

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Departamento de Educação e Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica

1º: Efeitos do Exercício Físico na Saúde Mental
Autoestima, Ansiedade, Depressão e Stress

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Discente: Bárbara Pinto Cunha, n.º 55028
Sob orientação de: Professor Catedrático José Jacinto Vasconcelos Raposo



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Departamento de Educação e Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica

1º estudo: Efeitos do Exercício Físico na Saúde Mental
Autoestima, Ansiedade, Depressão e Stress

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Discente: Bárbara Pinto Cunha, n.º 55028
Sob orientação de: Professor Catedrático José Jacinto Vasconcelos Raposo

Composição do Júri:

Doutor José Jacinto Branco Vasconcelos Raposo

Doutora Ana Catarina Pires Pinheiro da Mota

Doutor Nuno José Corte-Real

Vila Real, 2019

Agradecimentos

No final de uma etapa tão saliente em termos académicos e pessoais, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a elaboração deste trabalho.

Quero começar por agradecer ao meu orientador José Vasconcelos-Raposo pelas oportunidades de aprendizagem, pelo esclarecimento das dúvidas e pela autonomia que me foi proporcionada, ampliando o meu interesse pela procura de conhecimento e cuja consequência positiva é um crescimento no domínio do saber, obrigada ainda pelo seu apoio e disponibilidade constante, assim como pelas palavras de encorajamento nos momentos mais complicados.

Aos meus pais, o meu sincero obrigado por me terem permitido viver esta experiência e pelo apoio e carinho manifestados ao longo desta caminhada.

À minha irmã e à Sofia pela partilha de experiências e por toda a ajuda proporcionada. Por acreditarem sempre em mim, por serem uma fonte de inspiração.

Ao John por toda a compreensão, apoio, respeito e dedicação. Por ser alguém que dá asas aos meus sonhos e por conseguir ter paciência para aguentar a pressão com que me vi envolvida. Mas acima de tudo, por ser o meu porto seguro, fazendo-me acreditar que o amanhã será sempre um dia melhor.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, pela constante companhia e pela força nos momentos de desânimo, pelo apoio, dedicação e sinceridade que me proporcionaram.

Aos meus colegas de curso que ao longo desde 5 anos me proporcionaram um percurso académico inesquecível, levar-vos-ei a todos para sempre no meu coração.

Índice

| | |
|------------------------------------|----|
| I. Resumo..... | 5 |
| II. Abstract..... | 6 |
| 1. Introdução..... | 7 |
| 1.1 Autoestima..... | 12 |
| 1.2 Depressão..... | 14 |
| 1.3 Ansiedade..... | 18 |
| 1.4 Stress..... | 20 |
| 2. Metodologia..... | 22 |
| 3. Amostra..... | 23 |
| 4. Instrumentos..... | 23 |
| 5. Procedimentos..... | 24 |
| 6. Resultados..... | 25 |
| 7. Discussão de Resultados..... | 34 |
| 8. Referências Bibliográficas..... | 39 |
| 9. Anexos..... | 46 |

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo aferir o impacto do exercício físico na saúde mental, nos domínios da autoestima, ansiedade, stress e depressão. As variáveis dependentes utilizadas foram a ansiedade, o stress e a depressão, as co-variáveis, a autoestima e a idade, por fim, como variáveis independentes foram definidas o sexo, o já ter sido ou não diagnosticado com depressão e/ou ansiedade, o consumo de fármacos e o exercício físico. A amostra foi composta por 183 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala Autoestima de Rosenberg e a Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Os resultados deste estudo confirmaram a evidência empírica extraída do estado da arte acerca dos efeitos benéficos do exercício físico sobre os níveis de stress e depressão. Visto que, tal como a física, a saúde mental é essencial, este estudo mostrou-se relevante enquanto mais um contributo para o alargamento de conhecimento neste domínio do saber.

Palavras-Chave: Exercício Físico, Saúde Mental, Autoestima, Ansiedade, Depressão, Stress.

Abstract

The main objective of this study was to assess the impact of physical exercise on mental health regarding the areas of self-esteem, anxiety, stress and depression. The dependent variables used were anxiety, stress and depression; the covariables were self-esteem, and age. Finally, the independent variables were having already or not been diagnosed with depression or anxiety, drug use and exercise. The sample consisted of 183 individuals, aged between 18 and 60 years. The instruments used were the Rosenberg Self-esteem Scale and the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The results of this study did confirm the empirical evidence found in the state of the art on the beneficial effects of physical exercise on levels of stress and depression. Such as physical health, mental health are essential, so this study was relevant as a further contribution to the expansion of knowledge in this field.

Keywords: Exercise, Mental Health, Self-esteem, Anxiety, Depression, Stress

1. Introdução

Reconhecidos desde os primórdios da medicina, atualmente, os benefícios do exercício físico para a saúde são cada vez mais evidentes. Não apenas benéfico para a saúde física, como também para a saúde mental. Nas últimas décadas, vários estudos se debruçaram sobre os efeitos do exercício físico na redução dos sintomas de perturbações como a depressão e a ansiedade e os resultados têm corroborado a importância do cultivo de uma mente saudável num corpo são. Mesmo assim, ainda é parca a investigação neste âmbito perante o elevado potencial do exercício físico no tratamento de perturbações mentais, deixando, assim, por percorrer um vasto caminho rumo à produção de mais conhecimento. Adicionalmente, a possibilidade de implementação de programas terapêuticos de exercício quer para a depressão, quer para a ansiedade ainda se mostra um desafio. Ao encontro destas evidências, e seguindo a mesma senda o presente estudo procura então perceber se o exercício físico influencia ou não a saúde mental, tendo em conta como exercício físico qualquer atividade que mantém ou aumenta a aptidão física diferenciando, deste modo, a atividade física, uma vez que a atividade física apenas implica um movimento produzido pelos músculos que nos causam um gasto energético maior do que teríamos em repouso Buckworth et al., (2013).

