

Liliane Peixoto Amparo

**ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA
DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS
ÍNDICES DE *STRESS*, ANSIEDADE E
DEPRESSÃO EM IDOSOS FISICAMENTE
ATIVOS**

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Belo Horizonte, 2007

Liliane Peixoto Amparo

**ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS ÍNDICES DE
STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS
FISICAMENTE ATIVOS**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado da Escola de Educação Física,
Fisioterapia e Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do
Título de Mestre em Educação Física.

**Área de Concentração:
Treinamento Esportivo**

**Orientador:
Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski**

Belo Horizonte, 2007

A526a Amparo, Liliane Peixoto
2007 Análise dos efeitos de um programa de intervenção psicológica nos índices de stress, ansiedade e depressão em idosos fisicamente ativos. [manuscrito] / Liliane Peixoto Amparo. – 2007.
126 f., enc.:il.

Orientador: Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 98-115

1. Esportes - Aspectos psicológicos - Teses. 2. Qualidade de vida – Teses. 3. Idosos - Teses. I. Samulski, Dietmar Martin. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 796:159.9

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Colegiado de Pós-Graduação em Educação Física**

A dissertação “ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS ÍNDICES DE *STRESS*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS”,

elaborada por **Liliane Peixoto Amparo**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita e homologada pelo Colegiado do Curso de Mestrado em Educação Física, como requisito parcial à obtenção do título de:

**MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA
Área de concentração: Treinamento Esportivo**

Belo Horizonte, 15 de junho de 2007.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski (Orientador)

Prof. Dr. Pedro Américo S. Sobrinho (UFMG)

Prof. Dr. Carlos Américo Alves Pereira (UFRJ)



Dedicatória

Dedico este trabalho aos professores:

- Tarcísio Mauro Vago (Tatá), por ter me ensinado o caminhar pelas vias da Educação Física;
- Sandra Maria da Mata Azerêdo, por ter me ensinado a importância do olhar da Psicologia sobre as pessoas, coisas e caminhos;
- Dietmar Martin Samulski, por ter tornado possível a construção de minha trajetória na Psicologia do Esporte.

Agradecimentos

À Deus, orientador maior;

À minha família, pelo apoio constante em mais uma etapa de minha formação;

Ao meu orientador Dietmar Martin Samulski, pela confiança, dedicação, compreensão e amizade;

Aos membros da banca examinadora, por terem aceitado o convite e pela contribuição ao meu trabalho;

Aos meus amigos, pelo carinho e por estarem sempre por perto. Em especial: Amanda Medeiros, Fernanda Amparo, Kenya Oliveira, Marina Figueiredo, Maura Dias, Renata Hungari, Ricardo Simão.

Aos amigos do mestrado e do LAFISE, com a certeza de uma amizade que será para sempre: Cristiano Lino, Letícia Maria, Mariella Lacerda, Milene Malheiros, Roberta La Guardia, Samuel Warner e todos os outros que se fizeram presentes em tantos momentos de alegrias e festas!

Aos membros do LAPES, pelas experiências, conversas e aprendizado. Em especial: Israel Teoldo, Maurício Marques e Rauno Símla;

Aos professores Danuza Dias Soares, Luiz Osvaldo Rodrigues e Siomara Silva pelo apoio e amizade;

Aos funcionários Claudinha, Ézio e Jô, pelo carinho, apoio e dedicação;

À querida equipe de ginástica aeróbica esportiva da UFMG, pela confiança e exemplo de determinação e superação.

Aos voluntários da pesquisa, pela seriedade e compromisso em relação a este trabalho;

À todas as pessoas que, de alguma forma, torceram por mim neste momento tão importante;

À Universidade Federal de Minas Gerais, por ter me acolhido por tantos anos!

“Correspondo, com gratidão, aos apelos da sua necessidade de exercícios dos mais diversos gêneros e feitos. De ‘exercícios feitos por dentro’, para conhecer e alargar sensações e limitações. De ‘exercícios de braços’, para erguer o mundo, para agarrar a vida e para levantar o olhar para horizontes superiores. De ‘rotações do pescoço’, para fazer abortar a hipótese de uma cilada atrás. De ‘exercícios do tronco’, para prevenir desvios e deformações nas posturas e atitudes. De ‘exercícios de pernas’, para correr atrás dos sentimentos e contra a estupidez do cotidiano. (...) é imperativa a prática de ‘exercícios da vontade’ (...) para soerguer o homem e imprimir destinação à vida”.

Bento, J. O., 2002.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde define o termo Qualidade de Vida (QV) como a busca pela harmonia dos aspectos físicos, psíquicos e sociais. É a ausência de certos sintomas e/ou comportamentos que podem interferir na adaptação da pessoa a uma nova situação. Este processo adaptativo nos idosos acontece de maneira mais abrupta quando comparados aos mais jovens. Percebe-se no Brasil uma carência na atenção à QV do idoso, ao mesmo tempo em que ocorre um aumento progressivo desta população. O objetivo do estudo foi analisar os efeitos de um programa de intervenção psicológica na QV de idosos fisicamente ativos através dos índices de *stress*, depressão e ansiedade, além de comparar os resultados com grupos de pessoas sedentárias e grupos sem intervenção. Foram utilizados os Inventários Beck para depressão e ansiedade e o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp. O programa psicológico foi elaborado a partir dos resultados dos testes, da demanda da faixa etária e dos grupos. Consistiu de 20 sessões, quando os testes foram reaplicados, seguido de *follow up* um mês depois. A amostra foi formada por 60 voluntários distribuídos em grupos experimental, controle e placebo. Melhoras significativas foram encontradas nos grupos ativos que receberam apoio psicológico. Nos grupos placebo e controle (ativos) sem apoio psicológico as mudanças foram baixas e, no grupo de sedentários e sem a intervenção não foram verificadas mudanças significativas nos resultados. Conclui-se que a prática regular de atividade física em conjunto com um suporte psicológico traz importantes benefícios para a QV do idoso do que quando se trabalha os dois programas isolados, confirmando, assim, a necessidade de um trabalho permanente utilizando uma abordagem bio-psico-social.

ABSTRACT

World Health Organization defines the term Quality of Life (QOL) as a search for harmony on the physical, psychological and social aspects. It is the absence of certain symptoms and/or behaviors that can interfere on the adaptation of a person to a new situation. This adaptation process happens in a more abrupt way when comparing elderly with youths. It is perceived in Brazil a lack of attention to the QL of elderly, at the same time that this population is in a progressive increase. The aim of this study was to analyze the effects of a psychological intervention program on the QL of elderly physically active individuals, through the levels of stress, depression and anxiety. The study also compared the results with groups of sedentary people. The Beck Inventory was utilized for depression and anxiety. An inventory of stress symptoms was also used. The psychological program was elaborated according to the test results and consisted of 20 sessions, when the tests were reapplied and a follow up application one month after. The sample was composed of 60 voluntary people distributed in experimental, control and placebo group. Significant improvement was found on the active group that received psychological support. On the placebo and control group (both active) that had no psychological support the alterations were low. On the sedentary group and on the group without intervention there were no significant alterations on the results. We can conclude that the regular practice of physical activity combined with psychological support brings important benefits for the QOL of elderly people more than when worked separated. It confirms the need of a permanent program utilizing a bio-psycho-social approach.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Alterações físicas geradas pelo <i>stress</i>	33
QUADRO 2: Critérios diagnósticos do DSM-IV para TAG.....	40
QUADRO 3: Os sintomas da depressão.....	43
QUADRO 4: Modificações psicossociais e sintomas depressivos na velhice.....	63

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Evolução dos sintomas depressivos por grupo.....	82
TABELA 2: Evolução dos sintomas depressivos por número de indivíduos.....	83
TABELA 3: Evolução dos sintomas de ansiedade por grupo.....	83
TABELA 4: Evolução dos sintomas de ansiedade por número de indivíduos.....	84
TABELA 5a: Evolução dos sintomas de stress por grupo na Fase I.....	84
TABELA 5b: Evolução dos sintomas de stress por grupo na Fase II.....	85
TABELA 5c: Evolução dos sintomas de stress por grupo na Fase III.....	85
TABELA 6: Evolução dos sintomas (fases) de stress por número de indivíduos.....	85

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 OBJETIVOS.....	17
1.2 DELIMITAÇÕES.....	17
 2 REVISÃO DE LITERATURA.....	 18
2.1 TEORIA COGNITIVA SOCIAL E TEORIA DA AÇÃO.....	18
2.2 QUALIDADE DE VIDA.....	20
2.3 <i>STRESS</i>	26
2.3.1 Conceitos gerais.....	27
2.3.1.1 Estressores.....	29
2.3.2 Etiologia.....	30
2.3.2.1 As reações do <i>stress</i>	30
2.3.3 Diagnóstico.....	32
2.3.3.1 Alterações geradas pelo <i>stress</i>	32
2.3.4 Prevenção.....	34
2.3.5 Sintomas associados.....	36
2.3.5.1 Ansiedade.....	36
2.3.5.2 Depressão.....	41
2.4 ATIVIDADE FÍSICA.....	45
2.4.1 Relação atividade física e saúde.....	46
2.4.2 Atividade física e saúde psicológica.....	47
2.4.2.1 Exercício físico, ansiedade e <i>stress</i>	50
2.4.2.2 Exercício físico e depressão.....	50
2.4.3 Atividade física e suporte social.....	51
2.4.4 Implicações para a prática.....	53
2.4.4.1 Políticas públicas de promoção de atividade física.....	54
2.5 TERCEIRA IDADE.....	54
2.5.1 O idoso no Brasil.....	56
2.5.2 Caracterização geral.....	57
2.5.3 A saúde do idoso.....	58
2.5.3.1 Caracterização biológica.....	59

2.5.3.2 Caracterização psicológica.....	60
2.5.3.3 Caracterização social.....	60
2.5.3.4 <i>Stress</i> , ansiedade e depressão no idoso.....	62
2.6 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE.....	64
2.6.1 Atividade física na terceira idade.....	65
2.6.2 Benefícios biopsicossociais.....	66
2.7 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA TERCEIRA IDADE.....	67
2.7.1 Terapia cognitivo-comportamental (TCC).....	67
2.7.2 Demanda.....	68
2.7.3 Fundamentos das técnicas.....	68
3 MÉTODOS.....	70
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	70
3.2 AMOSTRA.....	70
3.2.1 Caracterização do grupo.....	70
3.3 INSTRUMENTOS.....	73
3.3.1 Questionário de identificação.....	73
3.3.2 Inventário Beck para Depressão (BDI).....	73
3.3.3 Inventário Beck para Ansiedade (BAI).....	74
3.3.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).....	75
3.4 PROCEDIMENTOS.....	76
3.4.1 Cuidados Éticos.....	76
3.4.2 Coleta de dados e intervenção psicológica.....	76
3.5 Análise Estatística.....	81
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	82
4.1 ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS.....	82
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS.....	82
4.3 ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.....	86
4.3.1 Efeitos do programa psicológico nos grupos ativos e sedentários.....	87
4.3.2 Análise da eficácia do programa psicológico.....	88
4.3.3 Influência da presença da psicóloga na evolução dos sintomas.....	89
4.3.4 Benefícios psicológicos da atividade física regular.....	89
4.3.5 Atividade física como suporte social.....	92

4.3.6 Análise geral.....	93
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	95
REFERÊNCIAS.....	98
ANEXOS.....	116

1 INTRODUÇÃO

Embora psicólogos venham realizando estudos sobre o envelhecimento há algum tempo, a área do desenvolvimento humano esteve mais voltada para a infância, como consequência do predomínio da idéia de que a vida adulta constitui um período de estabilidade (SILVA & GÜNTHER, 2000). Porém, o rápido aumento do número de pessoas idosas nas últimas décadas ocasionou a explosão de trabalhos científicos sobre o envelhecimento (BALTES, 1995). Um dos motivos que conduzem esse interesse é a qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma área de estudo ao alcance da Psicologia do Esporte e pertence tanto às Ciências Humanas quanto às Ciências Biológicas, situando o homem como um ser biopsicossocial (SAMULSKI, 2002). Para a Organização Mundial da Saúde (2006) a qualidade de vida é a constante busca do indivíduo pela harmonia dos aspectos físicos, psíquicos e sociais e é imprescindível em qualquer idade, e em especial na velhice, quando o indivíduo está num período de transformação e, por vezes, mais susceptível ao aparecimento de patologias ou mesmo à debilidades na realização de atividades do dia-a-dia.

Neri (1997) complementa o conceito de qualidade de vida ao referi-lo como um produto da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança. Ou seja, é a ausência de sintomas físicos e/ou psíquicos que podem interferir na adaptação da pessoa a uma nova situação. Tem-se, assim, o pilar principal do conceito de *stress*¹: estado emocional que ocorre em resposta a eventos tidos como uma sobrecarga ou que excedem as habilidades ou recursos da pessoa para gerenciá-

¹ Neste trabalho será utilizado o termo *stress* em inglês, em vez da palavra portuguesa estresse, tendo em vista uma deliberação de um Congresso Internacional sobre *stress* de usar essa forma quando fosse um artigo científico e a outra quando fosse algo de leitura mais popular (LIPP & MALAGRIS, 2001).

lo (LAZARUS, 1999). É importante salientar que nem toda mudança tem características estressantes e que um mesmo estímulo pode eliciar diferentes respostas em diferentes pessoas (SKINNER, 1985). Esta teoria é complementada por Nitsch (1986), citada por Samulski (2002) ao definir que a interação da pessoa, da tarefa e do meio ambiente são determinantes da ação humana, ou seja, a experiência anterior da pessoa, sua história de vida, expectativas particulares e do ambiente em relação à determinada tarefa interferem na leitura que a pessoa faz de seu auto-conceito, anseios, auto-estima, saúde etc.

Porém, alguns sintomas e atitudes, quando surgem conjuntamente, podem indicar um quadro de *stress* no indivíduo e podem afetar seu sistema imunológico, deixando-o mais propenso a uma gama de doenças (HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003). Dentre tais sintomas tem-se aqueles relacionados a quadros de ansiedade e depressão.

De acordo com Snowdon (2002), sintomas depressivos são altamente prevalentes em fases tardias da vida. A maioria dos estudos indica que mais de 10% dos idosos apresentam quadros depressivos. Já a prevalência dos transtornos de ansiedade diminui com o envelhecimento, mas ainda assim é mais comum que os transtornos depressivos (BYRNE, 2002). Com frequência, os transtornos de ansiedade também têm início tardio e estão associados a sintomas depressivos e doença física. Todos esses transtornos causam uma interferência negativa nas funções cognitivas da pessoa, principalmente as idosas (STAWSKI, SLIWINSKI & SMYTH, 2006).

Para Foucault (1991), por meio do comportamento ou uso desportivo do corpo é induzido neste, em seus órgãos e sistemas, efeitos e alterações nas funções biológico-naturais e sócio-culturais. Assim, através da exercitação desportiva, lúdica e motora

pode-se intervir no corpo e na saúde, obtendo benefícios no humor, auto-conceito positivo e auto-estima. Percebe-se também decréscimos nos índices de *stress*, experiência de alegria, *flow*, entre outras (BERGER & MOTL, 2001).

Quando realizada em caráter regular e moderado, a atividade física pode ter os mesmos benefícios biopsicossociais do treinamento esportivo e, quando realizada em grupo pode servir como um apoio social entre seus praticantes. Estudo realizado por Cheik et al. (2003), sugerem que a prática regular de exercícios físicos orientados com parâmetros fisiológicos podem contribuir na redução dos escores para depressão e ansiedade em indivíduos com mais de 60 anos. Antunes et al. (2001, 2005) afirmam que a participação em um programa de exercícios físicos regulares parece ser efetiva em reduzir e prevenir o declínio funcional decorrente do envelhecimento e que pessoas moderadamente ativas têm menos risco de serem acometidas por disfunções mentais do que pessoas sedentárias. Esta hipótese é sustentada devido às alterações hormonais que acontecem com a prática de exercício físico: liberação de serotonina, ativação de receptores específicos e diminuição de viscosidade sanguínea.

Craft (2005) demonstrou uma relação significativa entre redução de sintomas depressivos aliados à prática de exercícios, enfatizando estratégias de auto-eficácia, e um outro estudo realizado por Krawczynski & Olszewski (2000) demonstrou a obtenção de sucesso ao avaliar um programa de atividade física associado ao bem-estar psicológico, também em uma população acima de 60 anos.

Assim, emerge a necessidade de mensurar e otimizar os efeitos psicológicos da atividade física, mas desta vez a partir de um programa de intervenção psicológica capaz de ir ao cerne dos problemas e necessidades apresentados pelo grupo de trabalho, respeitando a especificidade deste.

A partir do exposto anteriormente pode-se justificar o cenário para a realização deste estudo: população crescente de indivíduos idosos e suas sintomatologias características, necessidade de melhoria da qualidade de vida desta população e a carência de estudos aliando a prática de atividade física com intervenção psicológica, além de ser uma linha de pesquisa do Laboratório de Psicologia do Esporte do CENESP/UFMG.

1.1 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo principal analisar os efeitos de um programa de intervenção psicológica nos índices de *stress*, ansiedade e depressão em idosos fisicamente ativos.

Os objetivos específicos são:

- avaliar a eficácia do programa psicológico proposto;
- analisar a influência da presença da psicóloga na evolução dos sintomas;
- analisar os benefícios psicológicos proporcionados pela prática de atividade física regular; e
- analisar a influência da atividade física como suporte social.

1.2 DELIMITAÇÕES

Este estudo se restringe somente à pessoas da terceira idade (a partir de 65 anos) inscritos no programa de atividades físicas para a terceira idade da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TEORIA COGNITIVA-SOCIAL E TEORIA DA AÇÃO

O presente trabalho tem como eixo norteador a teoria cognitiva social e a teoria da ação.

A teoria cognitiva social, ou aprendizagem social, proposta por Bandura (1999) é um sistema comportamental e cognitivo, pois considera a influência em programas de reforço externo, a existência de processos de pensamentos, crenças e expectativas. Assim, aceita os fundamentos do condicionamento clássico, enriquecendo-os com o elemento humano e ampliando a noção de liberdade para o desenvolvimento de comportamentos sociais positivos que permitem melhorar o funcionamento cotidiano do indivíduo – ou de seu grupo (SALDAÑA, DEL PRETE & DEL PRETE, 2002; SCHULTZ & SCHULTZ, 1998).

O funcionamento psicológico é aqui explicado por uma interação (contínua e recíproca) entre os fatores pessoais e ambientais. Desta forma, a aquisição das habilidades sociais pode ser o resultado de vários processos de aprendizagem, como por exemplo: consequência do reforço direto, resultado de experiências observacionais, efeito de *feedback* interpessoal e desenvolvimento de expectativas cognitivas em relação a situações interpessoais (RUBIO & ANZANO, 1998; SALDAÑA, DEL PRETE & DEL PRETE, 2002).

Bandura (1999) explica o funcionamento psicossocial em termos de causalidade (dependência funcional entre os eventos) de tríade recíproca. Este modelo é composto pelos fatores pessoais sobre a forma de cognição, afeto e eventos biológicos, o comportamento e as influências do meio ambiente. McMullin (2005) adiciona a esta

proposta o diagrama “ABC”, no qual A (*activating event*) atua sobre B (*beliefs*) e que gera C (*consequences*).

De acordo com esta teoria, são percebidos três tipos de estrutura do meio: meios impostos, meio selecionado e meio construído. A parcela de mudança que o indivíduo consegue fazer em seu meio requer um exercício aumentado de ordem pessoal. Os meios físico e socioestrutural são impostos às pessoas, independentemente delas gostarem ou não. Embora as pessoas tenham pouco controle sobre essa imposição, elas podem ter uma certa liberdade de ação sobre como construir e reagir a ele. Assim, a maneira como os indivíduos interpretam suas ações e conquistas e o resultado de seu desempenho informa e modifica o ambiente que as cerca, bem como suas crenças pessoais, que também podem alterar seus desempenhos subseqüentes.

A teoria da ação proposta por Nitsch (1986), citada por Samulski (2002) considera o referencial da teoria cognitiva social, porém traz uma abordagem mais direcionada à ação humana, definindo seus sistemas, níveis e fases de regulação, principalmente diante de um contexto esportivo ou da prática regular de atividade física.

Para Nitsch (apud SAMULSKI, 2002), a ação humana tem três funções básicas: a experimentação e reconstrução da realidade da pessoa podendo estabilizar e modificar seus conceitos internos; a criação e transformação da realidade, solucionando tarefas; e, por fim, a função de apresentação do indivíduo diante do ambiente, pois é através da ação que se percebe seus pensamentos, sentimentos, emoções e atitudes.

