mental Health and Quality of Life in Esecs/Ipl. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 512–519.
<https://doi.org/10.15309/17psd180219>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pais-ribeiro, J., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, V(2), 229–239.
- Pasa, P. (2017). *Os benefícios na saúde com atividades físicas: uma revisão literária*. 121–127.
- Pavot, W., & Diener, E. (1985). *Review of the Satisfaction with Life Scale*. 8(45), 1–2.
<https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <http://link.springer.com/10.1007/978-90-481-2354-4>
- Pedragosa, V. (2012). *Satisfação e Fidelização em Ginásios e Health Clubs : Estudo das Expetativas , das Emoções e da Qualidade*.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2019). High sedentary behaviour and low physical activity are associated with anxiety and depression in Myanmar and Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1–8.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16071251>
- Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1158–1165.
<https://doi.org/10.1002/eat.23317>
- Pinto, M. (2020). *Relação entre a Satisfação com a Vida e a Agressão Estudo exploratório*.
- Pristello, B. (2018). *Manejo da Ansiedade e Ataque de panico com Atividade fisica*.
- Raiol, R. A. (2020). Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2804–2813.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-124>
- Ranøyen, I., Stenseng, F., Klöckner, C. A., Wallander, J., & Jozefiak, T. (2015). Familial

- aggregation of anxiety and depression in the community: The role of adolescents' self-esteem and physical activity level (the hunt study). *BMC Public Health*, 15(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1431-0>
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>
- Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Rev. Kairós*, 16(4), 79–102.
<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p79-102>
- Sanches, R. F., De Lima Osório, F., Santos, R. G. D., Macedo, L. R. H., Maia-De-Oliveira, J. P., Wichert-Ana, L., De Araujo, D. B., Riba, J., Crippa, J. A. S., & Hallak, J. E. C. (2016). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression a SPECT study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(1), 77–81.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000436>
- Santos, A. F. (2010). *Determinantes Psicossociais Da Capacidade Adaptativa : Um Modelo Teórico Para O Estresse*.
- Schuch, F. B., & Stubbs, B. (2019). The Role of Exercise in Preventing and Treating Depression. *Current Sports Medicine Reports*, 18(8), 299–304.
<https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000620>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2010). Satisfação com a vida e satisfação diádica: correlações entre construtos de bem-estar. *Psico-USF*, 15(2), 249–256.
<https://doi.org/10.1590/s1413-82712010000200012>
- Silva, A. (2017). *A Prática Desportiva e o Bem-estar Subjetivo*.
- Silva, I. A. M. da. (2011). *Manual prático de terapia cognitivo- comportamental*.
<http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- Simões, B. M. N. (2013). *Ansiedade, satisfação e bem-estar em finalistas e profissionais de psicologia em início de carreira*. 168. <http://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/3099>
- Starcke, K., & Brand, M. (2012). Decision making under stress: A selective review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1228–1248.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.02.003>
- Swan, J., & Hyland, P. (2012). A review of the beneficial mental health effects of exercise and recommendations for future research. *Psychology & Society*, 5(1), 1–15.
- Thompson, W. R. (2019). Worldwide Survey of Fitness Trends for 2019. *ACSM's Health and Fitness Journal*, 23(6), 10–18. <https://doi.org/10.1249/FIT.0000000000000526>
- Tomás, M. T. (2017). O papel do Fisioterapeuta na promoção da Atividade Física. *Revista*

Factores de Risco, 77–83.

- Torregrosa, D., Belando, N., & Moreno-Murcia, J. A. (2014). Predicción de la satisfacción con la vida en practicantes de ejercicio físico saludable. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 14(1), 117–122. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232014000100014>
- Veigas, J. (2009). A Influência do Exercício Físico na Ansiedade , Depressão e Stress. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 1–19.
- Verardi, C. E. L., Miyazaki, M. C. de O. S., Nagamine, K. K., Lobo, A. P. da S., & Domingos, N. A. M. (2012). Esporte, stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(3), 305–313. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2012000300001>
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., Nardi, A. E., Arias-Carrión, O., & Budde, H. (2014). Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and Neurobiological Mechanisms. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, 13, 1002–1014.
- Winter, R. (2009). Academic manager or managed academic? Academic identity schisms in higher education. *Journal of Higher Education Policy and Management*, 31(2), 121–131. <https://doi.org/10.1080/13600800902825835>
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 1.
- Zhang, Y., Zhang, H., Ma, X., & Di, Q. (2020). Mental health problems during the COVID-19 pandemics and the mitigation effects of exercise: A longitudinal study of college students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103722>

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Consentimento Informado



Investigação no âmbito do Mestrado em Ciências do Desporto-
especialidade de Desportos de Academia
Autor: Ricardo Jorge Gomes Teles (Lic. Desporto)

Folha de Informação ao Participante

O atual trabalho de investigação, intitulado “a influência dos efeitos dos períodos de confinamento e desconfinamento, na satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos, de atividades de fitness”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Ciências do Desporto e tem como principal objetivo estudar os níveis de satisfação com a vida, depressão, ansiedade e stress em praticantes adultos, de atividades de fitness no período de confinamento e desconfinamento.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação voluntária de pessoas que, regularmente, frequentem ginásios no distrito de Viseu. É por isso que a sua colaboração é fundamental. O resultado da investigação, orientada pela Professora Doutora Teresa Fonseca, será apresentado no Instituto Politécnico da Guarda podendo, se desejar, contactar o seu autor para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco e não será remunerada. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário sociodemográfico e de outros três questionários relacionados com a satisfação com a vida, a depressão ansiedade e stress, que serão aplicados em dois momentos. A informação pessoal obtida será confidencial e não será revelada a terceiros, sendo apenas utilizada no âmbito do presente estudo, sem qualquer identificação individual.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas e tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar todas as minhas dúvidas declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____

Data: _____