Desde os tempos mais remotos que filósofos e médicos vêm reconhecendo a ligação entre a saúde mental e o exercício físico (Buckworth, Dishman, Connor, & Tomporowski, 2013). Há registo de que a relação entre o exercício físico e o bem-estar psicológico remonta, pelo menos, tão cedo quanto à Antiguidade Clássica. No século IV a. C., já o visionário Heródico de Selímbría, médico grego muito à frente do seu tempo, praticou a medicina de ginástica, a qual correspondia a um dos ramos da medicina grega antiga alicerçados no exercício físico (Buckworth et al., 2013). Este médico baseava as

suas terapias no exercício vigoroso. Mais tarde, também o pai da medicina moderna, Hipócrates, depois de inicialmente criticar o seu mestre, viria a acabar por reconhecer o potencial do exercício físico no tratamento de doenças, quer físicas, quer mentais (Buckworth et al., 2013).

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do número de sujeitos com doenças mentais (Teixeira, Vasconcelos-Raposo, Fernandes, & Brustad, 2013). A literatura evidencia uma forte relação entre o exercício físico e a depressão, a ansiedade e o stress, mostrando que indivíduos fisicamente mais ativos apresentam menor incidência nestas patologias (Teixeira et al., 2013). Além disso, no tratamento da saúde mental, o exercício físico acarreta efeitos terapêuticos, devendo, por isso, ser uma das principais áreas de foco para a prevenção e o tratamento de doenças do foco psicológico (Teixeira et al., 2013). Verifica-se evidência consistente de que o exercício físico contribui, ativamente, para um melhor funcionamento cognitivo (Landers & Arent, 2007), além de que aprimora a função cognitiva dos adultos mais velhos (Organização Mundial de Saúde, 2011). Metaanálises recentes mostraram que a magnitude desse efeito é entre pequena a moderada (Landers & Arent, 2007). Vários estudos experimentais e longitudinais sugerem, inclusivamente que quanto mais cedo é praticado o exercício melhor será, mais tarde, o funcionamento cognitivo (Landers & Arent, 2007).

Enquanto parte de um estilo de vida saudável, o exercício físico tende a melhorar a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e a elevar a autoestima, o que concorre para a redução dos níveis de depressão, ansiedade e stress (Teixeira et al., 2013). Pode, ainda, repercutir potentes efeitos na saúde mental. Muito embora a defesa de que o exercício físico deva ser aconselhado na prevenção e no tratamento das perturbações mentais esteja a ganhar terreno, ainda coexistem visões conflituantes

acerca da relação entre o exercício físico e a saúde mental (Buckworth et al., 2013). De acordo com Buckworth et al., (2013) a controvérsia relativamente à consistência da base científica do papel desempenhado pelo exercício na saúde mental depreende-se, desde logo, da omissão de qualquer referência à atividade ou exercício físico nas diretrizes da American Psychiatric Association (APA), de 2000 – *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (revision)*. Uma década mais tarde, porém, a terceira edição das diretrizes da APA, publicada em 2010, já se mostra apologista do exercício, aeróbico e de resistência, enquanto componente plausível no tratamento da perturbação depressiva maior, bem como enquanto tratamento inicial primário para a distímia (American Psychiatric Association, 2010; Buckworth et al., 2013).

Prevalece, em todo o caso, evidência empírica de que a saúde mental do indivíduo depende também de este ser fisicamente ativo. Atualmente, está, na verdade, a tornar-se progressivamente mais manifesto que o exercício não se revela benéfico apenas para a saúde física, mas também para a saúde mental, sendo cada vez mais comum ler-se em revistas e boletins de saúde que a prática adequada de exercício físico se reveste da capacidade de atenuar sintomas de ansiedade e depressão, além de promover um melhor funcionamento mental ao longo da idade (Landers & Arent, 2007). O estado da arte aponta que o exercício regular e moderado acarreta benefícios para a saúde física, psicológica e social, podendo contribuir de forma significativa para o bem-estar geral do sujeito, em todas as idades (Cid, Silva, & Alves, 2007).

Ao longo dos anos, o exercício físico tem sido utilizado não apenas como instrumento na promoção da saúde, mas também na reabilitação de diversas patologias (Macedo et al., 2012). Vários estudos demonstraram ainda que a saúde mental se relaciona com a prática regular de exercício físico, reduzindo sintomas de depressão,

stress e ansiedade, ao passo que a inatividade física e um estilo de vida sedentário estão associados a fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de problemas físicos ou mentais (Assunção, Cordás, & Araújo, 2002; Vasconcelos-Raposo, 2011).