A regulação psíquica da ação considera as relações: psicossomática, intrapsíquica, temporal e psicossocial. Esta proposta preza uma integração de processos fisiológicos relacionados às funções psíquicas, ao meio social, às experiências passadas e à antecipação de metas futuras de forma eficiente. Assim, a

harmonia entre esses sistemas permite uma melhor adaptação da pessoa a situações novas, variáveis, complexas e até mesmo de maior auto-confiança no planejamento de ações futuras.

Dessa forma, as duas teorias expostas acima mostram-se eficazes (ou até mesmo fundamentais) para este estudo. O programa de intervenção psicológica proposto visará a harmonização entre a tríade elaborada por Bandura e demais autores, buscando ações futuras mais conscientes, planejadas e saudáveis.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

Várias são as definições para o termo “Qualidade de Vida”, mas a maioria delas concorda com sua dimensão biopsicossocial. Para chegar aos conceitos atuais, a relação entre mente, corpo e ambiente se modificou através da história, assim como a definição de saúde.

Descartes (1637/2000) postulou a separação total de mente e corpo. A religião e a filosofia eram responsáveis pelo estudo da mente, enquanto o corpo – visto como uma máquina – era objeto de estudo da medicina.

Freud, no início do século XX, retoma a importância dos aspectos internos do homem. O desenvolvimento da teoria psicanalítica partiu do corpo, a partir dos estudos sobre histeria e conversões (Freud, 1923/1976).

Calder (1970) reforçou uma base fisiológica para a concepção holística: qualquer estímulo que perturba o organismo o faz em sua totalidade, inclusive os estímulos psicossociais. Tal definição introduz ao conceito atualmente utilizado para o termo psicossomático: interdependência e inseparabilidade dos aspectos psicológicos e biológicos (RAMOS, 1994).

Selye (apud SAMULSKI et al., 1996; SAMULSKI, 2002) foi o primeiro a descrever o atual conceito de *stress* (síndrome de adaptação geral) considerando as bases psicossomáticas do ser humano. Este conceito diminuiu a importância do conflito psíquico como “causador de doenças” e se refere, assim, a uma causa multifatorial. Com o desenvolvimento das neurociências ficou mais evidente a causa multifatorial proposta por Selye. Como exemplo, pode-se citar o funcionamento do sistema nervoso autônomo, que se encontra regulado pelas estruturas límbicas junto com o controle emocional (CASTRO, 2001).

Para Fava & Sonino (2000), qualquer doença deve levar em consideração o indivíduo, seu corpo e ambiente no qual está inserido. Assim, vários fatores podem alterar o funcionamento harmonioso da pessoa, como seus comportamentos, acontecimentos do dia-a-dia e personalidade.

Percebe-se, assim, a mudança que ocorreu ao longo dos tempos sobre a forma de pensar – e relacionar – a saúde/doença, mente e corpo.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde – OMS (2006) descreve o conceito de saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, em consonância com as discussões sobre o meio ambiente, ou seja, saúde como prioridade social.

Por meio da objetivação da saúde – biológica, psicológica e sociológica – busca-se também a visão do indivíduo como um sujeito tridimensionalizado (MEDEIROS, BERNARDES et GUARESCHI, 2005; Hackfort apud SAMULSKI, 2002). Desta forma, todas as ações, pensamentos e sentimentos são interdependentes e estão contextualizados com a resposta eliciada pelo meio ambiente. Esses fatores tridimensionais teriam, segundo Bouchard et al. (apud PITANGA, 2002), dois pólos: um positivo e outro negativo. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de

apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano, enquanto a saúde negativa estaria associada com a morbidade e, no extremo, com a mortalidade.

Para Shephard (2001), a qualidade de vida total é influenciada pela percepção pessoal de uma variedade de fatores, como funções físicas (capacidade de locomoção e auto-cuidado), funções intelectuais e emocionais preservadas, oportunidades de contatos sociais, proximidade da família (enquanto suporte social) e sentimentos de conforto, bem-estar e ausência de doenças.

A partir da concepção desenvolvida acima, têm-se várias definições sobre o conceito de qualidade de vida, porém todos eles permeiam aquele utilizado pela OMS: como a constante busca pela harmonia entre os aspectos físicos, psíquicos e sociais. Ou seja, é a ausência de certos sintomas e/ou comportamentos que podem interferir na adaptação da pessoa a uma nova situação. É a busca pela menor distância entre as expectativas individuais e a realidade (Martin & Stockler, apud MINAYO, HARTZ et BUSS, 2000). Não é apenas a ausência de doenças ou afetos negativos, mas uma condição física e psicológica de bem-estar (REED & ONES, 2006).

Berger & McInman (1993) definem qualidade de vida como o resultado das condições subjetivas de um indivíduo nos vários subdomínios que compõem sua vida. Pereira & Engelmann (1994) e Pereira (1998) complementam esta definição considerando o nível de bem-estar subjetivo acerca das experiências cognitivas de satisfação global ou específica. Para esses autores a intensidade e a frequência das experiências afetivas negativas e positivas, bem como os fatores psicossociais que permeiam a saúde mental dos indivíduos devem ser considerados.

Para Csikszentmihalyi (1994), a informação que deixamos entrar em nossa consciência determina nossa qualidade de vida. Cada pessoa tem liberdade para

organizar e controlar sua consciência a partir de diferentes metas e intenções; tudo o que vemos, sentimos, pensamos e desejamos são informações (subjetivas) que podemos manipular e usar. Este conceito aproxima-se bastante do proposto por Selye. A síndrome de adaptação geral pode ocorrer devido a uma leitura errônea que o indivíduo faz de seus sentimentos, de suas ações, de seu ambiente.

Esta definição pode ser afirmada a partir do conceito de qualidade de vida proposto por Weinberg & Gould (2001), quando refletem sobre as reações avaliativas de uma pessoa à sua vida, em termos de satisfação ou de efeito negativo. Desse modo, a qualidade de vida pode ser afetada por eventos psicossociais e por comportamentos ligados a vários fatores, inclusive à área de saúde.

Minayo, Hartz et Buss (2000) enfatizam que a definição do termo em questão deve incluir o padrão de conforto e bem-estar determinados pela cultura da sociedade em que a pessoa está inserida. O termo remete a experiências e valores de indivíduos e coletividades que a este se reportam em diferentes espaços e histórias, sendo assim, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Para esses autores a concepção de qualidade de vida inclui amor, liberdade, solidariedade, interação social, realização pessoal e felicidade.

A definição subjetiva de qualidade de vida exposta acima é compartilhada por Diener (2000) e engloba vários fatores que levam a pessoa a acreditar que ela tem uma vida satisfatória. Este conceito democrático permite que cada indivíduo decida o que é primordial em sua vida. É o chamado bem-estar subjetivo, que tem em seu conjunto a satisfação com a vida, satisfação com domínios sociais (trabalho, estudo etc.), afeto positivo e baixo nível de afeto negativo.

Com a terminologia “Qualidade de Vida” discutida e definida por diferentes autores, cabe agora compreender a influência de seus fatores biopsicossociais. Segundo Pereira (1998), estudos das áreas de Ciências Humanas e Sociais têm buscado cada vez mais analisar os efeitos desse parâmetro tridimensional em várias esferas da vida do indivíduo (família, escola, lazer, saúde, sociedade, entre outras).

Hackfort (apud SAMULSKI, 2002) define os termos saúde psicológica e saúde mental. Muitas vezes utilizados como sinônimos, também podem se diferir quando se tratam de aspectos cognitivos ou até mesmo de alguns transtornos como *stress* e fobias. A saúde emocional refere-se às experiências subjetivas (humor, bem-estar etc.), enquanto que o bem-estar psicológico refere-se à ausência de afeto negativo, exemplificado por Berger & McInman (1993) como ansiedade e depressão.

As significações das pessoas sobre a saúde estão intimamente ligadas a processos mais subjetivos sobre si próprias, sobre o mundo e a vida, contextualizadas em sistemas culturais locais (REIS & FRADIQUE, 2004). Com este parecer pode-se justificar a reação de diferentes pessoas frente a uma mesma patologia. Percebe-se em algumas delas comportamentos e pensamentos direcionados para uma melhora efetiva e, em outras, a ausência dessa atitude. O mesmo pode ser observado ao analisar atletas direcionados para a vitória e aqueles direcionados para a derrota (SAMULSKI, 2002).

A saúde social engloba aspectos ligados a um relacionamento efetivo em diferentes ambientes e uma boa desenvoltura em relação às habilidades sociais. Csikszentmihalyi (1994) contextualiza a influência do bom relacionamento com o próximo e a melhoria da qualidade de vida. O autor cita que as pessoas afirmam maior alegria diante da família e amigos do que sozinhas. Elas precisam de metas externas,

estímulos exteriores e retorno do ambiente para manterem a atenção em curso. Quando isto não acontece, a atenção começa a divagar e os pensamentos tornam-se caóticos, podendo resultar numa leitura distorcida em relação ao meio ambiente.

O modelo proposto sobre a saúde psicológica, biológica e social auxilia a idealização de uma saúde global a partir da teoria da ação. Cognições relacionadas à saúde podem freqüentemente influenciar a emoção e, assim, afetar a percepção de sintomas, representação de doenças ou crenças e respostas comportamentais (Mayne, apud RICHMAN et al., 2005). Hackfort (apud SAMULSKI, 2002) exemplifica com uma análise prática da teoria, relacionando a influência de determinado exercício físico na saúde da pessoa. Nesta situação “o aspecto físico e o bem-estar psicológico podem variar de acordo com o tipo de exercício realizado e com os fatores envolvidos na prática, como o ambiente, instrutores, grupo e a própria pessoa” (p. 303).

Richman et al. (2005) descrevem vários estudos que mostram que as emoções negativas estão associadas com o agravamento e surgimento de várias doenças, até mesmo com índices de mortalidade, além da associação com comportamentos desfavoráveis para a saúde, como o consumo excessivo de álcool, fumo, aumento da gordura corporal e sedentarismo.

As evidências de uma associação entre emoção positiva e saúde são ilimitadas; elas intervêm através da melhora das funções imunes do organismo. Csikszentmihalyi (1994) considera que atitudes positivas diante da vida são importantes fatores na saúde e bem-estar. O autor ainda discute sobre algumas estratégias que, quando adotadas, podem melhorar a qualidade de vida: descobrir como tornar a vida diária mais harmoniosa e gratificante, aprimorando a qualidade da vivência e experiências. Estas dizem respeito a como nos sentimos a respeito de nós mesmos e do que nos acontece;

é a linha de pensamento fundamental para estudar a qualidade de vida e suas vertentes.

Pode-se, então, concluir com a definição de Minayo, Hartz et Buss (2000): “a qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico. De um lado está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. Por fim, relaciona-se ao campo da democracia, de desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais”.

Neste estudo será considerado como o significado do termo “Qualidade de Vida” toda a busca que a pessoa realiza em prol de sua harmonia biopsicossocial, considerando as variáveis ansiedade, depressão e *stress*, bem como o nível de seu bem-estar subjetivo nesta trajetória.

2.3 STRESS

Neste capítulo será abordado o *stress* e seus principais sintomas relacionados: ansiedade e depressão, conteúdo de análise do presente estudo e um dos indicadores de desequilíbrio na qualidade de vida. Partindo do referencial histórico sobre o tema, serão discutidas as diferentes definições do termo a partir de sua etiologia, bem como os principais meios para a realização de seu diagnóstico, tratamento e prevenção, considerando como referencial a teoria da ação (LIPP & MALAGRIS, 2001; SAMULSKI, 2002; MALAGRIS, 2003; HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003).

Segundo Lazarus & Lazarus (1994), o termo *stress*, até o século XVII, era utilizado como sinônimo de aflição e adversidade. Nos séculos XVIII e XIX começou-se a perceber uma possível relação entre doenças físicas e mentais com eventos emocionalmente relevantes. A partir do início do século XX Hans Selye identificou um

conjunto de reações não específicas, porém semelhantes, em pacientes que tinham vivenciado alguma situação que pudesse ter causado tristeza e angústia: “síndrome geral de adaptação” (SAMULSKI, 2002; HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003; LIPP, 2003). Uma década depois, foi sugerido pelo mesmo pesquisador o uso da palavra *stress* para definir a síndrome. A palavra é, ao mesmo tempo, usada para designar uma condição, causa ou estímulo desencadeante de uma reação do organismo e para descrever seu efeito (LIPP, 2003; CASTELNUOVO, 2005).

Nas várias definições do termo *stress* encontradas na literatura, como por exemplo, em Selye (apud SAMULSKI, 2002), Lipp e Malagris (2001), e CID-10 (1997), observa-se que há coerência sobre seu conceito, uma vez que todas as explicações se direcionam para a necessidade do corpo se adaptar a certas situações de tensão, e sobre o processo que envolve alterações psicofisiológicas.

McGuire & Troisi (apud CASTELNUOVO, 2005), defendem que as reações de *stress* existem nos dias de hoje devido a uma possibilidade de o organismo humano ainda não ter tido tempo de se adaptar às inúmeras e súbitas mudanças ocorridas nos últimos 50 ou cem anos. Para esses autores, este período, “longo para a história, é apenas um instante para a adaptação biológica”.

2.3.1 Conceitos gerais

Segundo Lazarus & Lazarus (1999), o *stress* é, na maioria das vezes, definido como um estado emocional negativo que surge como uma resposta do organismo a eventos percebidos como difíceis ou que excedem os recursos e as habilidades da pessoa em lidar com eles. Para Jones (apud WOODMAN & HARDY, 2001) o *stress* é um estado no qual alguma demanda é exigida do indivíduo, e este deve possuir

estratégias psicofisiológicas (*coping*) para lidar com a situação. A necessidade de adaptação exige a emissão de vários comportamentos que se constituem na forma como a pessoa lida com seu meio, ou seja, suas estratégias, adequadas ou não, de enfrentamento (LIPP, 2003). Lipp & Malagris (2001) descrevem que o termo é tanto o estímulo que gera a quebra na homeostase do organismo quanto a resposta comportamental eliciada por esse desequilíbrio ou, também, respostas fisiológicas e/ou cognitivas que se encontram intermediárias entre o estímulo e sua reação.

Weineck (2003) acredita que o *stress* seja mais psíquico do que físico e que seus sintomas relacionados emergem quando o organismo é colocado diante de uma situação crônica de alarme, originada por hormônios e substâncias energéticas não metabolizadas pelo organismo.

Um melhor entendimento do processo do *stress* pode ser visualizado a partir da conceitualização de Nitsch (apud SAMULSKI, 2002). Para o autor, “o meio ambiente (condição externa) indica com qual probabilidade uma determinada realidade provoca o *stress* (tipologia do *stress*) e com que frequência se encontra essa realidade no dia a dia (epidemiologia)”.

Em relação à pessoa (condições internas), Nitsch (apud SAMULSKI, 2002) explicita que “fica claro que sob condições iguais elas podem reagir de formas diferentes, assim como em condições distintas os indivíduos podem apresentar um mesmo comportamento”. O fator desencadeante do processo de *stress*, então, acaba sendo a leitura subjetiva que a pessoa faz da situação. Não existe um valor absoluto, mas um sinal positivo (“eustress”) ou negativo (“distress”), conforme as circunstâncias. Nosso organismo, pelo menos inicialmente, não distingue os dois casos e aciona para

ambos os mesmos mecanismos psicofisiológicos (WEINBERG & GOULD, 2001; WEINECK, 2003).

Assim, para o indivíduo experimentar uma situação de *stress* dependerá, amplamente, de sua avaliação cognitiva de um determinado evento e dos recursos que se tem para lidar com ele. De acordo com Csikszentmihalyi (1994), o mesmo evento estressante pode tornar uma pessoa completamente infeliz, enquanto outra poderá utilizar a situação para benefícios em sua vida. Esta capacidade de enfrentamento aos estressores é o que torna alguém capaz de lidar com o *stress*.

2.3.1.1 Estressores

Estressores são definidos como os agentes, fatos ou eventos que desencadeiam o processo de *stress*. Eles podem ser classificados em externos (mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorre fora do corpo e da mente da pessoa) e em internos (modo de ser da pessoa, se ela é ansiosa, tímida ou depressiva, ou se tem uma neurose, falta de assertividade e dificuldade de expressar sentimentos) (LIPP & MALAGRIS, 2001).

As condições sociais também podem ser uma importante fonte de *stress*. Multidão, crimes, desemprego, pobreza, racismo, serviço de saúde inadequado. Segundo Taylor (apud HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003), quando as pessoas vivem em um ambiente inerentemente estressante, com frequência experimentam *stress* contínuo ou crônico.

2.3.2 Etiologia

Todas as pessoas são expostas a situações ou acontecimentos que se opõem às nossas metas em diferentes fases da vida: decepções, mudanças (escola, casa, trabalho), doenças, problemas financeiros, entre outros. Quando a pessoa é capaz de desenvolver estratégias positivas de enfrentamento ao estressor, os eventos mais negativos podem ser neutralizados e utilizados como um desafio. Caso contrário, os sintomas relacionados ao *stress* começam a surgir (CSIKSZENTMIHALYI, 1994).

Alguns autores (LIPP & MALAGRIS, 2001; Selye apud SAMULSKI, 2002) obedecem a estrutura de que o *stress* se desenvolve de acordo com etapas. Assim, é possível se ter um *stress* temporário, de baixa ou grande intensidade, estar na etapa de resistência ao fator gerador de desequilíbrio ou já se estar em estado de depauperização tão grande que doenças de grande seriedade surjam. Mas, em geral, se diz que a pessoa está estressada independente da seriedade ou de onde se situa na reação complexa do *stress*.

2.3.2.1 As reações do stress

A reação do stress divide-se, de acordo com Selye (1965) em fases de alerta, resistência e exaustão. Lipp (2005), durante o período de validação de seu inventário (ISSL: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos) acrescentou uma nova fase que seria intermediária entre a resistência e a exaustão – fase de quase-exaustão.

A fase de Alerta caracteriza-se quando o organismo é exposto a uma situação que causa tensão. Neste momento ele se prepara para a ação através de mobilização de alterações bioquímicas (reações de luta e fuga). Algumas reações presentes nesta

fase são: taquicardia, tensão muscular e sudorese. Se o agente estressor não for extinto, o organismo passa para a próxima fase.

Na fase de Resistência a pessoa utiliza energia adaptativa para se reequilibrar. Quando consegue, os sinais iniciais (fase I) desaparecem e surge uma falsa impressão de melhora. A sensação de desgaste generalizado, sem causa aparente, e dificuldades com a memória ocorrem nesse estágio, mas muitas vezes são imperceptíveis pela pessoa.

A fase de Quase-Exaustão é marcada por um organismo enfraquecido que não consegue se adaptar ou resistir ao estressor. As doenças começam a aparecer, tais como herpes simples, psoríase, hipertensão e diabetes, em indivíduos predispostos (LIPP, 2001). Quando o estressor atua por muito tempo, ou muitas fontes de stress ocorrem simultaneamente, o organismo progride para a fase seguinte. Observa-se na fase de Exaustão um aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica, física e, em alguns casos, a morte pode ocorrer. As doenças aparecem com maior frequência nos níveis psicológicos (ansiedade, depressão) e físicos (úlceras, hipertensão, entre outras).

É importante salientar que o *stress* não é o elemento patogênico das doenças, ele apenas conduz a um enfraquecimento somático e psicológico de tal forma que as patologias programadas geneticamente se manifestam devido ao estado de exaustão presente (LIPP & MALAGRIS, 2001; LIPP, 2003; HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003). Assim, o foco do tratamento deve ser a solução que o organismo tem para garantir sua manutenção e seu equilíbrio, que é demonstrado através dos sintomas físicos e psíquicos. A pessoa deve ser auxiliada a desenvolver as técnicas mais

eficazes para lidar melhor com situações de *stress*, evitando que ele se torne excessivo e prejudicial à saúde.

2.3.3 Diagnóstico

No Brasil, o instrumento mais utilizado para realizar o diagnóstico do *stress* em adultos é o ISSL (Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp para Adultos). Trata-se de um questionário auto-aplicável que engloba as fases do *stress* descritas anteriormente, considerando em cada uma delas os sintomas físicos e psicológicos. As características do mesmo serão descritas no capítulo 3 deste trabalho.

2.3.3.1 Alterações geradas pelo stress

2.3.3.1.1 Alterações físicas

Quando o *stress* é prolongado, ele afeta diretamente o sistema imunológico reduzindo a resistência da pessoa e tornando-a vulnerável ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas.

O quadro 1 a seguir permite uma melhor ilustração dessas alterações.