O exercício físico reveste-se de um grande potencial para melhorar o bem-estar do ser humano. Uma caminhada intensa de 10 minutos, por exemplo, tem o poder de melhorar a agilidade mental, os níveis de energia e o estado de humor (Buckworth et al., 2013). Se regular, a prática de exercício físico é ainda passível de aumentar a autoestima, de reduzir o stress e a ansiedade, de prevenir problemas de saúde mental e, por conseguinte, de melhorar a qualidade de vida em geral. O risco de depressão e demência, por exemplo, é cerca de 20 a 30% menor em adultos praticantes de atividade física regular (Buckworth et al., 2013). É possível melhorar a saúde mental com o exercício aeróbio, que aumenta a atividade pulmonar e cardiovascular. Quando praticado regularmente, este tipo de exercício pode resultar como antidepressivo e ansiolítico, protegendo o organismo dos efeitos prejudiciais do stress na saúde física e mental (Araújo, Mello, & Leite, 2007).

Silva (1999) mostrou que o exercício físico realizado com uma certa intensidade e em condições aeróbicas induz o organismo a segregar potentes substâncias proteicas com as propriedades da morfina – endorfinas –, induzindo, deste modo, um estado de autointoxicação saudável. Ao produzir estas substâncias, que estão envolvidas diretamente na diminuição de sensações dolorosas, o exercício físico pode reduzir de uma forma considerável as sensações de angústia e de depressão, influenciando o humor, elevando-o, sendo também responsável pela diminuição de estados de stress. O exercício físico tem sido utilizado não apenas como instrumento de promoção da saúde, mas também de reabilitação de patologias, o que vem sendo comprovado através de várias evidências científicas (Macedo et al., 2012). As pessoas com doenças mentais

graves são, grande parte das vezes, diagnosticadas com doenças crónicas e, como tal, o exercício físico reduz o risco de mortalidade prematura, melhora ou previne muitos problemas de saúde crónicos, melhora a qualidade de vida e reduz os sintomas de ansiedade e depressão (Zechner & Gill, 2016).

Além de melhorar a saúde e de prevenir certas doenças, de acordo com dados emanados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), ser-se fisicamente ativo ajuda a resistir melhor ao stress, a preservar as funções cognitivas, a melhorar a autoestima e a autoimagem, a diminuir o risco de depressão e de demência e, ainda, a aumentar a sensação de bem-estar e otimismo. Os laços sociais são também afetados positivamente, potenciando a prática física e interações entre os sujeitos (Ferreira, 2010). Nas *Recomendações Globais para a Atividade Física* da OMS (2011), é preconizado que o exercício regular resulta na redução do risco de depressão; na diminuição de sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes, assim como na melhoria dos sintomas de depressão em adultos e em adultos mais velhos enquanto resultado da prática adequada de exercício regular. A revisão da literatura evidencia ainda que o exercício físico regular reduz eficazmente os quadros clínicos de ansiedade e depressão, havendo um aumento ao nível da autoestima, permitindo uma sensação de bem-estar subjetivo, menores níveis de stress, um menor nível de ansiedade subjetiva e noradrenalina em sujeitos que se encontravam em boa forma física (Martins, Pacheco, & Jesús, 2009).

De acordo com Vasconcelos-Raposo (2011) o exercício repercute efeitos gerais sobre a saúde que vão para lá do controlo de peso, e inúmeros benefícios do exercício – já há mais de duas décadas objeto de investigação recorrente. O envolvimento e a retenção de pessoas com uma doença mental grave em programas de exercícios continua a representar um grande desafio (Mueser & Cook, 2015), no âmbito não só da

sua implementação prática (Asmundson et al., 2013), como, desde logo, no da construção de mais conhecimento válido sobre o tema (Vasconcelos-Raposo, 2011, p.3) escreve que “Estudos sobre a dosagem do exercício físico e os seus efeitos são aqueles que faltam e são urgentes para a formação dos prestadores de cuidados médicos”. Como tal, o presente estudo pretende elucidar acerca desta questão empírica, isto é, o papel do exercício físico na saúde mental, nomeadamente, na autoestima, ansiedade, depressão e stress. De seguida, são descritos os principais efeitos do exercício físico nestes domínios, assim como algumas estratégias adotadas para o aumento da autoestima e para a diminuição dos outros sintomas e os principais instrumentos utilizados em cada domínio.

1.1 Autoestima

Cada vez mais, a sociedade manifesta maiores preocupações em manter um estilo de vida saudável, o que passa pelos cuidados com a alimentação, pela prática de exercício físico, tentando melhorar a autoimagem e o bem-estar, aumentando, deste modo, a autoestima. Todavia, na tentativa de corresponder aos ideais estéticos emanados pela cultura em que se integram, com vista a elevar a autoestima associada à imagem corporal, os indivíduos recorrem, por vezes, a dietas inadequadas, ao exercício físico exagerado, ao uso impróprio de diuréticos e de laxantes, entre outros comportamentos prejudiciais à saúde (Alves, Pinto, Alves, Mota, & Leirós, 2009).

A autoestima pode ser definida como um indicador do bem-estar mental e um mediador do comportamento humano, sendo considerada produto da personalidade do indivíduo ou associada a alguns dos seus traços (Anastácio & Carvalho, 2006). Segundo Oliveira (2010), a autoestima é referida como uma perceção avaliativa que o indivíduo faz de si próprio, ou seja, sentimentos que detém dele mesmo, englobando ideias que podem ser positivas ou negativas, associadas e reveladas em determinados momentos

sociais e emocionais. É de grande relevância o desenvolvimento da autoestima, uma vez que se acredita que os indivíduos que possuem uma autoconfiança elevada e uma visão mais positiva de si próprios detêm uma maior capacidade de aumentar a sua autoeficácia, bem como de resistir às pressões de grupo para comportamentos de risco (Anastácio & Carvalho, 2006).