QUADRO 1

Alterações físicas geradas pelo <i>stress</i>
Sistema nervoso central • Aumento da afluência de sangue ao cérebro. • Facilitação da atividade mental: sensações, concentração, pensamento, processamento da informação em geral, relacionada à fonte de <i>stress</i>. • Interrupção da atividade mental que se estiver realizando previamente. Sistema nervoso autônomo • Aumento da frequência cardíaca, pressão sanguínea, secreções gástricas. • Aumento da atividade eletrodermal e da sudorese. • Alterações da frequência respiratória: hiperventilação, dilatação brônquica. • Vasoconstrição periférica: mãos e pés frios. • Aumento do fator de coagulação do sangue. • Redução da salivação e do pH salivar. • Redução da afluência de sangue ao trato digestivo: dificuldades digestivas. • Redução da afluência ao trato reprodutor: dificuldades sexuais. Sistema nervoso somático • Aumento da afluência de sangue a grandes grupos musculares: pernas e braços. • Tensão muscular generalizada. Sistema neuroendócrino e endócrino • Alterações hormonais generalizadas. • Aumento de hormônios de efeitos catabólicos: catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), cortisol, aldosterona, tiroxina, hormônio do crescimento. • Redução inicial e aumento posterior de hormônios de efeitos anabólicos: andrógenos, estrógenos e insulina. Sistema imunológico • Aumento inicial da atividade e da eficácia imunológica. • Redução final da atividade e da competência imunológica.
<i>Fonte: Sistemas biológicos e respostas corporais alteradas durante o stress, Carrobes (1996).</i>

2.3.3.1.2 Alterações psicológicas

Na esfera psicológica, o *stress* pode produzir cansaço mental, dificuldades cognitivas (perda de memória imediata, baixa concentração etc.), apatia diante das pessoas ou eventos e indiferença emocional. Conseqüentemente, a criatividade fica defasada, gerando um desempenho insatisfatório em várias áreas (trabalho, vida social, estudos) seguido de crises de ansiedade e de sintomas depressivos, condições

suficientes para alterar a qualidade de vida da pessoa (LIPP & MALAGRIS, 2001; MARR, 2006).

2.3.3.1.3 Alterações sociais

O *stress* excessivo causa prejuízos não apenas para o indivíduo em si, mas para todo o meio que o cerca: sua família, a empresa para a qual trabalha, a comunidade onde vive, etc. Como apontado por Lipp e Malagris (2001), a pessoa estressada lida mal com as mudanças porque sua habilidade de adaptação está envolvida inteiramente no combate ao *stress*. Quem estiver incapacitado, por exemplo, para lidar com mudanças, certamente não poderá fazer uma contribuição para o sucesso do país e o bem-estar de sua população.

2.3.4 Prevenção

A pesquisa psicológica tem mostrado que ter certa sensação de controle sobre uma situação estressante reduz o impacto dos estressores e diminui os sentimentos de ansiedade e depressão. Possuir a sensação de controle pessoal também age em nosso benefício melhorando as emoções positivas, como autoconfiança, sentimentos de auto-eficácia, autonomia e auto-realização (HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003; CSIKSZENTMIHALYI, 1994).

Assim, saber reconhecer o próprio limite entre o *stress* bom e o nocivo, compreender até onde somos capazes de suportar os estímulos externos e resistir não só às mudanças, mas também à constante ameaça do tédio é uma estratégia fundamental de prevenção aos estímulos estressantes.

As estratégias utilizadas para lidar com eventos estressantes são denominadas “*coping*” e referem-se às maneiras como tentamos mudar as circunstâncias ou a nossa interpretação destas para torná-las mais favoráveis e menos ameaçadoras. (WEINBERG & GOULD, 2001; SAMULSKI, 2002). Estabelecer qual o melhor *coping* para uma determinada situação é um processo dinâmico e contínuo que permite ser mudado à medida que se avaliam as variáveis das demandas de uma situação estressante e os recursos disponíveis naquele momento.

Para Csikszentmihalyi (1994), Weinberg & Gould (2001), Samulski (2002), Hockenbury & Hockenbury (2003) existem basicamente três tipos de coping: com enfoque no problema, com enfoque na emoção e a busca pelo apoio social.

Csikszentmihalyi (1994), Samulski (2002), Weineck (2003) e Marr (2006) sugerem algumas soluções práticas para a prevenção e/ou redução de sintomas relacionados ao *stress*. São técnicas cognitivas ou somáticas que controlam ou evitam as reações causadas pelos estressores.

- Tente deixar claro quais estressores realmente causam *stress*;
- Evite pensar no fator estressante ou distraia-se com outra atividade;
- Exercite sempre pensamentos positivos;
- Busque apoio externo disponível (suporte social);
- Utilize recursos psicológicos para a solução dos problemas (inteligência, instrução, fatores relevantes de personalidade);
- Tente fazer o melhor possível dentro do sistema que é obrigado a atuar;
- Focalize a atenção no mundo, assim é possível entender melhor o que acontece em seu ambiente e fica mais fácil se adaptar a uma situação problemática;

- Descubra novas soluções para antigos problemas;
- Estabeleça metas reais para seus objetivos profissionais ou pessoais;
- Adquira um passatempo que lhe preencha e satisfaça;
- Tenha sempre uma boa noite de sono;
- Aprenda – e utilize – técnicas de relaxamento e;
- Procure movimentar-se mais ou praticar uma modalidade esportiva que proporcione prazer e elimine o *stress*.

2.3.5 Sintomas associados

A contínua exposição da pessoa a fatores estressantes pode fazer com que a variedade de sintomas, em seu conjunto, evolua para quadros de ansiedade e/ou depressão.

Costello & Borkovec (1998) e Schinohara & Nardi (2001) defendem a concepção do modelo cognitivo dos transtornos emocionais: não são os eventos em si que os provocam, mas sim as interpretações feitas pelas pessoas desses eventos que são determinantes na produção das emoções negativas experienciadas. Uma vez ativados ou priorizados, os esquemas darão formato às idéias que caracterizam o transtorno e seus sintomas.

2.3.5.1 Ansiedade

A ansiedade é uma emoção familiar a todos nós – aquela sensação de tensão, apreensão e preocupação que freqüentemente nos atinge durante crises pessoais e conflitos diários. Embora muitas vezes seja reconhecida como um sentimento desagradável, ela também pode ser útil, quando funciona como um sistema de alarme

interno pessoal, que diz que algo não está certo. A ansiedade constitui a principal resposta emocional associada com ao *stress* (Spielberger, e Hackfort & Schwenkmezger apud SAMULSKI, 2002; FAYOS RUIZ 2003).

Hockenbury & Hockenbury (2003) enfatizam duas vertentes da ansiedade. A primeira acontece quando a necessidade alerta para uma ameaça realista. Por exemplo, a ansiedade sobre o rendimento escolar pode motivar o aluno a estudar mais. A segunda vertente se refere aos transtornos de ansiedade, quando esta é mal adaptativa e causa a ruptura das atividades diárias, dos humores e processos mentais.

A ansiedade possui dois componentes distintos: um mental (ansiedade cognitiva) e outro fisiológico (ansiedade somática ou ativação fisiológica). Morris (apud WOODMAN & HARDY, 2001) definiu ansiedade cognitiva como expectativas negativas sobre si mesmo (auto-conceito negativo), e ansiedade somática como uma percepção dos elementos fisiológicos da experiência de ansiedade, ou seja, indicações de ativação autonômica e sentimentos desagradáveis como nervosismo e tensão (taquicardia, respiração ofegante, incômodos gástricos, tensão muscular, entre outros).

Shinohara & Nardi (2001) e Deffenbacher (2003) descrevem três características que distinguem a ansiedade normal da patológica. Ela é irracional: provocada pela percepção de ameaças que são exageradas ou inexistentes e a resposta à ansiedade está fora de proporção em relação à importância real da situação. É incontrolável: a pessoa não consegue desligar o acionamento do alarme, mesmo quando ela sabe que não é real e, por fim, ela é disruptiva: interfere nos relacionamentos, no desempenho profissional ou acadêmico ou nas atividades do cotidiano.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002) e Shinohara & Nardi (2001), o transtorno de ansiedade generalizada – TAG – é o transtorno mais comum na prática médica. Em

geral, o sexo feminino é mais acometido que o masculino em uma proporção de 2:1. Pessoas que apresentam o TAG percebem o perigo com uma dinâmica acelerada, como algo muito mais aterrorizador, diminuindo, portanto, sua percepção de controle sobre o desenrolar dos acontecimentos.

Spielberger (apud SHINOHARA & NARDI 2001; WOODMAN & HARDY, 2001; WEINBERG & GOULD, 2001 e SAMULSKI, 2002) definiu dois tipos diferentes de ansiedade: estado e traço. Ansiedade estado é uma condição instável, temporária e pode variar de intensidade de acordo com o estímulo eliciado. Suas reações são influenciadas por experiências passadas e pela capacidade de controle individual (emocional). A ansiedade traço é a disposição geral do organismo para responder a uma variedade de situações com alto nível de ansiedade estado. São as diferenças individuais (fatores da personalidade) relativamente estáveis relacionadas à ansiedade.

Barlow (apud SHINOHARA & NARDI 2001) relata que o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade tem provavelmente uma predisposição biológica, ativada no momento em que o ambiente fornece experiências de imprevisibilidade e falta de controle. Segundo Brandão (2001), as reações normais ao *stress* são acompanhadas por um aumento da atividade autonômica e produção de hormônios relacionados. Estas incluem aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da frequência ventilatória, da tensão muscular e das concentrações plasmáticas de adrenalina, noradrenalina, cortisol, GH e prolactina.

A ansiedade constitui uma avaliação cognitiva da situação, na qual todo o ambiente é percebido pelo indivíduo e somado a um processo, segundo Fayos Ruiz (2003), de implicações que tal situação tem para o indivíduo. Se o resultado da avaliação subjetiva é negativo, remete-se a uma ameaça para a pessoa e se iniciam

reações de ansiedade, dependendo da intensidade da reação e dos recursos de enfrentamento que o indivíduo dispõe para se sobressair da situação.

Outra etilogia considerada para a ansiedade é a genética. Pesquisas mostram que crescer no convívio de pais ou irmãos ansiosos pode influenciar o desenvolvimento de um grau de ansiedade maior que em qualquer indivíduo. Uma hipótese seria que o indivíduo herda um temperamento como timidez, respostas hiperativas do sistema nervoso autônomo ou inibição comportamental. É provável que a suscetibilidade genética para um transtorno de ansiedade torne-se real quando algum limiar de influências ambientais ativa os genes que predisõem à ansiedade (SHINOHARA & NARDI, 2001).

Os critérios diagnósticos para os sintomas do transtorno de ansiedade generalizada são vários e podem se modificar durante a evolução do mesmo. O sintoma central é a preocupação excessiva com pequenos problemas no cotidiano., porém, como pode ser verificado, outros sintomas tornam-se complementares na avaliação, de acordo com o quadro a seguir.

QUADRO 2

Critérios diagnósticos do DSM-IV para TAG

1. Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos últimos dias nos últimos 6 meses, referentes a várias situações ou atividades (como trabalho ou desempenho escolar).
2. O indivíduo reconhece que é difícil controlar as preocupações.
3. A ansiedade e a preocupação estão associadas a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (no mínimo presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses):
 - a) aumento da psicomotilidade, impaciência, sensação de “estar no limite”;
 - b) cansaço fácil;
 - c) dificuldade de concentração, lapsos de memória;
 - d) irritação;
 - e) tensão muscular;
 - f) distúrbio do sono (insônia inicial ou intermediária, sono agitado, insuficiente).
4. O foco da ansiedade e as preocupações não são restritas às características de outro transtorno mental.
5. A ansiedade, as preocupações, ou os sintomas físicos causam desconforto clinicamente significativo ou incapacidade de funcionamento social, ocupacional ou em outra área.
6. Os sintomas não são devidos aos efeitos de substâncias psicoativas ou outra condição médica.

Fonte: DSM-IV

A avaliação psicológica para os transtornos de ansiedade consta, além da entrevista psicológica, de alguns inventários e escalas. Para os aspectos mais gerais são sugeridos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (apud Samulski, 2002), o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1997) e o Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1997) .

O tratamento para ansiedade inclui, basicamente, psicoterapia e técnicas de relaxamento. A terapia cognitivo-comportamental tem tido sua eficácia comprovada em vários estudos (Riskind apud SHINOHARA & NARDI, 2001; DUGAS & LADOUCEUR, 2003; WHITE, 2003; McMULLIN, 2005 e MANTHORPE & ILLIFFE, 2006). Para Dugas & Ladouceur (2003) os principais objetivos do tratamento consistem em ajudar o paciente a reconhecer suas preocupações como um comportamento de aproximação-evitação, a discriminar entre diferentes tipos de preocupação e a aplicar a estratégia correta de intervenção para cada tipo.

2.3.5.2. Depressão

A depressão é um transtorno sério e persistente nas emoções de uma pessoa, na qual inferências significativas crônicas no humor são os sintomas predominantes, causando o comprometimento do funcionamento cognitivo, comportamental e físico (DSM-IV-TR).

Os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial (FLECK et al., 2002). Apesar de atingir uma grande parte da população – 121 milhões de pessoas no mundo, sendo 17 milhões apenas no Brasil, a depressão, muitas vezes, não é diagnosticada nem tratada de maneira adequada. Hoje a doença, de acordo com dados da OMS (Organização Mundial da Saúde, 2006), White (2003) e Almeida-Filho et al. (1997) é a quarta causa global de incapacidade e deve se tornar a segunda até o ano de 2020. Além disso, estima-se que cerca de 75% das pessoas com depressão não recebem tratamento adequado. A falta de informação sobre a depressão e seu estigma são importantes fatores para o crescimento dos números mencionados acima.

Quando se faz referência à depressão como uma síndrome, pretende-se dizer que é o conjunto de sintomas relacionados, como por exemplo, tristeza, perda de apetite, desesperança, insônia, entre outros. E a depressão como sintoma quer dizer o fato de se estar triste ou retraído (por exemplo) e está presente na maioria dos quadros psicopatológicos e em outras condições médicas e psicológicas (FAYOS RUIZ, 2003).

Uma pessoa deprimida pode mostrar sintomas muito variados de depressão e nem todas as pessoas apresentam a mesma sintomatologia. Da mesma maneira, a evolução temporal do estado de ânimo pode diferir de uma pessoa para outra. A gravidade do transtorno também varia dentro de uma escala que pode ir de leve à

severa, incluindo até mesmo tentativas de suicídio (FAYOS RUIZ; HOCKENBURY & HOCKENBURY; LIMA, 2003; WHITE, 2003).

Ferster (1973) afirma que as características marcantes das pessoas deprimidas seriam as perdas de certos tipos de atividade associadas ao aumento de comportamentos como queixas, choro excessivo, irritabilidade e autocrítica. As variáveis que influenciariam dado repertório comportamental seriam a baixa frequência de reforço positivo associadas ao aumento da frequência do reforço negativo.

Fayo Ruiz (2003) e Hockenbury & Hockenbury (2003) reduziram o grupo de sinais e sintomas em cinco características distintas: sintomas afetivos, motivacionais, cognitivos, físicos e interpessoais. Os mesmos são listados (em sua maioria) no quadro 3 a seguir.

QUADRO 3

Os sintomas da depressão

Sintomas emocionais

- Sentimentos de tristeza, desânimo, inutilidade, culpa, vazio ou insignificância.
- Sentir-se emocionalmente distante dos outros.
- Afastar-se das outras pessoas.

Sintomas comportamentais

- Expressão facial de desalento.
- Faz menos contato visual; olha para baixo.
- Sorri com menos frequência.
- Movimentos, fala e gestos lentos.
- Choro ou episódios espontâneos de choro.
- Perda de interesse ou prazer em atividades usuais, incluindo sexo.
- Auto-exclusão de atividades sociais.

Sintomas cognitivos

- Dificuldade para pensar, concentrar-se e lembrar-se.
- Negatividade e pessimismo global.
- Pensamentos suicidas ou preocupação com a morte.

Sintomas físicos

- Mudanças no apetite resultando em significativa perda ou ganho no peso.
 - Insônia, acordar muito cedo ou dormir demais.
 - Dores vagas, mas crônicas.
 - Diminuição do interesse sexual.
 - Perda da energia física e mental.
 - Sentimentos gerais de ansiedade.
 - Inquietação e desassossego.
-

Fonte: Hockenbury & Hockenbury, 2003

A causa da depressão ainda é um pouco obscura. Recentes avanços na área de neurociências, particularmente em neurobiologia molecular e imagem funcional do cérebro, estão indicando uma etiologia originada sobre os substratos biológicos dos estados de humor normais e patológicos. Uma direção evidente da causa da depressão envolve disfunção do circuito neurotransmissor de monoamina no sistema nervoso central, particularmente de serotonina e noraepinefrina (NEMEROFF, C. & OWENS, 2002).

Beck et al (1997) propuseram um modelo cognitivo para a depressão. Este supõe dois elementos básicos que facilitam o entendimento do transtorno. O primeiro

refere-se a tríade negativa (pessoa deprimida possui visão negativa sobre si mesma, uma visão negativa do presente e uma visão negativa do futuro), e o segundo são as distorções cognitivas: erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações (estruturação das experiências do indivíduo de uma forma absolutista, moralista e invariante).

Esta teoria propõe que experiências iniciais (da infância) são a base para formar conceitos negativistas sobre si mesmo, o futuro e o mundo externo. Esses conceitos (esquemas) podem estar latentes, mas serem ativados por circunstâncias específicas análogas a experiências inicialmente responsáveis por introjetar a atitude negativa.

As idéias e crenças negativistas da pessoa deprimida parecem ser uma representação verídica da realidade para ela, embora pareçam irreais para outras pessoas e também para si mesma quando não está deprimida. As mudanças grosseiras em sua organização cognitiva conduzem a um processamento de informação incorreto, em razão do qual o indivíduo sofre de uma ampla variedade de sintomas dolorosos.

O processo de diagnóstico da depressão é visto pelos profissionais da área da saúde como um desafio, principalmente quando existem sintomas físicos associados ao quadro clínico (DALGALARRONDO, 2000).

Em relação às pessoas que sofrem de depressão, muitas não buscam ajuda porque não relacionam os sintomas à doença e costumam ignorá-los, principalmente quando se tratam de dores que não estão associadas a qualquer outra condição clínica – como dores de cabeça ou nas costas (FLECK et al, 2002; LIMA, 2003). Resultados de uma pesquisa realizada para a Federação Mundial para Saúde Mental (*World Federation for Mental Health*, 2006) apontam que quase 75% dos indivíduos deprimidos

não acreditam que dores físicas inexplicáveis (sem causa clínica) representam sintomas da depressão.

Uma proposta para a realização do diagnóstico é o Inventário de Depressão de Beck (Beck apud CUNHA, 2001), instrumento que está mais detalhado no capítulo 3 deste trabalho.

Apesar de ser uma doença séria e de difícil diagnóstico, existem tratamentos eficazes para a depressão. Os mais comuns envolvem psicoterapia e medicamentos. Para que haja o desaparecimento (ou controle da remissão) dos sintomas, autores afirmam a necessidade de um tratamento conjunto. O tratamento farmacológico basicamente atua sobre a recaptação de serotonina e noradrenalina, eliminando ou amenizando os sintomas relacionados à depressão (SCHATZBERG, 2002). Beck et al. (1997) e Dalgalarrrondo (2000) criticam o tratamento unicamente farmacológico para a remissão dos sintomas depressivos, defendendo os resultados que podem ser obtidos através da psicoterapia.

Os pacientes com depressão devem também ser encorajados a modificar seus hábitos diários: realizar atividades físicas regulares, manter um período satisfatório de sono diário, ter uma boa alimentação e evitar o uso de substâncias como anorexígenos, álcool e tabaco (ABREU, 2006).

2.4. ATIVIDADE FÍSICA

Pitanga (2002) define atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética. É uma opção comportamental que resulta em gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial (CARSPERSEN, POWELL et CRHISTENSON 1985; SHEPHARD, 2002). Pode ser

exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos.

O termo tem sido bastante utilizado para se referir aos exercícios executados com o fim de manter a saúde física, mental e espiritual, principalmente quando estão associados a uma prática regular de atividade física (WEINBERG & GOULD, 2001; WEINECK, 2003).

Assim, no presente estudo será considerado que uma pessoa fisicamente ativa é aquela que busca, através de uma exercitação física freqüente, uma harmonização dos aspectos relevantes para a sua qualidade de vida.

2.4.1. Relação atividade física e saúde

Uma das principais causas de doenças no mundo está atribuída ao estilo de vida da pessoa (sedentarismo, uso de álcool, hábito de fumar, alimentação inadequada, etc.). Um estilo de vida ativo e a prática regular de atividades físicas têm sido cada vez mais comprovados como métodos eficazes na redução dos riscos de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, obesidade e hipertensão arterial. Somados a estes fatores, os benefícios psicológicos do exercício físico também aparecem com devida importância. Entre estes, pode-se citar a melhoria do bem-estar e da saúde mental, o controle dos níveis de ansiedade e do *stress*, a redução de estados depressivos, o aumento da auto-estima e do auto-conceito e a melhoria do estado de humor (American College of Sports Medicine, 1998; SHEPARD, 2001; U. S. Department of Health and Human Services, 1996; PIRES et al., 2004).

Dessa forma, a atividade física relacionada à saúde aparece como um dos fatores que poderia modificar o risco dos indivíduos para adoecerem. Existem fortes

evidências sobre a influência da atividade física na melhoria da eficiência do sistema imunológico (ROSA & VAISBERG, 2002), fato que poderia reduzir a incidência de alguns tipos de câncer e melhorar a resistência de pacientes com diferentes doenças crônicas (PAFFENBARGER, 1993; OSIECKI, 1999; PITANGA, 2000).

De acordo com Mello et al. (2005), pesquisas recentes têm investigado a relação entre os aspectos psicobiológicos e os exercícios físicos, objetivando analisar a influência destes no comportamento humano.

Elsayed et al. e Weingarten et al. (apud ANTUNES et al., 2006) indicam que o exercício físico facilita a tomada de decisões e a solução de problemas complexos. Estas conseqüências têm como embasamento o aumento do fluxo sanguíneo cerebral, de oxigênio e demais substratos energéticos que melhoram as funções cognitivas.

Um aspecto que precisa ser mais estudado e difundido é a intensidade real da atividade física necessária para provocar a associação dose-resposta em relação às variáveis citadas (GRZYWACZ & MARKS, 2001).

2.4.2. Atividade física e saúde psicológica

O interesse pelo estudo da relação entre os exercícios físicos e os estados psicológicos não é recente. Segundo Craft & Landers (1998), a relação entre exercício e depressão, por exemplo, tem sido examinada desde 1900. Desde então os estudos têm ampliado o enfoque para outras variáveis psicológicas, evoluindo tanto no aspecto conceitual quanto metodológico, analisando variáveis moderadoras desta relação em diferentes ambientes e populações, procurando estabelecer uma relação de dose-resposta e de causalidade entre exercício e benefícios psicológicos (VLIET et al., 2004).

Os benefícios psicológicos gerados pela prática do exercício encontram-se muito difundidos por profissionais da área da saúde, meios de comunicação e pesquisadores, denotando a importância social e acadêmica do tema. O crescente número de estudos sobre os efeitos psicológicos dos exercícios tem se dado, por um lado, na medida em que saúde deixou de ser considerada uma condição meramente física e passou a ser concebida como uma interação de aspectos físicos, psicológicos e sociais, na qual a saúde mental é crucial para o bem-estar geral dos indivíduos e, por outro lado, a partir do momento em que os estudos na área de atividade física passaram a considerar essas interações, revelando implicações em diferentes cenários.

A atividade física e o esporte incidem positivamente sobre diferentes aspectos associados com a boa saúde, principalmente na diminuição do stress, ansiedade e depressão, entre outros transtornos psicológicos que, por sua vez, atuam na saúde global do indivíduo (FAYOS RUIZ, 2003; PIRES et al., 2004).

Tem sido demonstrado que sessões agudas de atividade física promovem uma melhoria no estado de humor, como a diminuição de tensão/ansiedade, depressão, raiva e aumentos no vigor, que podem durar horas após o exercício. A repetição destes efeitos a longo prazo trariam efeitos positivos para a saúde (BERGER & MOLT, 2000; DUNN, TRIVEDI & O'NEAL, 2001; LANE & LOVEJOY, 2001). Para estes autores, determinadas variáveis como o tipo e a intensidade do exercício realizado, a aptidão física dos praticantes, a preferência pela atividade e o ambiente de prática, entre outras, podem influenciar tais respostas ao exercício. A partir daí pode-se refletir sobre um possível modelo de terapia pelo movimento.

A prevenção, e não o tratamento, permite uma melhor solução dos problemas de saúde mental característicos da sociedade moderna. A atividade física e estratégias não farmacológicas podem ser eficazes neste ponto (BIDDLE, 1999).

Martinsen (2005) e Paluska & Schwenk (2000) descrevem as hipóteses sobre os mecanismos que explicam os efeitos antidepressivos associados com exercício, através de mecanismos neurobiológicos e psicológicos.

Os mecanismos neurobiológicos envolvem o aprendizado declarativo, contextual e episódico, além da memória. Pensamentos, sentimentos, emoções, comportamentos e funções corporais durante o exercício influenciam o cérebro, neste caso, o hipocampo. Como descrito no capítulo anterior, acontecem, então, as reações hormonais responsáveis pelo equilíbrio das desordens de humor. Os mecanismos psicológicos baseiam-se na teoria cognitivo-comportamental. De acordo com esta teoria, a depressão, ansiedade e demais distúrbios são acometidos por pensamentos automáticos e falsas crenças em relação à percepção do ambiente. O exercício físico, nesta situação, funciona como um mecanismo de distração para tal distorção, pois muda o foco de pensamento da pessoa. Outra hipótese aceita é a do *flow*, que permite a pessoa experimentar um estado de fluidez de pensamentos e movimentos durante a prática da atividade física. Esta hipótese CSIKSZENTMIHALYI (1994) exemplifica como um estado de satisfação e experiência ótima que vivenciamos toda vez que estamos fazendo algo desafiador, com concentração ótima, e nem percebemos o mundo passar à nossa volta. Por fim, tem-se a hipótese fenomenológica, que enfatiza a importância do movimento humano como necessária para seu bem-estar completo.

2.4.2.1. Exercício físico, ansiedade e stress

A redução da ansiedade produzida pela prática de atividade física está associada com efeitos analgésicos produzidos no organismo, através do relaxamento e contração musculares que acontecem durante o exercício. Percebe-se também uma redução da pressão sanguínea até 10 horas após a prática física, devido a ações de determinados hormônios (beta-endorfina, por exemplo) que produzem o relaxamento e a sensação de calma na pessoa.

O efeito anti-estressante produzido pela prática de exercícios se reflete na habilidade da pessoa em lidar com estressores psicológicos. Acredita-se que o exercício pode contribuir para a mudança de alguns tipos de personalidade que permitem a transformação de eventos estressantes em algo prazeroso para a pessoa, diminuindo as reações de *stress* no dia-a-dia. O exercício físico teria, assim, a função de uma estratégia de *coping*, habilitando as pessoas a uma maior eficácia nas respostas ao *stress* psicossocial. Ou seja, a pessoa relaxada tende a ver eventos estressantes com mais serenidade, obtendo maiores recursos para seu enfrentamento (LANDERS & ARENT, 2001; FAYOS RUIZ, 2003).

2.4.2.2. Exercício físico e depressão

O exercício físico pode ser um tratamento viável para a depressão por ser mais acessível para a maioria dos indivíduos e por não carregar um estigma social negativo. Para Dunn et al. (2005), apesar das evidências científicas apontarem para uma melhora de quadros depressivos leves e moderados a partir da prática de atividade física, ainda não foi possível estabelecer um padrão relacionando o tipo de exercício com os escores de melhora da depressão. A prática regular de atividade física deve promover não

apenas a redução dos sintomas depressivos, mas, principalmente, trabalhar sua prevenção (HAYS et al., 1995; VLIET et al., 2004).

2.4.2.3. Benefícios psicológicos X características dos exercícios

Na literatura científica, observam-se resultados contraditórios em relação a variáveis moderadoras entre exercício e benefícios psicológicos, como: tipo, intensidade e duração do exercício, estado de humor inicial, a expectativa de mudança, o nível de aptidão física e a preferência por determinado exercício. As diferentes características dos exercícios (intensidade, duração, frequência e tipo) são fundamentais para a compreensão de como eles atuam na redução de vários sintomas como, por exemplo, ansiedade e depressão (MELLO et al., 2005; PALUSKA & SCHWENK, 2000).

Sobre a intensidade do exercício observa-se, em alguns estudos, uma relação com a ativação do afeto positivo (REED & ONES, 2006): exercícios no limiar máximo da pessoa causariam um decréscimo nessa ativação. Petruzzello, Hall e Ekkekakis (2001) afirmam que as respostas afetivas ao exercício são o produto de uma contínua mudança entre cognição e a percepção direta dos fatores somáticos. Em baixas intensidades predominam os fatores cognitivos, enquanto em altas intensidades predominam os somáticos. Dentro do limiar o organismo está num estado de alerta no qual as respostas variam de indivíduo para indivíduo, sendo uma parte influenciada pelas mudanças fisiológicas e a outra por fatores cognitivos de como lidar com a situação. No entanto, quando o esforço está acima do limiar, o organismo se encontra numa situação de severa perturbação homeostática que se reflete em respostas emocionais negativas. Sugere-se, então, que os exercícios obedeçam a uma intensidade moderada para se alcançar os benefícios psicofísicos esperados.

Sobre o tipo de exercício vários autores divergem sobre qual seria mais eficaz no manejo dos sintomas psicológicos. Petruzzello et al. (1991) defendem os exercícios aeróbios para a redução da ansiedade. Já os exercícios de resistência demonstraram um efeito de maior satisfação no trabalho, menor depressão, ansiedade, hostilidade e sintomas de *stress* (HALE & RAGLIN, 2002; NORVELL & BELLES, 1993; GARVIN, KOLTYN & MORGAN, 1997).

Sobre a frequência de realização dos exercícios o ideal, de acordo com recomendações de órgãos internacionais competentes (Organização Mundial da Saúde, 2006 e U. S. Department of Health and Human Services, 1996), é que todas as pessoas acumulem 30 minutos diários de atividade física, de preferência em todos os dias da semana (TITZE et al., 2001; MATSUDO, 2006). Esse tempo é o mínimo, porém suficiente, para a pessoa receber os benefícios físicos da atividade e ainda se afastar de possíveis estressores, contribuindo para o aumento do bem-estar psicológico. Stewart et al. (2003) verificaram a relação entre o nível de atividade física habitual com a qualidade de vida e o humor dos sujeitos, concluindo que mesmo na ausência de uma prática regular de exercícios, uma pequena quantidade deste pode gerar benefícios nos níveis de humor dos indivíduos.

Quanto ao nível de aptidão física, pesquisas indicam que os indivíduos com mais aptidão apresentam melhores benefícios psicológicos após treinos de maior intensidade (BOUTCHER & LANDERS, 1988; DISHMAN, FARQUHAR & CURETON, 1994; MELLO et al., 2005).

Assim, ao se prescrever ou escolher uma atividade física, as características citadas devem ser relevadas, mas o foco principal deve ser o bem-estar e a melhoria da

qualidade de vida do praticante. O importante é a pessoa experimentar variados tipos de movimento e relacioná-los com diferentes emoções e estados de humor.

2.4.3. Atividade física e suporte social

O suporte social tem sido citado como uma importante correlação com a atividade física. É uma forma de apoio que se refere, geralmente, a qualquer comportamento que auxilia a pessoa a atingir seus objetivos (ANDERSON et al., 2006). No caso da atividade física, esse suporte geralmente vem da família e dos amigos, que procuram motivar e informar a pessoa sobre os benefícios de sua prática, além de também servir como um apoio emocional. Porém os estudos ainda não demonstraram se existe um tipo específico de apoio social para cada modalidade de exercício físico (DUNCAN et al., 2005; BERGER & MOTL 2001).

2.4.4. Implicações para a prática

Para Titze et al. (2001) a estratégia principal para promover a prática regular de atividade física é proporcionar um ambiente agradável e que funcione como apoio social para o praticante. O programa deve aumentar as habilidades individuais e, ao mesmo tempo, encorajar o aprendizado de novas atividades diárias (VLIET et al., 2004).

Se a atividade física é um comportamento saudável a ser promovido, a maneira que as pessoas se sentem durante e após sua prática pode ser determinante para a sua continuidade.

Fayos Ruiz (2003) e Berger & McInman (1993) listam alguns fatores motivacionais para a realização de atividade física:

- experiência social, fazer novas amizades;
- meio de manter a saúde e melhorar os níveis de habilidade;
- busca de novas sensações;
- experiência estética;
- regularidade do programa de atividade física (desafios médios);
- aliviar a tensão e deixar escapar as emoções reprimidas.

2.4.4.1. Políticas públicas de promoção de atividade física

Não existem no Brasil campanhas eficientes de conscientização sobre a importância da prática regular de atividade física. Apesar de toda a discussão sobre os benefícios proporcionados pelos exercícios físicos, principalmente sobre a prevenção de diversas doenças e sintomas, grande parte da população ainda se encontra no grupo dos sedentários (de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2006) esse número chega a 50% nos países desenvolvidos e em desenvolvimento).

Um importante movimento acontece no estado de São Paulo: é o “Agita São Paulo”. Um programa criado para combater o sedentarismo através da promoção do nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativo (MATSUDO, 2006. MATSUDO et al., 2006).

2.5. TERCEIRA IDADE

O que determina a velhice? Quem a determina? Perdas físicas, aspectos culturais, sociais... Envelhecer parece ser um caminho de via única, no qual entramos sem possibilidade de retorno. Será? Quem é e o que quer o idoso de nosso tempo?

Para a Organização Mundial de Saúde (2006) é difícil estipular a idade em que a velhice começa, pois depende de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa. Em termos gerais considera-se a idade de 65 anos.

Para Castro (1998, 2001) os adultos se adaptam ao envelhecimento de acordo com seu estilo de vida anterior e com a resolução de crises anteriores. As transições nesta fase da vida parecem relacionadas com a aceitação do que se tem sido e daquilo em que a pessoa se tornou. Ou seja, o comportamento, crenças e características da pessoa na terceira idade são um reflexo de toda sua vida. Assim, não há nenhum retrocesso na velhice, mas a necessidade de um novo ordenamento cotidiano; um reconhecimento e administração de perdas, ganhos e transformações.

Porém, percebe-se que no envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo. Apesar das demandas existentes, ainda há tempo para reagir e planejar; desenvolver políticas visando ao mais alto nível de qualidade de vida, para o maior número de pessoas que atinjam a 3ª idade (KALACHE, 1999).

A velhice pode ser caracterizada por normal (ausência de patologias biológicas e psicológicas), ótima (referenciada a algum critério ideal de bem-estar pessoal e social) e patológica (presença de síndromes típicas e/ou doenças crônicas). Desta forma, o envelhecimento bem sucedido é um objetivo, uma condição alcançável por aqueles que lidam efetivamente com as mudanças que geralmente acompanham o tornar-se velho (DEPS, 1993). Pode-se, a partir daí, inferir que o envelhecer satisfatoriamente é o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento.

Identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências

biológicas, sociais e da psicologia (NERI, 1993). Assim, o idoso deve ser visto como um ser que atua na visão e revisão de sua história, na tentativa de uma constante auto-organização e adaptação (CASTRO, 2001).

2.5.1. O idoso no Brasil

Dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em setembro de 2002, revelam um país de “cabelos brancos”, onde, nos próximos 20 anos, a população idosa poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas (quase 13% da população). Além disso, as estatísticas já projetam uma população idosa crescente, que chega a ser inversamente proporcional ao quadro detectado em censos anteriores.

Porém, como afirma Castro (2001), a sociedade está despreparada para esta mudança no quadro demográfico da população. O nosso país, de acordo com Rodrigues e Rauth (2006), ainda não resolveu problemas clássicos do subdesenvolvimento, como saúde, educação, saneamento básico, previdência social etc., e já se depara com uma massa de idosos necessitando de atendimento imediato. Esse atendimento é urgente antes que se aprofunde e se torne mais grave essa situação. Deveriam ser implementadas, em curto prazo, as políticas sociais e de saúde capazes de dar respostas às demandas dos próprios idosos, das suas famílias, da comunidade, principalmente no que se refere à prevenção de doenças, para que, mesmo aos 80 anos ou mais, as pessoas possam ter uma velhice mais tranqüila e saibam distinguir o que é patologia do que é próprio do processo de envelhecimento.

2.5.2. Caracterização geral

A velhice deve ser analisada como um fenômeno biopsicossocial, de dimensão existencial, onde há uma modificação da relação do indivíduo com o tempo e, portanto, uma modificação de sua relação com o mundo e com sua própria história. Para Beauvoir (1990), “as perdas, as alterações, os enfraquecimentos podem ser compensados por montagens, por automatismos e um saber prático e intelectual. Não se falará de envelhecimento enquanto as deficiências permanecerem esporádicas e forem facilmente contornadas”.

Ou seja, corroborando Baltes (apud SILVA & GÜNTHER, 2000) durante o envelhecimento fica resguardado o potencial de desenvolvimento. Os prejuízos deste período podem ser minimizados pela ativação das capacidades de reserva para o desenvolvimento; as perdas cognitivas podem ser compensadas por ganhos no domínio da inteligência prática e com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo enquanto que os mecanismos de auto-regulação da personalidade mantêm-se intactos em idade avançada.

Este ritmo de envelhecimento pode ser influenciado de maneira positiva por vários fatores como uma alimentação correta, bom estado de saúde e prática de exercícios físicos. São hábitos de vida que devem fazer parte da rotina das pessoas o quanto antes, principalmente ao enfatizar a importância da prevenção de diversas doenças. (FAYOS RUIZ, 2003).

Vaz & Nodin (2005) alertam para outros determinantes do processo de envelhecimento, como o envelhecimento social (papéis sociais esperados pela sociedade como sendo os apropriados) e o envelhecimento psicológico (adaptação ao processo de senescência). No que diz respeito às perdas, os idosos são confrontados

com diversos tipos, sendo que as mais freqüentes estão relacionadas com os papéis, expectativas e referências do grupo social, podendo ameaçar a integridade da pessoa idosa e originar, em alguns casos, depressão, ansiedade, reações psicossomáticas, afastamento do convívio social e apatia.

2.5.3. A saúde do idoso

A preparação de profissionais da saúde deve se ajustar à demanda, envolvendo equipes multidisciplinares (assistência em termos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais).

Kalache (1999) defende que para assegurar o envelhecimento saudável é preciso investir não apenas em políticas de saúde, mas também em educação, programas sociais e até no meio ambiente. Ou seja, não adianta convencer as pessoas de que ser sedentário não é uma boa se elas vivem numa cidade violenta, com iluminação inadequada, péssimo transporte público. Essas são condições que tornam o idoso vulnerável, mesmo que esteja saudável.

Para Vaz & Nodin (2005), a perda dos papéis sociais, as situações de *stress* e as doenças que podem causar problemas psicológicos são os principais agravantes da capacidade de adaptação do idoso. Para esses autores, a aceitação da mudança ligada ao medo de envelhecer, e a satisfação de vida, estão relacionadas com auto-percepção da idade.

Comportamentos típicos associados ao idoso, como a passividade e imobilidade, com reduzida atividade física, determinam tipos de padrões e estereótipos que influenciam a forma de agir desse grupo. De acordo com Mota (2002), algumas alterações morfológicas e funcionais estão relacionadas à maior taxa de sedentarismo

das pessoas idosas, não apenas ao envelhecimento celular. Assim, os profissionais que lidam com esse público em questão, devem priorizar a autonomia como um aspecto fundamental para o bem-estar do idoso. Muitas vezes é a própria família, como afirma Deps (1993), que nega que a pessoa idosa tenha capacidade de raciocinar, considerando-a incapaz de querer qualquer coisa significativa. Conseqüentemente, exerce-se completo controle sobre ela, negando-lhe a oportunidade e o direito de mudar seu estilo de vida, de alterar seus padrões de comportamento, ou de viver diferentes valores.

2.5.3.1. Caracterização biológica

O envelhecimento biológico promove modificações nos mais diversos sistemas orgânicos. De forma geral, refletem a diminuição da capacidade de manutenção da homeostase, com diminuição da capacidade de adaptação ao *stress* e de readaptação a novos níveis de funcionamento.

Um levantamento de dados realizado por Lebrão & Laurenti (2003), aponta que as doenças crônicas que mais atingem a população idosa são: pressão alta, artrite/artrose, reumatismos, problemas cardíacos, diabetes, osteoporose, doença crônica pulmonar, embolia/derrame e tumor maligno. As quedas também constituem uma importante ocorrência nos idosos, sendo que elas têm como principal consequência as fraturas.

Sobre o desenvolvimento motor, Santos (2002) defende que os idosos têm que lidar com o paradoxo da riqueza de experiências adquiridas ao longo da vida, interagindo negativamente com as consequências de um sistema motor em declínio. Conclui-se, então, que no envelhecimento as limitações decorrentes são inerentes ao

processo de desenvolvimento, estando, assim, entre os padrões determinados e chamados normais pela sociedade. Desta forma, é uma fase que deve ser mais estudada e esclarecida diante da população para que não seja considerada nem como doença nem como deficiência.