Uma das formas privilegiadas para promover níveis de autoestima saudáveis é o exercício físico, Knapen et al. (2005) comparam as mudanças no autoconceito físico, na autoestima global, na depressão e na ansiedade após dois diferentes programas de terapia psicomotora em pacientes psiquiátricos internados não psicóticos. Os dois programas de terapia psicomotora corresponderam a um programa de exercício físico personalizado, compreendendo exercícios aeróbicos e anaeróbicos (exercícios de musculação), e a um programa geral de terapia psicomotora, consistindo em diferentes formas de exercícios físicos e treino de relaxamento. Os resultados a que se chegou sugerem que ambos os programas de terapia do exercício físico se revelaram igualmente efetivos rumo à melhoria da autoestima. A relação entre essa melhoria no autoconceito físico e as melhorias ocorridas nos âmbitos da autoestima global, da depressão e da ansiedade veio apoiar o potencial papel do autoconceito físico no processo de recuperação de indivíduos depressivos e ansiosos (Knapen et al., 2005). Mais recentemente, Legrand (2014) estudou os efeitos do exercício físico sobre a autoestima global e a depressão em mulheres de nível socioeconómico baixo com sintomas depressivos elevados. O principal resultado a que chegou foi que as melhorias significativas na autoestima física e na condição física percebida foram observadas logo na segunda semana de intervenção, antes mesmo da redução da depressão se ter tornado evidente.

É íntima a relação entre a autoestima e a depressão. Trata-se de uma observação clínica familiar que a baixa autoestima se faz, muitas vezes, acompanhar de depressão – e/ou de outras perturbações mentais, como a anorexia ou a bulimia nervosas –, sendo que, para os observadores externos, pessoas com baixa autoestima tendem a parecer mais deprimidas nas respostas a escalas de autoestima (Rosenberg, 2015). Na metaanálise sobre o tratamento da depressão major com o exercício físico, Nyström, Neely, Hassmén e Carlbring (2015) apresentaram uma visão sistemática com o objetivo de determinar qual o modo mais eficaz e a dose de exercício físico mais adequada para o tratamento desta perturbação, bem como de sugerir, com base nos dados apurados, diretrizes e recomendações para clínicos. Concluíram que, muitas vezes, não será tanto o elemento de aptidão física proporcionado pela prática de exercício físico que repercute o maior efeito sobre a depressão, mas sim outros efeitos do exercício físico, nomeadamente: o aumento da autoestima (Knapen et al., 2005) e da autoeficácia (Foley et al., 2008); o aperfeiçoamento de estratégias *de coping*, bem como o incremento do suporte social motivado pela prática de atividade física (Nyström, Neely, Hassmén, & Carlbring, 2015).

1.2 Depressão

O exercício físico desempenha também, um papel fundamental na melhoria da depressão (Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano, & Martins, 2009). A depressão é um transtorno de humor grave frequente, ocorrendo em todas as faixas etárias, mas com prevalência entre jovens e idosos. A depressão tem-se tornado cada vez mais frequente ao longo do século (Menezes & Nascimento, 2000) e apresenta uma prevalência que varia entre 10% a cerca de 20% em diferentes países, sendo uma das principais causas de incapacidade (Schuch et al., 2016). Segundo Marujo (1994) a depressão define-se como um desajustamento psicológico e social, ativado e influenciado por experiências

sociais e por acontecimentos de vida difíceis que provocam readaptações ao interagirem com as competências globais do sujeito e com os seus processos de desenvolvimento e maturação. Esta caracteriza-se por sentimentos de tristeza, vazio, humor evitável, acompanhado de alterações cognitivas e somáticas que afetam o funcionamento do indivíduo. Na perturbação depressiva maior, o humor do paciente é marcado por um profundo desânimo; o seu sentimento predominante é de desespero e de perda de interesse pelos outros, vendo-se como pecaminoso ou inútil. Acarreta, não raramente, ideação suicida. Manifesta-se em episódios distintos com, pelo menos, duas semanas de duração, que envolvem alterações no afeto, cognição e funções neurovegetativas, com a remissão entre os episódios (American Psychiatric Association, 2014).

O exercício físico é um bom método para descarregar e libertar tensões, frustrações e emoções acumuladas pelo quotidiano (Godoy, 2002). Um relatório elaborado por um painel do National Institute of Mental Health (NIMH), datado de 1984, indicava a ocorrência de efeitos positivos do exercício vigoroso e moderado sobre a depressão e a ansiedade. Todavia, cinco anos volvidos, a US Preventive Services Task Force viria a concluir que a qualidade da evidência disponível que associa os benefícios do exercício físico no tratamento destes distúrbios se apresenta pobre e pouco clara (Buckworth et al., 2013). Vários são, por isso, os estudos que têm contribuído para reforçar a asserção de que o exercício físico concorre vivamente para a melhoria dos sintomas de perturbações como a depressão, podendo ser destacados, por exemplo o estudo de Nabkasorn et al. (2006) e o de Turner et al. (2016). No primeiro, observa-se uma redução notável nos valores e nos sintomas de depressão através da prática de exercício físico (Nabkasorn et al., 2006). Igualmente, o segundo estudo, mais recente, não apenas mostra que o exercício físico reduz consideravelmente a depressão, como sugere que esta deve ser aconselhada enquanto componente do tratamento da mesma,

uma vez que, além de trazer benefícios ao nível psicológico, de diminuir a frequência de episódios depressivos, melhora a fadiga e aumenta a resistência (Turner et al., 2016).

Passado mais de uma década sobre a publicação de artigos que levantavam reservas quanto ao efeito terapêutico do exercício físico, hoje as evidências são de tal forma claras que os estudos comparativos de estratégias terapêuticas colocam o exercício físico no mesmo nível de eficácia terapêutica do que qualquer outra, ou mesmo melhor. Por exemplo, Schuch et al. (2016) efetuaram uma metaanálise de ajuste de viés de publicações sobre o exercício enquanto tratamento para a depressão e encontraram evidência muito consistente dos efeitos antidepressivos do exercício na depressão quando comparados a condições de controlo não-ativas (por exemplo, estudos que não compararam o exercício vs. os tratamentos alternativos). Adicionalmente, o efeito antidepressivo do exercício foi maior em estudos que incluíram participantes diagnosticados com depressão major, para pacientes ambulatoriais e em contextos de exercício supervisionado por profissionais (educadores físicos, fisioterapeutas e fisiologistas). O exercício aeróbico foi o único tipo de exercício a apresentar efeitos significativos, por oposição aos mistos, aeróbicos e anaeróbicos. De acordo com estes autores, o exercício tem um efeito antidepressivo grande e significativo, e argumentam que face à dimensão dos efeitos estatísticos seria necessário mais de mil estudos negativos para anular a evidência já acumulada quanto ao efeito do exercício físico na depressão (Schuch et al., 2016).

1.3 Ansiedade

Também a ansiedade pode ser melhorada com o exercício físico (Teixeira et al., 2013). As perturbações de ansiedade equivalem aos transtornos mentais mais diagnosticados e, de acordo com a investigação recente, encontram-se em ascensão (Asmundson et al., 2013). A ansiedade pode designar-se como um sentimento

desagradável de medo, marcado por pensamentos de perigo e comportamentos de fuga e evitamento, que se caracteriza também por uma antecipação de ameaça perante algo que é desconhecido ou estranho e que resulta numa tensão muscular e de desconforto (American Psychiatric Association, 2014). Segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*, a ansiedade inclui distúrbios que contêm características de medo excessivo e ansiedade relacionados com comportamentos disruptivos (American Psychiatric Association, 2014). A perturbação da ansiedade apresenta geralmente respostas fisiológicas evidentes, entre elas, taquicardia, alteração da respiração e da pressão arterial, sudorese e tensão muscular, entre outras (Amaral, 2011). Assim, a ansiedade reflete-se na forma como se manifestam os medos e passa a ser patológica quando estes são exagerados, irracionais e qualitativamente diversos do que se observa como norma numa determinada faixa etária, bem como quando comprometem a qualidade de vida do indivíduo (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

Em alguns pacientes, os transtornos de ansiedade conduzem ao evitamento de situações que alterem algumas respostas no organismo e isto poderá provocar uma aversão também à prática de exercício físico e até à atividade física trivial, como tarefas quotidianas. Por isso, nestes quadros, habitualmente desindicam-se exercícios físicos praticados com elevada intensidade. Os exercícios mais aconselhados para o tratamento da ansiedade são os aeróbicos – e não tanto os anaeróbicos, ainda que alguns estudos hajam testado os benefícios destes (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991). O exercício aeróbico deve ser de um nível baixo ou moderado, obtendo-se, em quadros de ansiedade, resultados semelhantes aos do relaxamento e da meditação (Araújo et al., 2007; Petruzzello et al., 1991). Há, apesar disso, evidência de que os exercícios aeróbicos são passíveis de gerar, em indivíduos com perturbações de

ansiedade, sentimentos temporários de angústia psicológica após uma sessão inicial, o que pode precipitar a desistência (Asmundson et al., 2013).

Poucos estudos têm avaliado os efeitos do exercício como uma estratégia de tratamento para as perturbações de ansiedade, sendo que a maioria apresenta amostras pequenas, falta de controlos adequados e de atenção sistemática a possíveis relações dose-resposta e uma consideração limitada relativamente à manutenção dos ganhos após o tratamento com atividade aeróbica. Nas últimas décadas, a investigação científica tem vindo a concentrar-se sobretudo nos efeitos terapêuticos do exercício físico sobre as perturbações de humor e só recentemente a atenção se voltou para expressões de ansiedade mal adaptativas e persistentes, com um crescente número de evidências que atestam o carácter promissor do exercício enquanto tratamento efetivo para algumas das perturbações ansiosas (Asmundson et al., 2013).

Há cerca de 27 anos, destacava-se, no panorama científico, a metaanálise acerca dos efeitos do exercício vigoroso e moderado na redução da ansiedade, efetuada por Petruzzello et al., (1991), esta relatou que uma única sessão de exercício vigoroso consegue reduzir, notoriamente, a ansiedade-estado. Os resultados mostraram ainda que o exercício está associado a reduções na ansiedade, mas apenas para formas aeróbicas de exercício. Na opinião de Ensari et al., (2015) esta metaanálise veio a tornar-se posteriormente num dos documentos mais citados para apoiar os benefícios ansiolíticos do exercício vigoroso. Três metaanálises distintas compuseram o estudo em apreço.