2.5.3.2. Caracterização psicológica

O envelhecer tem sido percebido como uma experiência assustadora, que desencadeia processos de negação e até de depressão, criando, muitas vezes, um descompasso entre ser e viver (RUSHEL, 2001), ao invés de algo natural e parte integrante de um processo global. Grande parte desse medo e incerteza provém das alterações do funcionamento cognitivo. De acordo com Vaz & Nodin (2005), apesar de várias competências intelectuais se manterem estáveis ao longo da vida e de algumas aumentarem mesmo até próximo dos 60 anos, existe um declínio de algumas delas.

Neri (1993) justifica a questão acima relacionando-a com as perspectivas distorcidas dos idosos que, ao se referirem à suas etapas de vida, tendem a valorizar os declínios e perdas. Esta postura vai contra o senso de controle pessoal, que quanto maior, mais intensos são os sentimentos de satisfação e, quanto menor, aumentam as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo.

2.5.3.3. Caracterização social

Segundo Antunes et al. (2005), os sintomas dos transtornos de humor são freqüentes na população idosa e representam uma importante questão de saúde pública, pois afetam substancialmente a qualidade de vida, principalmente por restringir atividades sociais.

As pessoas idosas são vistas como um grupo marginal, sofrendo, assim, importantes perdas sociais acrescidas às perdas naturais da velhice. O investimento no idoso ou para o idoso é subestimado, uma vez que não se acredita na possibilidade de retorno (DEPS, 1993). Daí a importância da criação e manutenção das redes de apoio social na terceira idade, principalmente se e quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais.

Durante o envelhecimento, os principais fatores de influência da sociedade sobre o indivíduo são a resposta social ao declínio biológico: o afastamento do trabalho, a mudança de identidade social, a desvalorização da velhice e a falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa perceber-se útil e alcançar reconhecimento, de acordo com Lazaeta (apud SILVA & GÜNTHER, 2000). Isso faz com que a vida do idoso seja dominada por um alto nível de *stress*, devido às expectativas e obrigações formalizadas.

As habilidades sociais incluem componentes cognitivos e comportamentais. Assim, segundo Carneiro & Falcone (2004), para interagir socialmente de modo efetivo, o indivíduo deve ser capaz de selecionar informações úteis e relevantes de um contexto interpessoal e usar essa informação para determinar o comportamento apropriado dirigido à meta, executando comportamentos verbais e não verbais que maximizem a probabilidade de alcançá-la. Para Del Prete & Del Prete (1999), enquanto ocorre na terceira idade um declínio das capacidades sensoriais e do tempo de reação, deve-se privilegiar outras habilidades importantes como a de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de evitação de contato, reações agressivas e proteção excessiva. Com isto, as demandas próprias de cada ciclo vital e

as respostas desenvolvimentistas apresentadas pelo indivíduo demonstram que a aquisição de comportamentos sociais envolve um processo contínuo de aprendizagem.

2.5.3.4. *Stress, ansiedade e depressão no idoso*

O envelhecer proporciona mudanças físicas que podem ocasionar, principalmente, *stress*, depressão e ansiedade. As perdas e mudanças físicas, psíquicas e sociais estão sujeitas a estímulos estressantes, a alterações comportamentais e à readaptação.

Segundo Rushel (2001), a depressão parece, algumas vezes, resumir um descompasso entre o tempo e o modo de vida. É comum um sentimento de impossibilidade, onde o presente desloca-se para o passado e impede novas trajetórias, uma seqüência que precisa ser quebrada para que surjam outras alternativas.

Os efeitos psicológicos do *stress* na cognição são um grande resultado de uma competição, criando uma necessidade dupla em relação à demanda ambiental pela atenção da pessoa (STAWSKI et al., 2006). No caso de idosos é uma situação mais séria, já que a capacidade de atenção já está diminuída e as autopercepções não conseguem lidar com eventos negativos, podendo exacerbar o potencial de dano de uma situação avaliada por elas como altamente estressante (DEPS, 1993). Assim, a autopercepção baixa, intervindo diretamente na experiência de *stress*, tende a resultar em fracasso e, conseqüentemente, em fortalecimento do sentimento de incompetência já existente. O desempenho de atividades e o suporte social podem contribuir para reforçar o sentimento de valor pessoal, pois eles reforçam o autoconceito e o

sentimento de auto-eficácia, facilitando o manejo das situações estressantes com as quais o idoso se depara.

A observação clínica tem evidenciado que nem sempre a sintomatologia depressiva em pacientes idosos satisfaz os critérios utilizados pelo DSM-IV. A depressão na velhice está associada com uma perda da auto-estima e com declínios cognitivos e físicos, *stress*, interpretações negativas do dia-a-dia, que resulta na incapacidade do idoso satisfazer necessidades e impulsos ou de defender-se contra ameaças à sua segurança. Os quadros depressivos nesta faixa etária se alteram em sua apresentação sintomatológica, a partir de inferências bio-psico-sócio-culturais próprias (CÂMARA, 1994; ANTUNES et al., 2005).

Sobre os transtornos de ansiedade, Byrne (2002) relata que sua prevalência diminui com o envelhecimento, mas ainda assim é mais comum que os transtornos depressivos. Com frequência, os transtornos de ansiedade têm início tardio e estão associados a transtornos depressivos e doença física. Embora seja provável que os transtornos de ansiedade nos idosos respondam de forma adequada às mesmas intervenções não-farmacológicas que comprovadamente funcionam para o tratamento de pacientes jovens, há pouca evidência empírica disponível nessa área. As principais modificações dos transtornos de humor estão listados no quadro 4.

QUADRO 4

<i>Modificações psicossociais e sintomas depressivos na velhice</i>	
Fatores	Repercussão
Mudanças no papel social	↓ interesses, ↓ auto-estima, ↓ atividades
Perdas (especialmente luto)	Sintomas depressivos, ansiedade, isolamento
Eventos estressantes	Ansiedade e sintomas depressivos
Modificações no suporte social	Isolamento, ↓ suporte emocional, ↓ renda
Preconceito social	Falta de ajuda e apoio, tratamentos inadequados
Preconceito do indivíduo	Prioriza sintomas somáticos
Relação com a morte	Pensamentos presentes, pouco depressivos

Fonte: Stoppe Jr. (1997)

2.6. QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

A qualidade de vida na velhice, segundo Neri (1993) é como um processo adaptativo, pois envolve fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais. Assim, definir o termo considerando a terceira idade implica em levar em conta critérios socioculturais, médicos e psicológicos, numa perspectiva de continuidade ao longo do curso de vida do indivíduo e da unidade sócio-cultural a que pertence. Para o ponto de vista médico significa longevidade, funcionalidade, boa saúde física e mental, que permitem uma velhice “bem sucedida” ou “usual”; do ponto de vista psicológico é a qualidade de vida relacionada a eventos objetivos, satisfação, envolvimento, senso de realização dos idosos, suas motivações, avaliação que fazem sobre sua velhice, competência social e cognitiva.

Neri (1997) abrange quatro áreas que permitem uma melhor avaliação da qualidade de vida na velhice:

- competência comportamental: funcionamento pessoal, saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social, utilização do tempo pelo idoso;
- Qualidade de vida percebida: dimensão subjetiva, associada aos auto-julgamentos do idoso sobre funcionalidade física, social e psicológica, além de sua competência comportamental nessas áreas;
- Condições contextuais: renda, educação, lazer, estado conjugal, tamanho e qualidade da rede de relações familiares, presença de outros idosos na vizinhança;
- Bem-estar psicológico: depende das três áreas anteriores e da resiliência do indivíduo para adaptar-se às perdas e recuperar-se de eventos estressantes e da sua capacidade para assimilar informações positivas sobre si mesmo.

Não basta os idosos de hoje viverem mais tempo, é fundamental que vivam com qualidade, integrados à sociedade e à família, com garantias de meios de subsistência e apoio necessários (NERI, 1997).

2.6.1. Atividade física na terceira idade

Para Berger (apud MOTA 2002), um programa de exercício deve estar dirigido para a melhoria da capacidade física do indivíduo, induzindo, eventualmente, em uma diminuição dos efeitos deletérios resultantes do processo de envelhecimento, conseguindo maximizar o contato social dos sujeitos, procurando reduzir os problemas psicológicos, como ansiedade e depressão, característicos desse grupo populacional.

O exercício físico é essencial para evitar o envelhecimento prematuro, melhorar a segurança em si mesmo e reduzir a probabilidade de sofrer certos tipos de doença. Melhora, ainda, as perspectivas sociais e psicológicas de seus praticantes (FAYOS RUIZ, 2003). Desta forma, a participação em programas de atividade física permite aos idosos a descoberta de capacidades que se consideravam perdidas; as atividades em grupo permitem compartilhar experiências, resultados e avanços, assim com as atividades sociais.

Vários trabalhos (PALUSKA & SCHWENCK, 2002; FAYOS RUIZ, 2003; MATSUDO et al., 2003; MELLO et al., 2005) indicam a relação positiva entre a atividade física e os benefícios na saúde física e mental. Os idosos possuem maior tempo livre, mas nem sempre é aproveitado de modo ótimo; muitos se consideram “pouco úteis” para a sociedade. De acordo com a psicologia do desenvolvimento, os idosos têm boa motivação para a realização de atividades, mas essa pode ser diminuída por barreiras físicas, culturais, educativas e sociais, que nem sempre estão baseadas na realidade.

No idoso, a tendência habitual para a inatividade é um fator psicossocial, correspondendo a certo alheamento relativamente à vida comunitária. Esta inatividade pode ser reforçada caso o idoso seja “objeto de cuidados excessivos”, fomentando-se a passividade (VAZ & NODIN, 2005).

A possibilidade de ter uma vida fisicamente ativa, ser capaz de realizar atividades da vida diária e exercitar-se são fatores que podem ter efeitos positivos sobre o que o idoso sente, sua auto-avaliação e como os outros o vêem (MOTA, 2002). Cabe salientar que é indispensável um mínimo de aptidão física para a realização de diversas atividades da vida diária, sendo que suas alterações mais importantes resultam da inatividade, mais do que do próprio processo de envelhecimento. Assim, Deps (1993) nos diz que a atividade, quando praticada regularmente, “empresta significado e satisfação à existência, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos, quer pela oportunidade de manter o convívio social”.

2.6.2. Benefícios biopsicossociais

Para Deps (1993) e Cyarto et al. (2004), a atividade física deve proporcionar ao idoso escolhas, responsabilidade pessoal ou controle. Assim, intensifica os sentimentos de autodeterminação e tem efeitos positivos sobre seu ajustamento e bem-estar. A atividade em si tem grande influência no processo de ajustamento de idosos, pois parte do princípio que é um ambiente com as variáveis controladas (causa menos ansiedade) e que promove o bem-estar. O exercício contribui para que haja um equilíbrio psíquico e afetivo do idoso, pois proporciona uma integração social.

Em relação aos exercícios físicos nos idosos, destacam-se características de personalidade mais desejáveis, ocorrendo uma promoção e melhoria da auto-eficácia,

da satisfação e da qualidade de vida, além de uma diminuição nos níveis de tensão, ansiedade e depressão (BERGER & McINMAN, 1993; CYARTO et al. 2004).

Outro importante benefício refere-se à melhoria do tempo de reação, controle da hipertensão arterial, diminuição de fraturas de osteoporose etc., pois, de acordo com Neri (2006), reservas físicas de pessoas com mais de 70 anos podem ser aumentadas com exercícios aeróbicos e prática orientada de esportes.

2.7. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA TERCEIRA IDADE

2.7.1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

O fundamental para a abordagem da TCC é entender o modelo cognitivo, uma teoria proposta por Beck (apud Beck, 1997) e cujo foco está na interação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos. Os pensamentos são o conteúdo mental vivenciado por um indivíduo e normalmente está representado por palavras ou imagens. O aspecto do sentimento no modelo cognitivo refere-se à experiência emocional contínua da pessoa e os comportamentos são as ações desempenhadas pelo indivíduo, passíveis de observação.

O modelo cognitivo-comportamental sustenta, de acordo com White (2003), que todo mundo tem um conjunto de crenças condicionais aprendidas e acumuladas durante a vida. Essas crenças constituem essencialmente um programa para a vida ou um conjunto de regras que tentam dar significado ao mundo.

De acordo com Meichenbaum (1977), a terapia pode auxiliar na reestruturação cognitiva, a qual envolve ajudar a pessoa a modificar a gama de crenças que o definem e a seu mundo para si mesmo. No processo o indivíduo normalmente deixa para trás

certas crenças antigas que demonstram não ser mais válidas ou úteis. Assim, esse processo de reestruturação confere ao paciente uma experiência dos resultados positivos imediatos, de modo que aprende a sustentá-los por si mesmos depois do término da terapia (RANGÉ, 1998).

2.7.2. Demanda

A TCC em grupo é essencialmente adequada para pessoas na terceira idade, pois é um público que com frequência passa por uma diminuição do contato social e que pode se sentir menos estigmatizado quando seus problemas são abordados no contexto grupal (THOMPSON et al., 2003).

O tratamento de diferentes sintomas tem como foco comum a ênfase aos aspectos cognitivos-comportamentais da definição e solução do problema, além de um processo semelhante em termos de avaliação, socialização no grupo, definição de objetivos e processos de grupo, finalizando com a conclusão do trabalho.

Para o público em questão, essa abordagem é bastante adequada. São indivíduos que passam por inúmeras perdas e mudanças substanciais. Esses fatores não levam, necessariamente, a quadros de ansiedade e depressão, mas é como a experiência é percebida e qual o seu significado para o indivíduo é que determina se o resultado será um quadro patológico ou não (THOMPSON et al., 2003; McMULLIN, 2005).

2.7.3. Fundamentos das técnicas

No modelo cognitivo da depressão, propõe-se que os esquemas negativos interagem com eventos negativos da vida para produzir sintomatologia depressiva.

Assim, o tratamento concentra-se primordialmente na modificação de pensamentos para mudar a emoção e o comportamento (BECK, 1999). Conforme as pessoas na terceira idade modificam seus comportamentos e pensamentos, espera-se que o humor melhore, tirando-as da depressão (ou reduzindo seus sintomas depressivos).

A ansiedade, nesta abordagem, é conceituada como um estado preparatório quando o perigo é esperado para qualquer momento. O medo ou pânico representam o estado de fuga ou alarme quando o perigo parece iminente. Desta forma, o objetivo do tratamento não é remover todo medo e ansiedade, mas controlar sua expressão inadequada (LANG & CRASKE, 2003).

Com isso, o programa de intervenção psicológica que será utilizado nos grupos experimentais deste trabalho, utilizará a abordagem cognitivo-comportamental. Para a montagem das técnicas utilizadas no programa será considerada não só esta teoria, mas a realidade trazida pelos voluntários.

3 MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa descritiva-experimental sobre a influência de um programa de intervenção psicológica em idosos ativos fisicamente. Este assunto foi analisado através de um estudo que testou a referida intervenção em diferentes grupos de trabalho.

3.2. AMOSTRA

A amostra foi composta por 60 pessoas (ambos os sexos) participantes do programa de educação física para a 3ª Idade da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG (EEFFTO/UFMG).

3.2.1. Caracterização do grupo

O grupo de atividades físicas para a terceira idade da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG existe há 15 anos.

As atividades são realizadas três vezes por semana e têm a duração de uma hora. A cada dia são trabalhados diferentes programas de exercícios que englobam atividades aeróbias, anaeróbias, alongamento, exercícios de força, dança, caminhadas ao ar livre. Esta diversidade corrobora a necessidade, posologia e benefícios elucidados pelos diversos autores e estudos citados anteriormente. Frequentemente, o grupo realiza pequenas viagens e festas comemorativas (carnaval, festa junina, natal), o que reforça os vínculos sociais nos grupos.

Os monitores das atividades são alunos da graduação em Educação Física e uma vez por semana se reúnem com o professor responsável para a orientação dos trabalhos realizados, bem como para trocas de experiências.

Parte da amostra encontra-se na lista de espera para participar do programa, o grupo de sedentários. Os voluntários foram distribuídos aleatoriamente nos seguintes grupos:

	ATIVOS		SEDENTÁRIOS
Com Intervenção Psicológica	(1) <i>Experientes</i>	(2) <i>Novatos</i>	(5) n=10
	n=10	n=10	
	n=20		
Sem Intervenção Psicológica	(3) <i>Controle</i>	(4) <i>Placebo</i>	(6) n=10
	n=10	n=10	
	n=20		

Grupo 1: participantes do grupo de atividades físicas há, pelo menos, 4 meses. Voluntários selecionados aleatoriamente para participar do programa de intervenção psicológica de acordo com interesse e disponibilidade de tempo.

Grupo 2: participantes do grupo de atividades físicas há, no máximo, 2 meses. Voluntários selecionados aleatoriamente para participar do programa de intervenção psicológica de acordo com interesse e disponibilidade de tempo.

Grupos 3 e 4: participantes do grupo de atividades físicas há, pelo menos, 4 meses.

Grupo 5: pessoas que estão na lista à espera de vagas para a participação no grupo de atividades físicas. Voluntários selecionados aleatoriamente para participar do programa de intervenção psicológica de acordo com interesse e disponibilidade de tempo.

Grupo 6: pessoas que estão na lista à espera de vagas para a participação no grupo de atividades físicas.

Para participar da pesquisa, os voluntários precisaram obedecer aos seguintes critérios de inclusão: pertencer ao grupo de atividades físicas para a 3^a. idade da EEEFTO/UFGM (grupos 1, 2, 3 e 4), disponibilidade para participar assiduamente das sessões de intervenção psicológica ou das sessões placebo (grupos 1, 2, 4 e 5), ter frequência comprovada superior a 85% na realização das atividades físicas. Para os grupos dos sedentários (5 e 6) o critério foi pertencer à lista de espera para a participação do programa em questão.

Os critérios de exclusão foram: participar de psicoterapia individual ou em grupo, participar de 2 ou mais atividades extras (exemplo: aula de dança, teatro, música, grupo de auto-ajuda etc.). Foi também considerado como critério exclusivo se a pessoa tiver respondido algum dos instrumentos utilizados nos últimos dois meses, evitando a familiaridade com os mesmos e uma posterior interferência na análise dos resultados.

De acordo com Afonso (2006), recomendam-se grupos de 5 a 8 participantes para trabalhos que envolvem reflexão e criatividade. Grupos de até 12 participantes tendem a demonstrar maior integração e consenso. Quando uma dimensão educativa é trabalhada ou quando os objetivos do grupo estão limitados a uma intervenção focalizada, esse número pode subir um pouco. Assim, o número de participantes por grupo foi limitado a 10 e desde o início da pesquisa decidiu-se que seria um grupo sem rotatividade, ou seja, um grupo fechado.

3.3. INSTRUMENTOS

Foram utilizados nesta pesquisa um questionário de identificação (**anexo 2**) dos participantes e três instrumentos de avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* (**anexo 3**). Os instrumentos foram respondidos no mesmo dia. A ordem de preenchimento dos mesmos foi aleatória.

3.3.1. Questionário de Identificação

O questionário identificou a idade, tempo de participação no grupo da EEFFTO/UFG, parentesco com as pessoas que moram na mesma casa, participação em outras atividades (critérios de exclusão), além de telefone para contato dos participantes.

3.3.2. Inventário de Beck para Depressão

O BDI foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade da depressão. Segundo seus autores, o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais.

A partir da análise não-paramétrica Kruskal-Wallis, cada uma das 21 categorias tiveram relação significativa com a pontuação total ($p < 0,001$). O BDI demonstrou estabilidade diagnóstica, pois as mudanças de sintomas ocorridas em um intervalo de quatro semanas no teste-reteste foram também observadas na entrevista clínica. Segundo o teste de Mann-Whitney, o poder de discriminação entre graus de depressão (ausência de depressão, depressão leve, moderada e grave) foi significativa ($p <$

0,0004) e o coeficiente de correlação de Pearson entre os escores no BDI e as entrevistas clínicas foi de 0,65 (BECK et al. 1961).

O BDI foi traduzido para o português e validado por Gorestein & Andrade em 1996. É um instrumento composto por 21 categorias de sintomas e atitudes que descrevem manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas da depressão: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, desejo de auto-punição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, perda da libido.

A pontuação para cada categoria varia de zero (ausência do sintoma) a três (sintoma mais intenso). Na dependência da pontuação total, os escores de até 9 pontos indicam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; de 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e, de 30 a 63 pontos, depressão grave.

3.3.3. Inventário de Ansiedade de Beck

O BAI foi desenvolvido para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. A escala consiste de 21 ítems que descrevem sintomas comuns em quadros de ansiedade que são pontuados de 0 (não em todas) a três (severamente). Os itens somados podem variar de 0 a 63 e refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos da ansiedade, mas não de depressão.