Da literatura dos últimos 15 anos à data da metaanálise, estes autores avaliaram quantitativamente a literatura de ansiedade e exercício relativa a ansiedade-estado, ansiedade-traço e correlatos psicofisiológicos de ansiedade. Concluíram que, para a ansiedade-estado, o exercício se associou a um menor nível de ansiedade, muito embora tenha apresentado efeitos semelhantes a outros tratamentos de redução desta

perturbação, como, por exemplo, técnicas de relaxamento. A metaanálise da ansiedade-traço revelou que os programas de exercícios precisam exceder as 10 semanas para que ocorram mudanças significativas. No tocante aos correlatos psicofisiológicos, as medidas cardiovasculares da ansiedade (por exemplo, tensão arterial e frequência cardíaca) produziram efeitos significativamente menores do que outras medidas. A única variável significativa em todas as metaanálises foi a duração do exercício (Ensari et al., 2015).

Nos estudos tidos em consideração do período do exercício físico, os resultados em todas as metaanálises evidenciaram que para se obter um efeito terapêutico é necessário que o mesmo ocorra pelo menos 20 minutos por sessão. Quer para a redução de casos de ansiedade-traço, assim como de ansiedade-estado. Na opinião de Petruzzello et al., (1991) é ainda necessário determinar com maior precisão por que razões o exercício efetivamente se associa a reduções na ansiedade, dado que são vários os mecanismos passíveis de estarem a operar em simultâneo e há, pois, de testar melhor as interações entre esses mecanismos.

Seguindo a mesma senda, um estudo recente de Ensari et al., (2015) abordou os efeitos do exercício vigoroso na ansiedade-estado, através da metaanálise de ensaios controlados aleatorizados publicados nos últimos 25 anos, e apurou que a evidência cumulativa de estudos de alta qualidade indica que sessões vigorosas de exercício podem produzir uma pequena redução na ansiedade-estado (Ensari et al., 2015). Os estudos acima citados apontam que as sessões de exercício vigoroso repercutem um efeito pequeno, porém confiável, sobre a ansiedade-estado.

Noutra metaanálise, Asmundson et al. (2013) aferiram os efeitos terapêuticos do exercício físico e concluíram que caminhadas ou corridas, bem como exercícios em ginásio, como o treino de resistência, ioga, ou tai chi, se relacionam positivamente com

a redução das perturbações de ansiedade. Já o treino de resistência parece resultar num aumento temporário da ansiedade-estado imediatamente até duas horas após o exercício. A longo prazo, contudo, os exercícios de resistência associam-se a reduções na ansiedade-estado e na ansiedade-traço (Asmundson et al., 2013).

1.4 Stress

Relativamente ao stress, Martins, Pacheco e Jesús (2009) definem-no como um processo de mudanças fisiológicas que fomenta no indivíduo a necessidade de responder a uma situação concebida como ameaça, a qual convoca mais do que uma resposta fisiológica. Apesar do facto de o stress ser entendido como um desequilíbrio orgânico, é concedida ao indivíduo a capacidade de dar respostas a este desajuste, o que incita uma alteração do estado emocional. A resposta oferecida baseia-se em fatores psicoemocionais que se traduzem numa alteração do estado habitual do indivíduo. Atualmente, os autores continuam a adotar esta definição para descrever o conceito de stress, abrangendo os fatores fisiológicos, emocionais e psicológicos (Martins et al., 2009). O stress pode ainda ser definido como uma reação do organismo que ocorre em situações que obrigam a uma grande carga emocional. O grau de stress pode aumentar conforme a gravidade da situação e a sua duração. Existem, porém, formas de lidar com este sem que o organismo entre em colapso nos piores momentos (Azambuja & Alcântara, 2011).

As áreas cognitivas e emocionais do cérebro entram em atividade quando o sujeito enfrenta uma situação de stress (Azambuja & Alcântara, 2011). Assim, o stress é a perceção de estímulos que geram uma excitação emocional e, ao perturbarem o estado de homeostase do indivíduo – ou seja, o seu equilíbrio –, causam um conjunto de alterações, como, por exemplo, a secreção de adrenalina, produzindo manifestações de

forma sistemática, como distúrbios fisiológicos e psicológicos. A resposta ao stress resulta da interação entre as características do indivíduo e as discrepâncias entre o meio interno e externo, e a sua perceção quanto à capacidade de resposta. Esta implica aspetos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, selecionando condutas adequadas e preparando o organismo para agir rápida e vigorosamente, possibilitando a procura de soluções (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Para Baptista e Dantas (2002), em excesso, o stress reduz a saúde mental e física e, por conseguinte, a qualidade de vida, podendo levar à morbilidade e até mesmo à morte. Assim, o exercício físico adequado, inclusive práticas de relaxamento como a ioga, contribui para a redução e controlo do stress, o que vai resultar numa melhoria do estilo cognitivo, no equilíbrio emocional, na redução da excitabilidade ou apatia psicofísica, na melhoria da assertividade e afetividade, no autocontrolo da ansiedade e na redução dos sintomas físicos e emocionais do stress (Baptista & Dantas, 2002). Em todo o caso, convém ressaltar que práticas como ioga, tai chi ou qigong, consideradas atividades mente-corpo, também compreendem um conjunto básico de técnicas comportamentais como (embora não limitado a) respiração profunda, meditação/ mente-plenitude e autoconsciência. Por essa razão, quando comparadas com exercícios aeróbicos ou de força convencionais, essas atividades são passíveis de influenciar os resultados (Schuch et al., 2016).

Acredita-se que o exercício físico mais pesado é útil porque à medida que o indivíduo se adapta ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos hormónios do stress que ocorrem durante o exercício, o corpo é fortalecido e treinado a reagir mais calmamente quando as mesmas respostas são desencadeadas por um stress mental ou emocional, o que faz com que consigamos viver o quotidiano e reagir ao stress de uma forma mais moderada e controlada (Alves & Baptista, 2006).