A escala apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e uma faixa de correlação de cada item com o total variando de 0,30 a 0,71 (Mediana = 0,60). Em resumo, o BAI constitui uma nova medida de ansiedade que foi cuidadosamente construída para que se evitasse confusão com depressão.

A validade de sustentação dos dados é conveniente para ser usada em populações psiquiátricas como um critério e como um resultado de medida. Assim, a escala fornece a pesquisadores e clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciar entre ansiedade e depressão e para esclarecer resultados de pesquisas e investigações teóricas das duas síndromes. A pontuação dos escores obedece a seguinte interpretação: até 10 pontos, ansiedade mínima, de 11 a 19, ansiedade leve; de 20 a 30 pontos indica ansiedade moderada e grave para pontuação entre 31 a 63.

3.3.4. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

O ISSL se enquadra na avaliação do *stress* por meio do quadro sintomatológico apresentado. Trata-se de um inventário de fácil aplicação que visa identificar a presença de sintomas de *stress*, os tipos de sintomas existentes (somáticos ou psicológicos) e a fase em que se apresentam.

Para a consistência interna do instrumento foram realizados estudos das correlações de cada item com o total de toda a escala. O item “enfarte” apresentou baixa correlação, o que significa ser o único item a não contribuir muito com o teste. Aplicando a análise de confiabilidade, obteve-se alfa de 0,91, o que significa uma alta confiabilidade do instrumento. Foi realizada a análise fatorial como critério de redução de dados dos itens do ISSL. Os resultados brutos são traduzidos em porcentagens para

cada uma das quatro fases (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão), portanto, a porcentagem encontrada corresponde às chances de se estar em cada uma das fases de *stress* concebidas na escala. O limite de pontos (ou respostas afirmativas) para cada fase é a seguinte: fase I, a partir de 7 respostas; II, 4 respostas, III, acima de 5 respostas e IV, 8 respostas.

3.4. PROCEDIMENTOS

3.4.1. Cuidados Éticos

Este estudo está dentro das normas estabelecidas pelo Conselho Nacional em Saúde (1996) sobre pesquisas que envolvem seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, parecer ETIC 029/07 (**anexo 1**).

Inicialmente foi estabelecido um contato inicial com todos os participantes do grupo da 3ª Idade da UFMG, no qual foram explicados os objetivos, relevância e procedimentos metodológicos a serem adotados na pesquisa. Em seguida os interessados candidataram-se voluntariamente para a participação nesta.

Os envolvidos no estudo assinaram um termo de consentimento escrito pela pesquisadora, estando cientes que a qualquer momento poderiam, sem constrangimento, deixar de participar do projeto. Foram tomadas todas as precauções no intuito de preservar a privacidade dos voluntários. A saúde e o bem-estar destes estiveram sempre acima de qualquer outro interesse.

3.4.2. Coleta de dados e intervenção psicológica

Todas as coletas foram realizadas na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Para os grupos 1, 2, e 4, as atividades (intervenção

psicológica ou placebo) aconteceram imediatamente após a realização das atividades físicas, de acordo conjunto com os participantes dos grupos. A intervenção do grupo 5 aconteceu nos mesmos dias das intervenções dos grupos acima, porém em horário diferenciado.

Os instrumentos foram aplicados em três momentos para todos os grupos: no início do programa de intervenção psicológica ou placebo, ao final do programa e 1 mês após o término desse (*follow up*).

A intervenção psicológica seguiu a abordagem cognitivo-comportamental e constou de 20 sessões com duração de 50 minutos a 1 hora cada, duas ou três vezes por semana. O conteúdo das sessões constou de técnicas que focaram a ansiedade, a depressão e o *stress*. O grupo placebo realizou a mesma carga horária de atividades, porém, com tarefas recreativas.

Para os participantes dos grupos controle (3 e 6) foram agendadas as datas para o preenchimento dos questionários de acordo com o programa de intervenção psicológica.

Os objetivos e técnicas das sessões de intervenção psicológicas, bem como o conteúdo das sessões do grupo placebo encontram-se descritos a seguir.

Programa de Intervenção Psicológica

Sessão	Foco	Técnica	Objetivos
01	Apresentação		Apresentação dos participantes; levantamento de expectativas, esclarecimentos sobre o programa; definição sobre o horário das sessões.
02	Depressão	Curtograma	Trabalhar o reconhecimento e frequência das atividades prazerosas e atividades desgastantes.
03	Habilidades sociais	Treinamento de assertividade	Analisar com o grupo as diferentes formas de expressão de sentimentos e/ou pensamentos e suas conseqüências. Induzir os participantes a um engajamento progressivo em comportamentos mais assertivos.
04	Depressão e ansiedade	Registro de pensamento em diário	Identificar sentimentos e emoções no momento de situações de desconforto. A partir daí elaborar uma contra-argumentação racional e seus resultados (mudanças emocionais).
05	Depressão, ansiedade e stress	Reestruturação cognitiva	Trabalhar com os resultados registrados na sessão anterior, reestruturando pensamentos distorcidos e reforçando um argumentação racional.
06	Depressão e ansiedade	“Como se” – Ensaio cognitivo	Simular situações comuns que o grupo percebe com certo grau de dificuldade; encontrar soluções para a situação “como se” estivesse com outro tipo de sentimento – diferente daquele que acontece na realidade.
07	Stress	Ensaio cognitivo	Modelar estratégias que o indivíduo possa empregar numa situação em particular (no caso, estressante). O grupo deve oferecer feedback da solução.
08	Depressão, ansiedade e stress	Avaliação	Avaliar e reforçar as técnicas trabalhadas até o momento.
09	Depressão e	Uso de imagens	Entrar em contato imaginário com

	ansiedade	mentais + descatastrofização	situações que causem medo. Identificar os pensamentos irracionais e contesta-los.
10	Ansiedade e <i>stress</i>	Relaxamento	Reconhecer sinais de ansiedade, aprender o relaxamento progressivo, aprender a descontrair, exercitar o treinamento aplicado.
11	Depressão	<i>Role playing</i>	Treinar uma melhor interação interpessoal diante da presença de sintomas depressivos, através da imitação do comportamento de outra pessoa.
12	<i>Stress</i>	Inoculação do <i>stress</i>	Treinar a emissão de respostas diante de situações estressantes pensando racionalmente, controlando emoções fortes e comportando-se adaptativamente.
13	Ansiedade, depressão e <i>stress</i>	Avaliação	Avaliar e reforçar as técnicas trabalhadas até o momento.
14	Depressão	Treinamento de projeção do futuro	Diminuir sentimentos depressivos através de antecipação imaginária de eventos positivos.
15	Depressão	Dar e receber reforços	Treinar a eliciação e o recebimento de reforços positivos. Aumento da auto-estima.
16	Ansiedade	Descentramento	Permitir a reestruturação de crenças relacionadas com “ser o foco da atenção de terceiros”
17	Ansiedade, depressão e <i>stress</i>	Estabelecimento de metas reais	Instigar a prática de estabelecer metas de vida nos participantes (1 semana, 1 mês, 6 meses, 1 ano, etc.).
18	Avaliação do programa pelo grupo		Pedir ao grupo uma avaliação do programa: técnicas utilizadas, aderência, sugestões, etc.
19	Aplicação dos questionários		Realizar a 2ª. aplicação dos questionários
20	Encerramento		Encerramento do programa; devolução das avaliações.

Programa do Grupo Placebo

Sessões	Conteúdo
01	Apresentação; definição sobre o horários das sessões
02	Resgatando a história: brincadeiras infantis
03	Oficinas de brincadeiras em ambiente interno
04	Construção de um mural: “Mensagem para o mundo”
05	Resgatando a história: “histórias infantis”
06	Mensagens para daqui a cem anos
07	Continuação da sessão anterior
08	Jogo “Imagem e Ação”
09	Aconteceu comigo... (relatos de histórias marcantes para a pessoa)
10	Oficina de brincadeiras em ambiente externo
11	Visita de uma contadora de histórias
12	Construção de objetos com sucata
13	Continuação da sessão anterior
14	Apresentação dos objetos
15	“Show de talentos” (artístico)
16	“Show de talentos” (culinário)
17	Premiação do “show de talentos”
18	Levar um amigo e apresenta-lo ao grupo
19	2ª aplicação dos questionários
20	Encerramento e devolução das avaliações

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o cálculo da tendência central dos grupos optou-se pelo uso da mediana ou da média aritmética com seu respectivo desvio-padrão. Uma vez que as variáveis em estudo não apresentavam distribuição normal, foram utilizadas provas não-paramétricas para a comparação das amostras relacionadas (Kruskal-Wallis). Foram adotados níveis de significância de 0,05 ($p < 0,05$). Foram utilizados testes de freqüência dos escores também. Todos os testes foram trabalhados através do pacote estatístico SPSS 12.0 for Windows®.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS

A média de idade dos voluntários da pesquisa foi de 67 anos ($\pm 3,2$). Destes, 95% eram mulheres e entre os participantes “ativos experientes” a média de tempo no grupo da 3ª idade foi de 4,5 anos ($\pm 2,10$). 79% dos participantes moram com o(a) companheiro(a), 15% moram com os filhos, 5% com outros familiares e 1% mora sozinho.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS

Os dados nas tabelas 1, 3 e 5 (a, b e c) estão apresentados por média $\pm$ desvio-padrão e com nível de significância $< 0,05$.

Nas tabelas 2,4 e 6 os dados se referem ao número de indivíduos por grupo que apresentavam determinado grau de sintomatologia de depressão, ansiedade ou *stress*.

Os grupos experimentais encontram-se em destaque em cada uma das tabelas.

4.2.1. Índices de depressão

TABELA 1

Evolução dos sintomas depressivos por grupo				
	BDI			
Momento	1	2	3	p*
GRUPO 1	11,20 $\pm$ 0,78	2,50 $\pm$ 2,01	2,00 $\pm$ 2,00	0,012
GRUPO 2	17,80 $\pm$ 1,93	6,60 $\pm$ 1,64	4,80 $\pm$ 0,91	0,00
GRUPO 3	10,60 $\pm$ 0,96	10,40 $\pm$ 1,77	12,00 $\pm$ 1,56	0,08
GRUPO 4	11,40 $\pm$ 2,01	10,80 $\pm$ 1,47	11,40 $\pm$ 2,31	0,093
GRUPO 5	20,00 $\pm$ 1,88	10,60 $\pm$ 2,75	10,90 $\pm$ 1,52	0,00
GRUPO 6	20,40 $\pm$ 1,77	19,70 $\pm$ 2,45	19,40 $\pm$ 2,27	0,11

* p < 0,05

TABELA 2

Evolução dos sintomas de depressão por número de indivíduos												
Sintomas	Ausente-leve			Leve-moderado			Moderado-grave			grave		
Momento	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
GRUPO 1	2	10	10	8	0	0	0	0	0	0	0	0
GRUPO 2	0	10	10	6	0	0	4	0	0	0	0	0
GRUPO 3	1	2	2	9	8	8	0	0	0	0	0	0
GRUPO 4	1	2	2	9	8	8	0	0	0	0	0	0
GRUPO 5	0	2	1	3	8	9	7	0	0	0	0	0
GRUPO 6	0	0	0	2	3	3	8	7	7	0	0	0

As diferenças significativas foram observadas apenas nos grupos experimentais (1, 2 e 5); evolução dos sintomas apresentados na Tabela 2 confirma esses dados. É importante salientar, conforme estudos de Trentini et al. (2005), que o número de respostas no BDI quando aplicado em idosos pode indicar sinais que não são necessariamente sintomas de depressão, principalmente nos estado moderado-grave. Este fato pode estar relacionado com o impacto do processo de envelhecimento e das doenças clínicas comuns a essa população.

4.2.2. Índices de ansiedade

TABELA 3

Evolução dos sintomas de ansiedade por grupo				
	BAI			
Momento	1	2	3	p*
GRUPO 1	13,80±1,68	4,10±1,44	3,60±1,57	0,012
GRUPO 2	16,40±3,37	5,80±1,98	5,40±1,50	0,02
GRUPO 3	14,50±2,59	12,40±2,45	11,20±3,15	0,06
GRUPO 4	13,20±1,61	11,20±1,13	11,30±1,49	0,069
GRUPO 5	19,60±2,75	11,10±1,44	11,10±1,96	0,00
GRUPO 6	20,50±1,43	19,80±1,47	19,70±1,41	0,10

* p < 0,05

TABELA 4

Evolução dos sintomas de ansiedade por número de indivíduos

	BAI											
Sintomas	mínimo			leve			moderado			grave		
Momento	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
GRUPO 1	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0
GRUPO 2	1	10	10	5	0	0	4	0	0	0	0	0
GRUPO 3	1	3	6	9	7	3	0	0	1	0	0	0
GRUPO 4	1	4	4	9	6	6	0	0	0	0	0	0
GRUPO 5	0	4	5	2	6	5	8	0	0	0	0	0
GRUPO 6	0	0	0	0	2	2	10	8	8	0	0	0

Assim como nos sintomas de depressão, os grupos que obtiveram maior sucesso na evolução dos sintomas de ansiedade foram aqueles submetidos ao programa de intervenção psicológica (1, 2 e 5). Tal fato corrobora Byrne (2002) ao relacionar os transtornos de ansiedade dos idosos com sintomatologia depressiva e doenças físicas.

4.2.3. Índices de stress

TABELA 5a

Evolução dos sintomas de stress por grupo na Fase I

ISSL	FASE I			
Momento	1	2	3	p*
GRUPO 1	3,40±1,57	0,90±0,56	0,90±0,56	0,01
GRUPO 2	3,00±1,49	0,40±0,51	0,40±0,51	0,037
GRUPO 3	2,20±1,39	1,20±0,78	1,30±0,48	0,049
GRUPO 4	2,30±1,56	1,20±0,78	1,70±0,82	0,053
GRUPO 5	6,00±1,15	2,20±1,22	3,30±1,88	0,02
GRUPO 6	6,00±1,24	5,70±1,33	5,60±1,57	0,071

* p < 0,05

TABELA 5b

Evolução dos sintomas de *stress* por grupo na Fase II

ISSL	FASE II			
Momento	1	2	3	p*
GRUPO 1	1,90±0,99	1,00±0,81	1,20±0,78	0,07
GRUPO 2	2,70±1,70	0,90±0,56	0,60±0,51	0,03
GRUPO 3	2,00±1,24	1,20±0,63	1,20±0,63	0,03
GRUPO 4	1,60±0,69	0,80±0,63	0,80±0,63	0,089
GRUPO 5	3,60±0,96	1,30±0,94	3,60±1,71	0,049
GRUPO 6	4,30±0,94	4,50±1,43	4,85±0,78	0,113

* p <0,05

TABELA 5c

Evolução dos sintomas de *stress* por grupo na Fase III

ISSL	FASE III			
Momento	1	2	3	p*
GRUPO 1	0,20±0,42	0,10±0,31	0,20±0,42	0,16
GRUPO 2	0,90±0,87	0,70±0,67	0,40±0,51	0,031
GRUPO 3	0,50±0,70	0,70±1,25	1,00±1,83	0,038
GRUPO 4	0,80±0,78	0,90±0,73	0,90±0,73	0,111
GRUPO 5	5,10±1,59	1,30±0,94	4,40±0,96	0,052
GRUPO 6	3,70±0,94	4,00±0,81	4,40±0,51	0,068

* p <0,05

TABELA 6

Evolução dos sintomas (fases) de *stress* por número de indivíduos

Fases	alerta			resistência			Quase-exaustão			exaustão		
Momento	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
GRUPO 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GRUPO 2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
GRUPO 3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
GRUPO 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GRUPO 5	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
GRUPO 6	2	0	0	1	1	1	9	6	3	2	0	0

Os resultados obtidos em relação à evolução dos quadros de *stress* apresentaram características diferentes daquelas encontradas para os sintomas de ansiedade e depressão.

Inicialmente é relevante salientar que pequena parte da amostra estudada apresentou sintomas de *stress*. Nos grupos 1 e 4, por exemplo, nenhum voluntário acusou pertencer a alguma das fases.

Na fase de alerta as diferenças significativas positivas foram observadas principalmente no grupo experimental 5. Nas fases de resistência e quase-exaustão, de acordo com o nível de significância encontrado, os grupos 2, 3 e 5 apresentaram alguma diferença, porém, quando se analisa a Tabela 6 percebe-se que o número de indivíduos em que os sintomas de *stress* foram extintos ou reduzidos é muito pequeno. Apenas o grupo 6 apresentou indivíduos na fase de exaustão, e estes evoluíram mesmo sem intervenção psicológica ou prática de atividade física.

4.3. ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Serão apresentados e discutidos os efeitos do programa em relação aos escores de depressão, ansiedade e *stress*, descrevendo e analisando, inicialmente, a evolução dos grupos experimentais (1, 2 e 5) nos 3 momentos de avaliação (BDI 1, 2 e 3; BAI 1, 2 e 3; ISSL 1, 2 e 3).

Em seguida serão analisados os grupos que não participaram da intervenção (3, 4 e 6) para, então, realizar a comparação com o grupo experimental.

Percebe-se que os efeitos da intervenção psicológica proposta foram positivos para os sintomas de depressão e ansiedade, porém, pouco observáveis para os sintomas de *stress* nos grupos experimentais, principalmente pela amostra estudada não apresentar relevante sintomatologia que permitisse a análise.

Nos grupos controle percebeu-se um aumento dos escores de depressão e ansiedade em relação ao grupo experimental, sustentando a eficácia do programa de intervenção psicológica para esses sintomas, mas percebeu-se ausência ou redução dos sintomas de *stress*.

Mesmo com um número reduzido de indivíduos que apresentaram sintomas de *stress* em alguma das fases, pode-se inferir que este resultado corrobora Landers & Arent (2001) ao defender a hipótese de que a redução desses sintomas é proporcionada de maneira mais eficaz quando aliada à prática regular de exercício físico. Para esses autores, durante a atividade física as pessoas têm a oportunidade de dar um enfoque menor aos estressores e outras preocupações presentes em suas vidas, direcionando sua atenção não só à atividade em si, mas a todo ambiente e sentimentos (positivos) a elas relacionados.

4.3.1. Efeitos do programa psicológico nos grupos fisicamente ativos e sedentários

Os efeitos do programa de intervenção psicológica foram mais perceptíveis nos grupos fisicamente ativos do que no grupo de sedentários. Os sintomas de depressão e ansiedade para o grupo de ativos atingiram os níveis máximos de sucesso para 100% dos voluntários, enquanto que para o grupo 5 grande parte dos indivíduos obteve, como escore máximo, o índice de depressão leve a moderada e metade deles o mesmo índice para ansiedade. Ou seja, uma sintomatologia branda, mas que pode, em seu conjunto de sintomas, causar certos desconfortos que prejudicam a qualidade de vida das pessoas.

Em relação à evolução dos sintomas de *stress* o grupo dos sujeitos ativos chegou à última testagem sem apresentar sintomas que os incluíam em alguma das 4 fases. A amostra de sedentários também obteve sucesso, apesar de, na última avaliação, ter apresentado dois voluntários na fase de alerta.

Os resultados encontrados entre esses subgrupos demonstraram a diferença positiva em relação ao grupo dos voluntários fisicamente ativos e, com isso, correspondendo às evidências científicas propostas por Paluska & Schwenk (2000) que comprovam os aspectos preventivos da atividade física regular como melhor do que um tratamento tradicional (farmacológico) para os sintomas de ansiedade e depressão.

De acordo com Thayer et al. (1994), de todas as técnicas comportamentais usadas para a regulação do humor, o exercício mostrou-se a mais efetiva na alteração de um mau humor, a quarta mais bem sucedida no aumento da energia e a terceira na redução da tensão. Duas metanálises, na temática do exercício físico e saúde mental, revelaram que o exercício é tão eficaz na diminuição da ansiedade (PETRUZZELLO et al., 1991) e da depressão (CRAFT & LANDERS, 1998) quanto tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos, possuindo a vantagem de ser mais saudável, econômico e ter maior adesão quando comparado a esses tratamentos. Tais indícios, juntamente com os benefícios em relação ao programa psicológico desenvolvido, estão de acordo com os resultados aqui encontrados.

4.3.2. Análise da eficácia do programa psicológico

Esta análise será realizada a partir da evolução dos sintomas entre os grupos de sedentários (5 e 6) para avaliar os efeitos do programa de intervenção psicológica sem a variável “atividade física”.

Os resultados encontrados comprovam a eficácia do programa psicológico elaborado a partir da abordagem cognitivo-comportamental, especialmente na redução dos sintomas de depressão e ansiedade. Na avaliação dos sintomas de *stress* as diferenças não foram significativas. Inclusive o grupo controle conseguiu reduzir o

número de indivíduos com sintomas na fase de quase-exaustão. Este fato pode estar relacionado com a influência do meio (supressão dos estressores) e/ou à capacidade de adaptação dos componentes do grupo.