Ainda num estudo feito com 192 pessoas os resultados apontaram que o stress nas pessoas que não praticavam exercício físico era de um nível muito superior do que aquelas que praticavam exercício físico com regularidade (Tamayo, 2001). No entanto, as causas do stress podem continuar a existir, por isso, é necessário tratar também a componente emocional, através da assunção de uma atitude assertiva e de uma melhor capacidade para enfrentar a situação em causa, tendo pensamentos mais positivos e mais confiança nas próprias capacidades (Baptista & Dantas, 2002).

Há um crescente número de estudos sobre as temáticas expostas. No entanto são, praticamente, inexistentes os trabalhos que procuram relacionar todas estas variáveis num só estudo. Com o presente trabalho procuramos colmatar essa lacuna definindo como objetivo geral: comparar por sexo e níveis de exercício físico o nível da autoestima, depressão, a ansiedade e o stress; Os objetivos específicos passam pelas seguintes hipóteses: H2- Comparar por sexo e naqueles que já foram diagnosticados com depressão o nível da autoestima, depressão, ansiedade e stress; H3- Comparar ainda por sexo e naqueles que já foram diagnosticados com ansiedade o nível da autoestima, depressão, ansiedade e stress; H4- Comparar também por sexo o consumo de fármacos e o nível da autoestima, depressão, ansiedade e stress.

2. Metodologia

O tipo de investigação que irá ser usado neste estudo será exploratório, uma vez que o mesmo tem como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito. O presente estudo será quantitativo, descritivo, comparativo e de autorrelato, recorrendo-se à técnica do questionário e com desenho transversal e quase-experimental.

3. Amostra

A amostra foi composta por 183 indivíduos adultos, do centro, norte, sul de Portugal, ilhas e portugueses no estrangeiro. Do total de indivíduos, 151 são do sexo feminino e 32, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos. A média da idade é de 25.20 (SD = 8.34) anos. No total, 133 indivíduos reportaram viver no norte (72.7%), 18 no centro (9.8%), 7 no sul (3.8%) 4 (2.2%) nas ilhas e 21 (11.5%) no estrangeiro. No que diz respeito à escolaridade, 5 (2.7%) tinham o ensino básico (só um possuía apenas o ensino primário (n= 1, 0.5%)), 71 (38.8%) o ensino secundário e os restantes 106 o ensino superior (57.9%). Em relação ao estado civil, a maioria era solteira (n= 151, 82.5%), casados eram 29 (15.8%) e divorciados 3 (1.6%).

Relativamente à variável relacionada com a prática de exercício físico, e de forma a categorizar a amostra segundo este aspeto, foram utilizadas algumas perguntas acerca da prática ou não prática de atividade física diária. Assim, foi possível dividir a amostra em Praticantes e Não Praticantes, sendo que 101 (55.2%) eram praticantes e 82 (44.8%) eram não praticantes.

4. Instrumentos

Numa primeira parte foi facultada uma ficha biográfica, onde os inquiridos responderam a perguntas de variáveis independentes, como o sexo, a idade e a prática/não prática do exercício, entre outras. Para avaliar a autoestima, foi usada a escala de Rosenberg (1965) validada para português por Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Teixeira, e Bertelli (2012). Esta escala é composta por dez afirmações nas quais os inquiridos tinham a opção de, numa escala de Likert, escolher entre: discordo fortemente, discordo, concordo ou concordo fortemente. Os itens são de carácter positivo e negativo. Os positivos são os pontos 1, 3, 4, 7 e 10, enquanto os de carácter negativo são os 2, 5, 6, 8 e 9, estes últimos, aquando da análise de dados, devem ser convertidos.

Desta maneira, os itens numa escala de Likert classificados com 4 são pontuados com 1; os com 3 são pontuados com 2; os com 2 são pontuados com 3 e os com 1 são pontuados com 4. Segundo esta escala, uma autoestima elevada deve indicar pessoas com um bom nível de respeito de si próprias, por aquilo que são. Pelo contrário, uma baixa autoestima é associada a pessoas com grande sentido de desvalorização, insatisfação e falta de respeito por si próprias.

Na última fase, para avaliar a depressão, a ansiedade e o stress, usámos o DASS-21, foi desenvolvida *Lovibond e Lovibond (1995)*, e traduzida e validado para a população portuguesa por *Vasconcelos-Raposo, Fernandes e Teixeira (2013)*. sendo os pontos 3, 5, 10, 13, 17 e 21 os que avaliam a depressão. Os pontos 2, 4, 7, 9, 15 e 20 avaliam a ansiedade. O stress é avaliado pelos pontos 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18. As pontuações variam entre 0 a 21 para cada uma das três escalas e a pontuação total da escala chega a um máximo de 63 pontos.

5. Procedimentos

Os questionários foram aplicados *online*. Num primeiro momento, foi recolhido o consentimento informado de cada participante, garantindo a confidencialidade do estudo. Os questionários foram utilizados única e exclusivamente no âmbito da investigação, tendo apenas acesso aos mesmos a equipa de investigação e em momento algum os dados foram partilhados. Os dados recolhidos através dos instrumentos foram depois inseridos no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para construir a base de dados e realizar o consequente tratamento estatístico.