4.3.3. Influência da presença da psicóloga na evolução dos sintomas

A análise desta seção acontecerá a partir do estudo da evolução dos sintomas testados nos grupos 3 e 4 (placebo).

Os resultados demonstraram que a presença da psicóloga no grupo placebo não influenciou a evolução dos sintomas apresentados e, conseqüentemente, o mesmo aconteceu nos grupos experimentais. Assim, o crédito pela redução ou estabilização de alguns sintomas de ansiedade, depressão e, em menor grau, de *stress* é unicamente dos efeitos da atividade física regular e/ou do programa psicológico trabalhado nos grupos experimentais.

4.3.4. Benefícios psicológicos da atividade física regular

Nesta etapa serão analisados, inicialmente, os grupos fisicamente ativos (1, 2, 3 e 4) comparando-os com os grupos de sedentários (5 e 6) no momento da primeira testagem. Logo após serão comparados os grupos 3 e 6, que não receberam intervenção psicológica ou placebo, portanto os únicos aptos a participarem desta avaliação.

Os resultados apresentados comprovam os benefícios psicológicos proporcionados pela atividade física. Verifica-se que o exercício físico regular pode aumentar quesitos importantes na área da saúde, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Os escores obtidos sobre os sintomas de depressão podem ser confirmados a partir dos estudos de Craft (2005). A redução dos sintomas associadas com os exercícios pode se justificar não só pelas suposições psicofisiológicas, mas também pelo suporte social encontrado pelo grupo no ambiente da atividade, que atuaria como um mecanismo em potencial para garantir o reforço externo procurado pelos participantes, além de proporcionar um ambiente mais seguro não só para a prática de atividades, mas para a vivência como um todo.

Outros estudos (CHEIK et al., 2003; ANTUNES et al., 2005) avaliaram os efeitos do exercício físico na depressão e ansiedade em idosos e também indicaram a redução desses escores após um programa de atividade física orientada.

Antunes et al. (2005) e Mello et al. (2005), concordam que um programa de exercícios físicos pode ser considerado uma alternativa não medicamentosa para a melhoria dos estados de humor, como uma intervenção adjunta à psicoterapia. Para Paluska & Schwenk (2000), a atividade física pode ser um importante meio preventivo e de tratamento para sintomas da saúde mental, sobretudo em idosos. Vários estudos têm comprovado o efeito ansiolítico e antidepressivo causado por bons minutos de exercícios periódicos (LANDERS, 2005, BERGER & MOLT, 2000; DUNN et al., 2001, 2005; LANE & LOVEJOY, 2001).

Para Martinsen (2005), o exercício tem mostrado ser tão eficaz quanto medicação ou psicoterapia, porém estes achados se referem a casos de depressão leve a moderada, ou na forma unipolar, que são as mais comuns. Nestes transtornos o exercício é considerado como uma alternativa ou suplemento aos tradicionais tratamentos. Porém, o presente estudo mostrou que após a participação no programa de intervenção psicológica os níveis de ansiedade e depressão dos indivíduos

sedentários praticamente se igualou àqueles fisicamente ativos que não participaram do programa psicológico, discordando de Martinsen (2005) em relação aos efeitos únicos da atividade física. Como pode ser verificado, os índices dos grupos “ativos sem intervenção” mantiveram-se estáveis durante toda a pesquisa.

Em relação aos índices de *stress* terem sido muito baixos principalmente no grupo dos participantes ativos, pode-se sugerir que a atividade física funcionaria, então, como uma estratégia de *coping* para a resolução de diferentes problemas e adaptação a estressores. A pessoa mais tranqüila e relaxada tende a conseguir novas soluções para lidar com suas demandas (BOND et al., 2002), além de ter seu foco de atenção alterado para pensamentos positivos, satisfação e melhoria nas habilidades sociais (MARR, 2006).

De acordo com Lang, Rieckmann & Baltes (2002), quanto mais rico em recursos sensórios motores, cognitivos, sociais e de personalidade for o indivíduo que envelhece, melhor é o engajamento no uso de estratégias de auto-regulação. Os resultados motores obtidos em um programa de atividade física de 3 meses, de acordo com pesquisa realizada por Alves et al. (2004), que incluiu treinamento de força, amplitude de movimentos, velocidade, equilíbrio e resistência aeróbica, foram expressivos e refletiram no aumento da auto-estima dos participantes, inferindo, também, na qualidade de vida destes. Assim, pode-se esperar o mesmo dos indivíduos que participam do grupo de Educação Física para a 3ª Idade da EEFFTO/UFGM.

4.3.5. Atividade física como suporte social

Após verificar a eficácia do programa de intervenção psicológica e a influência da atividade física na redução dos sintomas aqui estudados, cabe agora analisar se existe relação entre o tempo de participação no grupo da 3ª Idade e os benefícios psicológicos obtidos, ou seja, analisar os efeitos da atividade física enquanto suporte social. Para isto serão comparados os resultados dos grupos 1 e 2, pois ambos participaram do programa psicológico e têm como variável o tempo de participação no grupo da 3ª Idade (tempo de consolidação de um possível suporte social).

A influência do suporte social oferecido pela atividade física em grupo foi comprovada na redução dos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Mesmo este último tendo apresentado sintomas presentes nas fases II e III, na testagem final o fato não se repetiu, ocorrendo a remissão dos sintomas.

De acordo com Anderson et al. (2006), o suporte social influencia a auto-regulação através da auto-eficácia e quando obtido através de um programa de atividades físicas alcança proporções ainda maiores, pois atua num foco psicossocial. Os resultados deste suporte em idosos é mais perceptível, pois o ambiente da atividade física funciona como um local de identificação e ressignificação da vida (PALUSKA & SCHWENK, 2000).

Antonucci (apud RABELO & NERI, 2005) afirma que o suporte social tem a função de ajudar os indivíduos a enfrentar e recuperar determinadas demandas da vida. Pessoas com ampla rede social enfrentam melhor não só as enfermidades, mas os *stress* e outras experiências difíceis. Assim, os membros da rede social são capazes de promover no indivíduo a crença de competência e de capacidade de controlar seu ambiente, sua adaptação a ele e, com isso, ser bem-sucedido. Na velhice o

estabelecimento dos suportes sociais tornam-se mais úteis e necessários e as pessoas dessa faixa etária têm encontrado um importante apoio principalmente ao participarem de grupos de atividades físicas.

4.3.6. Análise geral

Pessoas com depressão apresentam menor predisposição para a prática de atividade física e são menos condicionadas fisicamente. Inversamente a isso, existe uma forte correlação entre níveis de atividade física e distúrbios na saúde mental (PALUSKA & SCHWENK, 2000). Cabe salientar a importância de se trabalhar, principalmente, os aspectos preventivos dos sintomas, ao invés de seu tratamento (VLIET et al., 2004).

Poucos estudos foram encontrados relacionando os efeitos do exercício físico nos sintomas da ansiedade. Paluska & Schwenk (2000) relacionaram em seus trabalhos que a redução dos sintomas de ansiedade tiveram a mesma eficácia de programas de relaxamento e meditação. Pode-se voltar à proposta da distração oferecida pelas atividades físicas para justificar esse benefício. Porém, os resultados terapêuticos com enfoque na ansiedade são muito mais percebidos quando realizados sob uma combinação de exercício aeróbico mais um treinamento direcionado para o controle da ansiedade (LANDERS & ARENT, 2001), da mesma maneira que aconteceu no presente trabalho.

Os índices de sintomas de *stress* não foram significativos para os grupos 1, 2, 3 e 4. Nos grupos 5 e 6 já é uma informação que merece maior atenção, principalmente pelo número de voluntários que se encontram na fase de quase-exaustão (no grupo 6).

Estes dados são mais um indício dos benefícios da prática de atividade física no controle e redução do *stress*.

Assim, de acordo com os resultados apresentados, os grupos que obtiveram os melhores resultados foram aqueles que trabalharam a atividade física regular em conjunto com um programa de intervenção psicológica, ou seja, os grupos 1 e 2. Estes grupos, de acordo com os resultados, deram continuidade à proposta trabalhada na intervenção psicológica, reduzindo ainda mais seus escores em relação à amostra total.

Esta discussão está de acordo com Bond et al. (2002) e Landers (2005) que afirmam sobre a combinação de exercícios e estratégias psicológicas como o método ideal para reduzir distúrbios no humor, bem como a manutenção e prevenção de outras demandas psicológicas. Nos estudos de Paluska et al. (2000) também ficaram evidenciados que os melhores resultados para a redução dos sintomas da depressão são obtidos através de uma intervenção conjunta da atividade física com um suporte psicológico, o que também foi verificado neste estudo.

Percebe-se, desta forma, uma busca crescente pela melhoria da qualidade de vida também nos idosos, que a cada dia têm se conscientizado mais sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis de alimentação, de realizar exercícios físicos regulares, enfim, de buscar por atividades mais significativas como forma de preservar seu bem-estar (GÁSPARI & SCHWARTZ, 2005).

Fayos Ruiz (2003) defende, a partir daí, que seja o início de uma consolidação de programas de atividade física conjugados com programas de atuação psicológica, para que o processo de envelhecimento aconteça o mais adaptativamente possível.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Apesar de a grande parte das conclusões já ter sido discutida no capítulo anterior, ainda são necessárias algumas reflexões sobre o assunto. A seguir serão apresentadas as conclusões e recomendações divididas por temas, assim como aconteceu na discussão dos resultados.

1 – Análise dos efeitos do programa de intervenção psicológica.

Os efeitos do programa de intervenção psicológica em idosos fisicamente ativos foram positivos para os escores de ansiedade, depressão e foi pouco perceptível em relação aos sintomas de *stress*. A eficácia do programa foi comprovada em todos os grupos, mas naqueles ativos fisicamente os resultados foram substancialmente melhores.

A atuação conjunta de um programa de suporte psicológico otimiza todos esses ganhos. Assim, pode-se recomendar a presença constante de um psicólogo devidamente preparado na área esportiva e/ou da saúde para auxiliar na manutenção dos programas de atividades físicas especialmente para idosos, para que seus resultados sejam ainda mais benéficos e duradouros, visto que a incidência dos sintomas aqui trabalhados é uma questão de saúde pública.

2 – Benefícios psicológicos da atividade física regular.

Estes benefícios estão de acordo com aqueles apresentados pelas referências bibliográficas. Em muitos casos a atividade física regular é capaz de trabalhar parte da

demanda para depressão, ansiedade e *stress*, seja reduzindo seus sintomas ou apenas estabilizando-os.

Assim, outra necessidade emergente refere-se à questão da ampliação de programas de atividades físicas em todo o país, permitindo um maior acesso da população aos benefícios dessa prática, que refletem diretamente na qualidade de vida de seus praticantes.

3 – Atividade física como suporte social

Os ganhos obtidos com um estilo de vida ativo em atividades em grupo transcendem os ganhos físicos e abrangem os níveis de depressão, ansiedade e *stress*, além de oferecer um importante suporte social. Ou seja, atua na tríade biopsicossocial.

Recomenda-se, ao propor uma prática mais duradoura de atividade física, que esta seja realizada em grupo. É um momento especial, ou até mesmo único, que seu praticante terá um suporte social desenvolvido de acordo com suas necessidades, obtendo dele os reforços positivos que nenhum outro meio proporciona. Os profissionais envolvidos nos programas de atividades físicas devem ser instrutores não só em relação aos ganhos físicos, mas sendo capazes de otimizar os ganhos psicossociais também.

Desta forma, pode-se observar que, com maior acesso à informação e à participação ativa em diferentes vivências, os idosos vêm tendo oportunidades, inclusive no contexto da atividade física, de ressignificar sua existência, sua aprendizagem e sua importância como cidadão.

No presente estudo foi recomendado a todos os voluntários, incluindo os sedentários, a participação contínua e regular em programas de exercícios físicos como uma forma eficaz de melhoria gradual das várias esferas da saúde. Quanto mais integradas na harmonia biopsicossocial essas pessoas estiverem, menor será o ônus que elas trarão para suas famílias, cuidadores e para os serviços de saúde. E o principal: melhor será sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? In: **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 6, n. 33, p. 322-328, 2006.

AFONSO, M. L. (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALMEIDA-FILHO, N., MARI, J., COUTINHO, E., FRANCA, J., FERNANDES, J., ANDREOLI, S. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. In: **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 9, n. 171, p. 524-529, 1997.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. In: **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 30, n. 6, p. 975-991, 1998.

ANDERSON, E., WOJCIK, J., WINETT, R. & WILLIAMS, D. Social-cognitive determinants of physical activity: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study. In: **Health Psychology**, v. 25, n. 4, p. 510-520, 2006.

ANTUNES, H. K. M., SANTOS, R. F., HEREDIA, R. A. G., BUENO, O. F. A. MELLO, M. T. Alterações cognitivas em idosos decorrentes do exercício físico sistematizado. **Revista da SOBAMA**, V. 6, P. 27-33, 2001.

ANTUNES, H., STELLA, S., et al. Escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida em idosos após um programa de exercícios aeróbios. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.4, p. 266-271, 2005.

ANTUNES, H. K. M., SANTOS, R., CASSILHAS, R., SANTOS, R., BUENO, O. & MELLO, M. T. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. In: **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 12, n. 2, p. 108-114, 2006.

BALTES, P. B. Prefácio. In: **Psicologia do Envelhecimento**, NERI, A. L. Campinas, Papirus, 1995.

BANDURA, A. A social cognitive theory of personality. In: Pervin, L. & John, O. (ED). **Handbook of Personality**, 2. ed., p. 154-196, New York: Guilford Publications, 1999.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 1990.

BECK, A., RUSH, J., SHAW, B. & EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BENTO, J. O. Da saúde, do desporto, do corpo e da vida. In: BARBANTI, V., BENTO, J., MARQUES, A. & AMADIO, A. (orgs.). **Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e qualidade de vida**. Barueri: Manole, 2002.

BERGER, B. G. & MOTL, R. W. Exercise and mood: a selective review and synthesis of research employing the profile of mood states. In: **Journal of Applied Psychology**, v. 12, p. 69-92, 2000.

_____. Physical activity and quality of life. In: SINGER, N. R., HAUSENBLAS, H. A. & JANELLE, C. M. **Handbook of Sport Psychology** (2nd. ed.). New York: John Wiley & Sons, 2001.

BERGER, B. G & McINMAN, A. Exercise and the quality of life. In: SINGER, R. et al., **Handbook of Research on Sport Psychology**, 1. ed. New York: Macmillan Publishing Company, cap. 34, p. 729-760, 1993.

BIDDLE, S. Exercise, emotions and mental health. In: HANIN, Y. (Ed.). **Emotions in Sport**. Champaign: Human Kinetics, 1999.

BOND, D., LYLE, R., TAPPE, M., SEEHAFFER, R. & D'ZURILLA, T. Moderate aerobic exercise, t'ai chi and problem-solving ability in relation to psychological stress. In: **International Journal of Stress Management**, v. 9, n. 4, p. 329-343, 2002.

BOUTCHER, S. H & LANDERS, D. M. The effects of vigorous exercise on anxiety, heart rate, and alpha activity of runners and nonrunners. In: **Psychophysiology**, v. 25, n. 6, p. 696-702, 1998.

BRANDÃO, M. **Psicofisiologia – as bases fisiológicas do comportamento**. Rio de Janeiro: Atheneu Rio, 2^a. ed., 2001.

BYRNE, G. O que ocorre com os transtornos de ansiedade na terceira idade? In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 (Supl. I), p. 74-80, 2002.

CALDER, R. **O homem e a medicina: história da arte e da ciência de curar**. São Paulo: Boa Leitura, 1970.

CÂMARA, W. S. Depressão no idoso. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Os caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: REVINTER Ltda, 1994.

CARNEIRO, R. & FALCONE, E. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. In: **Psicologia em Estudo**, v.. 9, n. 1, p. 119-126, 2004.

CARROBLES, J. A. Estrés y trastornos psicofisiológicos. In: CABALLO, V. **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos**. España: Siglo Veintiuno, v. 2, p. 407-450, 1996.

CARSPERSEN, C., POWELL, K. & CHRISTENSON, G. Physical activity, exercise and physical fitness. In: **Public Health Reports**, n. 100, v. 2, p. 126-131, 1985.

CASTELNUOVO, R. O prazer fundamental. In: **Viver Mente & Cérebro**, ano XIII, n. 148, 2005.

CASTRO, O. P. Sobre a vida: envelhecer no tempo e no espaço. In: CASTRO, O. P. (org.). **Envelhecer: um encontro inesperado? Realidade e perspectivas na trajetória do envelhecimento**. Sapucaia do Sul: Notadez, 2001.

_____. O processo grupal, a subjetividade e a resignificação da velhice. In: CASTRO, O. (org.). **Velhice: que idade é essa? Uma construção psicossocial do envelhecimento**. Porto Alegre: Síntese, 1998.

CHEIK, N., REIS, I., et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. In: **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 11, n.3, p. 45-52, 2003.

COSTELLO, E. & BORKOVEC, T.D. Distúrbio de ansiedade generalizada. In: FREEMAN, A., DATTILIO, F. M. **Compreendendo a terapia cognitiva**. Campinas: Editorial Psy, 1998.

CRAFT, L. Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. In: **Psychology of Sport and Exercise**, n. 6, p. 151-171, 2005.

CRAFT, L. L. & LANDERS, D. M. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis. In: **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 20, p. 339-357, 1998.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **Psicologia da Felicidade**. Rio de Janeiro: Saraiva: 1994.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CYARTO, E., MOORHEAD, E., & BROWN, W. Updating the evidence relating to physical activity intervention studies in older people. In: **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 7, n. 1 (supl. I), p. 30-38, 2004.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DEL PRETE, Z. & DEL PRETE A. **Psicologia das Habilidades Sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEFFENBACHER, J. Treinamento no manejo da ansiedade generalizada. In: CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**, v. 1, trad. Magali de Lourdes Pedro. São Paulo: Editora Santos, 2003.

DEPS, V. L. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. (Coleção Vivaidade). Campinas: Papirus, 1993.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**. São Paulo: Hemus, 2000, 9ª. ed. (Original publicado em 1637).

DIENER, E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. In: **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DISHMAN, R. K., FARQUHAR, R. P. & CURETON, K. J. Responses to preferred intensities of exertion in men differing in activity levels. In: **Medicine and Science in Sport and Exercise**, v. 26, n. 6, p. 783-790, 1994.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

DUGAS, M. & LADOUCEUR, R. Análise e tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. In: CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**, v. 1, trad. Magali de Lourdes Pedro. São Paulo: Editora Santos, 2003.

DUNCAN, S., DUNCAN, T. & STRYCKER, L. Sources and types of social support in youth physical activity. In: **Health Psychology**, v. 24, n. 1, p. 3-10, 2005.

DUNN, A. L., TRIVEDI, M. H. & O'NEAL, H. A. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. In: **Medicine and Science in Sport and Exercise**, v. 33, n. 6, p. 587-597, 2001.

DUNN, A. L., TRIVEDI, H. M., KAMPERT, J. B., CLARCK, C. G. & CHAMBLISS, H. O. Exercise Treatment for depression. In: **American Journal of Preventive Medicine**, v. 28, n. 1, 2005.

English Dictionary for Speakers of Portuguese. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FAVA, G. & SONINO, N. Psychosomatic medicine emerging trends and perspectives. In: **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 69, n. 4, p. 184-197, 2000.

FAYOS RUIZ, E. **Actividad Física y Hábitos Saludables en Personas Mayores**. Murcia: Gráficas Cilza, 2003.

FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. In: **American Psychologist**, v. 28, p. 857-870, 1973.

FLECK, M., LIMA, A., LOUZADA, S., SCHESTASKY, G., HENRIQUES, A., BORGES, V & CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2002.

FOULCAUT, M. **As palavras e as coisas**. Lisboa: Edições 70, 1991.

FREUD, S. O ego e o id uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos (J. Salomão, Trad.) **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud** (v. XIX, p. 15-80). Rio de Janeiro: Imago, 1976 (original publicado em 1923).

GARVIN, A. W., KOLTYN, K. F & MORGAN, W. P. Influence of acute physical activity and relaxation on state anxiety and blood lactate in untrained college males. In: **International Journal of Sports Medicine**, v. 18, p. 470-476, 1997.

GÁSPARI, J. & SCHWARTZ, G. O idoso e a resignificação emocional do lazer. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 069-076, 2005.

GRZYWACZ, J. G. & MARCKS, N. F. Social inequalities and exercise during adulthood: toward an ecological perspective. In: **Journal of Health and Social Behavior**, v. 42, n. 2, p. 202-220, 2001.

HALE, B. S. & RAGLIN, J. S. State anxiety responses to acute resistance training and step aerobic exercise across eight weeks of training. In: **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v. 42, n. 1, p. 108-112, 2002.

HAYS, R., WELLS, K., SHEBOURNE, C., ROGERS, W. & SPRITZER, K. functioning and well being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illness. In: **Archives of General Psychiatry**, v. 52, p. 11-19, 1995.

HOCKENBURY, D. & HOCKENBURY, S. **Descobrimos a Psicologia**. Barueri: Manole, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/cidades>
Acessado em 20/11/2005.

KALACHE, A. Prefácio. In: CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Postgraduate, 1999.

KRAWCZYNSKI, M. & OLSZEWSKI, H. Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. In: **Psychology of Sport and Exercise**, n. 1, p.57-63, 2000.

LANDERS, D. Exercise relative to other treatments for reduction of anxiety/depression: overcoming the principle of least effort. In: **Anais: International Society of Sport Psychology**, Sidney, 2005.

LANDERS, D. & ARENT, S. Physical activity and mental health. In: SINGER, N. R., HAUSENBLAS, H. A. & JANELLE, C. M. **Handbook of Sport Psychology** (2nd. ed.). New York: John Wiley & Sons, 2001.

LANE, A. M. & LOVEJOY, D. J. The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. In: **Journal of Sports of Medicine and Physical Fitness**, v. 41, p. 539-545, 2001.

LANG, A. & CRASKE, M. Pânico e Fobia. In: WHITE, J., FREEMAN, A. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos para populações e problemas específicos**. Trad. Mônica Armando. São Paulo: Roca, 2003.

LANG, F., RIECKMANN, N. & BALTES, M. Adapting to aging losses: do resources facilitate strategies of selection, compensation and optimization in everyday functioning? In: **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 57B, n. 6, p. 501-509, 2002.

LAZARUS, R. S. & LAZARUS, B.N., **Passion and Reason**. New York: Oxford U. Press, 1994.

_____. **Stress and emotion: A new synthesis**. New York: Springer, 1999.

LEBRÃO, M., LAURENTI, R. Condições de saúde. In: **SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LIMA, C. Depressão. In: ABREU, C., ROSO, M. et al. **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIPP, M. E. N. **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos** (3 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, M. E. N. (org.). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress. Teoria e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. & MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, p. 475-490, 2001.

MALAGRIS, L. E. N. Transtornos do *stress* agudo e pós-traumático. In: LIPP, M. (org.). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress. Teoria e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MANTHORPE, J. & ILLIFFE, S. Anxiety and Depression. In: **Nursing Older People**, v. 18, n. 1, p. 25-30, 2006.

MARR, A. Relaxation and muscular tension: a biobehavioristic explanation. In: **International Journal of Stress Management**, v. 13, n. 2, p. 131-153, 2006.

MARTINSEN, E. Exercise and depression. In: **International Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 4, p. 469-483, 2005.

MATSUDO, S., MATSUDO, V., ANDRADE, D., ARAÚJO, T., PRATT, M. Evaluation of a physical activity promotion program: the example of Agita São Paulo. In: **Evaluation and Program Planning**, n. 29, p. 301-311, 2006.

MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; BARROS NETO, T. & ARAÚJO, T. Evolução do perfil neuromotor e da capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. In: **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, n. 6, 2003.

MATSUDO, V. Agita São Paulo. Disponível em: www.agitasp.com.br

Acessado em 20/01/2006.

McMULLIN, R. **Manual de técnicas em terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MEDEIROS, P. F., BERNARDES, A. G., GUARESCHI, N. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 263-269, set./dez., 2005.

MEICHENBAUM, D. **Cognitive-behavior modification: an integrative approach**. New York: Plenum, 1977.

MELLO, M. T., BOSCOLO, R. A., ESTEVES, A. M. & TUFIK, S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. In: **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 3, 2005.

MOTA, J. Envelhecimento e exercício – Atividade física e qualidade de vida na população idosa. In: BARBANTI, V., BENTO, J., MARQUES, A. & AMADIO, A. (orgs.). **Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e qualidade de vida**. Barueri: Manole, 2002.

MYNAIO, M. C., HARTZ, Z. M., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NEMEROFF, C. & OWENS, M. Treatment of mood disorders. In: **Nature Neuroscience Supplement**, v. 5, 2002.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: DELITTI, M. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: ARBytes, 1997.

_____. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. (Coleção Vivacidade). Campinas: Papirus, 1993.

_____. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E., PY, L., CANÇADO, F., GORZONI, M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NORELL, N. & BELLES, D. Psychological and physical benefits of circuit weight training in law enforcement personnel. In: **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 6, n. 3, p. 520-527, 1993.

Organização Mundial da Saúde. **Ficha técnica - Depressão**. Disponível no http://www.who.int/mental_health/management/depression
Acesso em 12/03/2006.

Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

OSIECKI, R. et al. Efeitos de um programa de exercícios físicos em sujeitos hipertensos negros e brancos. In: **Journal Brasileiro de Medicina**, v. 77, n. 2, p. 12-23, 1999.

PAFFENBARGER et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. In: **New England Journal of Medicine**, n. 328, p. 538-545, 1993.

PALUSKA, S. & SCHWENK, T. Physical activity and mental health. In: **Sports Medicine**, v.29, n. 3, p. 167-180, 2000.

PEREIRA, C. A., ENGELMANN, A. Um estudo da qualidade de vida universitária no trabalho entre docentes da UFRJ. In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 3/4, p. 12-48, 1994.

PEREIRA, C. A. Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo, In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 32-48, 1998.

PETRUZZELLO, S. J., HALL, E. E. & EKKEKAKIS, P. Regional brain activation as a biological marker of affective responsivity to acute exercise: influence of fitness. In: **Psychophysiology**, v. 38, p. 99-106, 2001.

PETRUZZELLO, S. J. et al. A meta analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise: outcomes and mechanisms. In: **Sports Medicine**, v. 11, n. 3, p. 143-182, 1991.

PIRES, E. A., DUARTE, M. F., PIRES, M. C. & SOUZA, G. S. Hábitos de atividade física e o stress em adolescentes de Florianópolis – SC, Brasil. In: **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, 2004.

PITANGA, F. J. Informações em saúde para proposta de políticas públicas de promoção de atividades físicas na região nordeste do Brasil. In: **Revista Baiana de Educação Física**, v.1, n. 3, p. 48-53, 2000.

_____. Epidemiologia, atividade física e saúde. In: **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002.

RABELO, D. & NERI, A. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. In: **Psicologia em Estudo**. V. 10, n. 3, p. 403-412, 2005.

RAMOS, D. **A psiquê do corpo: uma compreensão simbólica do corpo**. São Paulo, Summus, 1994.

RANGÉ, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos**. São Paulo: Editorial Psy, 1998.

REED, J. & ONES, D. The effect of acute aerobic exercise on positive activated affect: a meta-analysis. In: **Psychology of Sport and Exercise**, v.7, p. 477-514, 2006.

REIS, J. & FRADIQUE, F. Significações leigas de saúde e de doença em adultos. In: **Análise Psicológica**, v. 3, n. XXIII, p. 475-485, 2004.

RICHMAN, L., KUBZANSKY, L., MASELKO, J., KAWACHI, I., CHOO, P. & BAUER, M. Positive emotion and health: going beyond the negative. In: **Health Psychology**, v. 24, n. 4, p. 422-429, 2005.

RODRIGUES, N. & RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E., PY, L., CANÇADO, F., GORZONI, M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROSA, L. F. P. & VAISBERG, M. W. Influências do exercício na resposta imune. In: **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 8, n. 4, p. 167-172, 2002.

RUBIO, J. & ANZANO, S. Aproximación Conceptual a las Habilidades Sociales. In: Gil, F. E. & Rubio, J. **Habilidades Sociales, Teoría, Investigación e Intervención** (p. 13-23). Madri: Editorial Síntesis, 1998.

RUSHEL, A. E. O velho: estranho sujeito no espelho. In: CASTRO, O. P. (org.). **Envelhecer: um encontro inesperado? Realidade e perspectivas na trajetória do envelhecimento**. Sapucaia do Sul: Notadez, 2001.

SALDAÑA, M., DEL PRETE, Z. & DEL PRETE, A. A importância da teoria da aprendizagem social na constituição da área do treinamento de habilidades sociais. In: GUILHARDI, H., MADI, M., QUEIROZ, P & SCOZ. M. (Orgs.). **Comportamento e Cognição: contribuições para construção da teoria do comportamento** (p.269-283). Santo André: ESETec, 2002.

SAMULSKI, D., CHAGAS, M., NITSCH, J. **Stress**. Belo Horizonte: Costa & Cupertino Ltda., 1996

SAMULSKI, D. **Psicologia do Esporte**. Barueri: Manole, 2002.

SANTOS, S. Desenvolvimento motor ao longo da vida. In: BARBANTI, V., BENTO, J., MARQUES, A. & AMADIO, A. (orgs.). **Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e qualidade de vida**. Barueri: Manole, 2002.

SCHATZBERG, A. **Fundamentos da Psicofarmacologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SCHINOHARA, H. & NARDI, A. Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: RANGÉ, B. (org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, p. 217-229, 2001.

SCHULTZ, D. & SCHULTZ, S. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cultrix, 1998.

SHEPHARD, R. J. Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-response context. In: **Medicine and Science in Sport and Exercise**, v. 33, n. 6, p. 400-418, 2001.

_____. Importance of sport and exercise to quality of life and longevity. In: MOSTOFSKY, D. & ZAICHKOWSKY, L. (org.). **Medical and Psychological aspects of sports and exercise**. Morgantown: Fitness Information Technology, 2002.

SILVA, I. & GÜNTHER, I. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 031-040, 2000

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1985

SNOWDON, J. Qual a prevalência de depressão na terceira idade? In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 (Supl. I), p. 42-47, 2002.

STAWSKI, R., SLIWINSKI, M., & SMYTH, J. Stress-related cognitive interference predicts cognitive function in old age. In: **Psychology and Aging**, v. 21, n. 3, p. 535-544, 2006.

STEWART, K. J., TURNER, K. L., BACHER, A. C. DEREGIS. J. R. SUNG, J., TAYBACK, M. & OUYANG, P. Are fitness, activity, and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons? In: **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v. 23, n. 2, p. 115-121, 2003.

STOPPE JR., A. Características clínicas da depressão em idosos. In: FORLENZA, V. & ALMEIDA, O. (org.). **Depressão e demência no idoso – tratamento psicológico e farmacológico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

THAYER, R., NEWMAN, R. & McCLAIN, T. self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. In: **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 67, n. 5, p. 910-925, 1994.

The American Heritage Dictionary. Second College Edition. Boston: Houghton Mifflin Company, 1976.

THOMPSON, L., POWERS, D., COON, D., TAKAGI, K., McKIBBIN, C. & GALLAGHER-THOMPSON, D. Terceira Idade. In: WHITE, J., FREEMAN, A. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos para populações e problemas específicos**. Trad. Mônica Armando. São Paulo: Roca, 2003.

TITZE, S., MARTIN, B., SEILER, R., STRONEGGER, W. & MARTI, B. Effects of a lifestyle physical activity intervention on stages of change and energy expenditure in sedentary employees. In: **Psychology of Sport and Exercise**, v. 2, p. 103-116, 2001.

TRENTINI, C., XAVIER, F., CHACHAMOVICH, E., ROCHA, N., HIRAKATA, V. & FLECK, M. A influência dos sintomas somáticos no desempenho dos idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n2, p. 119-123, 2005.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and health: a report of the surgeon general**. Atlanta: Centers for Disease and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VAZ, R. & NODIN, N. a importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. In: **Análise Psicológica**, v. 3, n. XXIII, p. 329-339, 2005.

VLIET, P., AUWEELE, Y., KNAPEN, J., RZEWNICKI, R., ONGHENA, P. & COPPENOLLE, H. The effect of fitness training on clinically depressed patients: an intra-individual approach. In: **Psychology of Sport and Exercise**, v. 5, p. 153-167, 2004.

WEINBERG, R. & GOULD, D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**. Trad. Maria Cristina Monteiro. – 2ed. – Porto Alegre: Artmed, 2001.

WEINECK, J. **Atividade Física e esporte: para quê?** Barueri: Manole, 2003.

WHITE, J. Depressão. In: WHITE, J., FREEMAN, A. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos para populações e problemas específicos**. Trad. Mônica Armando. São Paulo: Roca, 2003.

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. **Depression: the painful truth**. Disponível em: <http://www.wfmh.org/PainfulTruthsurvey.htm>
Acessado em 23/09/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

WOODMAN, T. & HARDY, L. Stress and Anxiety. In: SINGER, R, HAUSENBLAS, H., CHRISTOPHER, J. **Handbook of Sport Psychology**. New York: John Wiley & Sons Inc., 2001

ANEXO 1**UFMG****Universidade Federal de Minas Gerais**
*Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP***Parecer nº. ETIC 029/07****Interessado(a): Prof. Dietmar Samulski**
Departamento de Esportes
EEFFTO-UFMG**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de abril de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Análise dos efeitos de um programa de intervenção psicológica nos índices de stress, ansiedade e depressão em idosos fisicamente ativos"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP-UFMG

ANEXO 2**Questionário de Identificação**

NOME: _____ **Telefone:** _____

Tempo de participação no grupo da Terceira Idade da UFMG:

- () menos de 3 meses
- () 6 meses a 1 ano
- () até 5 anos
- () mais de 5 anos

Quem mora na mesma casa que você?

- () companheiro(a), () filhos, () outros familiares, () mora sozinha(o)

Participa de algum programa de Psicologia (terapia, grupo de auto-ajuda, etc.)?

- () SIM
- () NÃO

Por quantos anos estudou?

- () nunca estudou () menos de 6 anos () 6 anos ou mais

Participa de alguma outra atividade além do grupo da Terceira Idade da UFMG?

- () SIM. Qual (Quais)? _____
- () NÃO

Obrigada pela sua participação!

ANEXO 3



Data: _____

Nome: _____ Estado/Cidade: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 24 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1 = Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste em minha vida que não consigo suportar. 2 = Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tendo a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. 3 = Não me sinto tão fraco(a). 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. 4 = Tenho tanta pena de mim mesmo(a) quanto antes. 1 Não sinto mais pena de mim mesmo(a) como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. 5 = Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado em muitas parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado. 6 = Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que sou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido. 7 = Não me sinto desapercibido ninguém nenhum. 1 Estou desapercibido consigo mesmo. 2 Estou esquecido de mim. 3 Eu me esqueço.	8 = Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por coisas feitas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. 9 = Não tenho quaisquer ideias de me matar. 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade. 10 = Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumo ir sem saber de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira. 11 = Não me sinto irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar. 12 = Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi tudo o interesse pelas outras pessoas. 13 = Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Acho as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
--	--

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

*Tradução e adaptação por permission do The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Diana T. Beck.
 Tradução para a língua portuguesa: Direitos reservados ©1993 a August T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação revisadas: 2001, Curso de Psicologia, UFRJ e Instituto Lida.
 BEE e seu logotipo de Psychological Corporation.

14 = Não acho que de qualquer modo posso perder do que antes. 1 Estou preocupado em estar passando muito ou sou muito ansioso. 2 Acho que há instabilidade permanente na minha aparência, que me fazes parecer um animal. 3 Acredito que posso falir. 15 = Não consigo trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho. 16 = Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não consigo tão bem como costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir. 17 = Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Tenho cansado demais para fazer qualquer coisa. 18 = O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite.	19 = Não tenho perdido muito peso se é que perdi alguma restrição. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, (resposta correta: Sim_____, Não_____) 20 = Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indigestão, do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar na outra coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos, que não consigo pensar em qualquer outra coisa. 21 = Não sinto qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.
--	--

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 3

_____ Score Total



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não ou pouco incomodado	Moderadamente Por muito tempo dificilmente pode resistir	Gravemente Dificilmente pode resistir
1. Dormência ou formigamentos.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Aquecimento no rosto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aquecentado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Tênisso.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Aquecido.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de dormência.				
20. Rosto avermelhado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

*Tradução e adaptação por permission da The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados © 1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados © 1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira: 2001, Casa da Psicologia® Livros e Editora Ltda. BAI é um registro da Psychological Corporation.

ISSL

FASE I - ASSINALE OS SINTOMAS QUE VOCÊ TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS:

- 1- Mãos e pés frios
- 2- Boca seca
- 3- Nó ou dor no estômago
- 4- Aumento da sudorese (muito suor)
- 5- Tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros)
- 6- Aperto na mandíbula/ranger de dentes ou roer unhas ou ponta de caneta
- 7- Diarréia passageira
- 8- Insônia, dificuldade de dormir
- 9- Taquicardia (batimentos acelerados do coração)
- 10- Respiração ofegante, entrecortada
- 11- Hipertensão súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira)
- 12- Mudança de apetite (comer bastante/ter falta de apetite)
- 13- Aumento súbito de motivação
- 14- Entusiasmo súbito
- 15- Vontade súbita de iniciar novos projetos

FASE II - ASSINALE OS SINTOMAS QUE VOCÊ TEM APRESENTADO NO ÚLTIMO MÊS:

- 1- Problemas com a memória, esquecimento.
- 2- Mal-estar generalizado, sem causa específica.
- 3- Formigamento nas extremidades (pés ou mãos)
- 4- Sensação de desgaste físico constante
- 5- Mudança de apetite.
- 6- Aparecimento de problemas dermatológicos (pele)
- 7- Hipertensão arterial (pressão alta)
- 8- Cansaço constante
- 9- Aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)
- 10- Tontura, sensação de estar flutuando
- 11- Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa.
- 12- Dúvidas quanto à si próprio
- 13- Pensamento constante sobre um só assunto
- 14- Irritabilidade excessiva
- 15- Diminuição da libido (desejo sexual)

FASE III - ASSINALE OS SINTOMAS QUE VOCÊ TEM APRESENTADO NOS ÚLTIMOS TRÊS MÊSES:

- 1- Diarréia freqüente.
- 2- Dificuldades sexuais
- 3- Formigamento nas extremidades (mãos e pés)
- 4- Insônia
- 5- Tiques nervosos
- 6- Hipertensão arterial continuada
- 7- Problemas dermatológicos continuados (pele)
- 8- Mudança extrema de apetite
- 9- Taquicardia (batimentos acelerados do coração)
- 10- Tontura freqüente
- 11- Úlcera
- 12- Infarto
- 13- Impossibilidade de trabalhar
- 14- Pesadelos
- 15- Sensação de incompetência em todas as áreas
- 16- Vontade de fugir de tudo
- 17- Apatia, vontade de fazer nada, depressão ou raiva prolongada.
- 18- Cansaço excessivo
- 19- Pensamento/fala constante sobre um mesmo assunto
- 20- Irritabilidade sem causa aparente
- 21- Angústia ou ansiedade diária
- 22- Hipersensibilidade emotiva
- 23- Perda do senso de humor

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE RESULTADOS

Declaramos para os devidos fins que todos os resultados do estudo intitulado **“ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS ÍNDICES DE STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS”** tornar-se-ão públicos, independentes de serem favoráveis ou não, porque a veracidade das informações deverá estar acima de quaisquer interesses.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2006

Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski
Orientador

Liliane Peixoto Amparo
Mestranda em Treinamento Esportivo

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que todos os dados coletados no estudo intitulado **“ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS ÍNDICES DE STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS”** serão destinados exclusivamente à pesquisa científica, preservando a identidade dos voluntários.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2006.

Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski
Orientador

Liliane Peixoto Amparo
Mestranda em Treinamento Esportivo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu entendi qual é a importância de minha participação neste estudo a partir do contato que tive com os pesquisadores envolvidos. Eu li e compreendi todos os procedimentos que envolvem esta pesquisa, bem como os seus objetivos e tive tempo suficiente para considerar a minha participação no estudo. Eu perguntei e obtive as respostas para todas as minhas dúvidas. Eu sei que posso me recusar a participar deste estudo, ou que posso abandoná-lo a qualquer momento sem qualquer tipo de constrangimento. Eu também compreendo que os pesquisadores podem decidir a minha exclusão do estudo por razões científicas, sobre as quais eu deverei ser devidamente informado. Tenho uma cópia deste formulário, o qual foi assinado em duas vias idênticas e rubricado.

Portanto, aqui forneço o meu consentimento para participar do estudo intitulado **“ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS ÍNDICES DE STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS”**.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do voluntário: _____

Declaro que expliquei os objetivos deste estudo ao voluntário, dentro dos limites de meus conhecimentos científicos.

Liliane Peixoto Amparo
Mestranda em Treinamento Esportivo
Pesquisadora responsável