No âmbito da estatística descritiva, recorreu-se inicialmente à análise da normalidade. Para este efeito, foram calculadas as medidas de Skewness e Kurtosis, sendo que foi assumida uma distribuição normal explicada pelo facto de os valores

destas medidas se encontrarem no intervalo entre -1 e 1. Procedeu-se, em seguida, à análise multivariada da variância (MANCOVA), de forma a estimar o efeito e a perceber onde residiam as diferenças estatisticamente significativas das variáveis independentes em cada uma das variáveis dependentes em estudo, em função das covariáveis idade e autoestima, o nível de significância foi mantido a 5% (0.5). Os valores ao quadrado (η^2_p) foram selecionados para realçar a dimensão do efeito das comparações estatísticas realizadas, tendo em conta as seguintes classificações da força do efeito: baixo – entre 0.01 a 0.04; moderado – entre 0.041 a 0.13; elevado – > 0.14 (Dancey & Reidy, 2006).

6. Resultados

Após a recolha de dados e a sua análise estatística, serão apresentados e analisados os resultados obtidos. Esta fase será exibida de forma a que primeiro sejam apresentados os resultados da normalidade das três variáveis dependentes em estudo (depressão, ansiedade e stress) e da covariável (autoestima). De seguida, serão mostrados, de forma geral, os resultados de diferenciação das variáveis ansiedade, depressão e stress às variáveis independentes, nomeadamente, o diagnóstico de depressão, ansiedade, consumo de fármacos e o exercício físico que têm como covariáveis a idade e a autoestima, e para tal realizou-se uma MANCOVA. Por fim serão apresentados os resultados de uma forma específica, com uma análise univariada das componentes estudadas.

No quadro 1, são apresentadas as estatísticas descritivas para cada uma das escalas, onde se verifica o *alpha de Cronbach*, com valores para a escala de depressão, ansiedade e stress bastante mais elevados do que na autoestima. Isto significa que os valores das variáveis dependentes (depressão, ansiedade e stress) foram altos,

expressando um grau de confiabilidade muito bom. De acordo com os valores de Skewness e Kurtosis, é possível verificar que a distribuição é normal.

Quadro 1- Análise da Normalidade

| | M±DP | Skweness | Kurosis | Alpha de Cronbach |
|------------|-------------|----------|---------|-------------------|
| Autoestima | 25.7 ± 2.72 | -.512 | 1.523 | .292 |
| Depressão | 5.01± 5.06 | 1.362 | 1.121 | .912 |
| Ansiedade | 4.71 ± 4.87 | 1.319 | 1.257 | .886 |
| Stress | 7.39 ± 4.96 | .935 | .454 | .906 |

O estudo demonstrou através da análise multivariada de covariância (Mancova), que no exercício físico e nas suas componentes envolvidas, na idade, $F(3.175) = 906$, $p = .440$, $\eta^2_p = .015$, $PO = 246$, não existem diferenças significativas, tendo um efeito estatístico fraco. Na co-variável autoestima, $F(3.175) = 2.412$, $\eta^2_p = .040$, $PO = 595$, também não existem diferenças que sejam significativas, o valor de prova ($p = .068$) é maior do que o nível de significância. No sexo, $F(3.175) = .554$, $p = .646$, $\eta^2_p = .009$, $PO = 163$, não existem diferenças significativas. Na variável independente exercício físico, $F(3.175) = 1.301$, $p = .276$, $\eta^2_p = .022$, $PO = 343$, não existem diferenças significativas entre os grupos com um efeito fraco. Verificando a interação do exercício físico com o sexo, $F(3.175) = 2.139$, $p = .097$, $\eta^2_p = .035$, $PO = 530$, também se pode concluir que não existem efeitos estatisticamente significativos.

No diagnóstico de depressão vimos que não existe um efeito estatisticamente significativo na co-variável idade em todas as suas dimensões. Em relação ao diagnóstico de depressão, onde o indivíduo foi inquirido sobre o facto de já ter sido ou não alguma vez diagnosticado com depressão $F(3.175) = 1.942$, $p = .125$, $\eta^2_p = .032$, $PO = .495$ não existem diferenças significativa. Na análise da covariável autoestima,

$F(3.174) = 2.282$, $p = .081$, $\eta^2_p = .038$, $PO = .569$, também se verifica que não existem diferenças estatisticamente significativas. Na variável independente sexo em relação à depressão $F(3.175) = 1.674$, $p = .174$, $\eta^2_p = .028$, $PO = .433$, não se verificam diferenças significativas a nível estatístico.. Analisando a variável da depressão, $F(3.175) = 3.254$, $p = .023$, $\eta^2_p = .053$, $PO = .739$, existe um efeito significativo, dado que o valor de prova ($p = .023$) é inferior ao nível de significância 0.05, apresentando um efeito estatístico moderado. Na interação do sexo com a depressão, $F(3.175) = 1.204$, $p = .310$, $\eta^2_p = .020$, $PO = .319$, não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o feminino, tendo um efeito estatístico fraco.

Posteriormente, numa avaliação multivariada do diagnóstico de ansiedade, relacionada com o facto de a pessoa já ter tido ou não um diagnóstico de perturbação de ansiedade, em relação à idade, $F(3.175) = 2.422$, $p = .068$, $\eta^2_p = .040$, $PO = .592$, não existem diferenças significativas. Quanto à autoestima, $F(3.175) = 2.212$, $p = .088$, $\eta^2_p = .037$, $PO = .554$, à semelhança da anterior, não se notam diferenças que sejam relevantes. No sexo, $F(3.175) = .256$, $p = .857$, $\eta^2_p = .004$, $PO = .098$, o valor de prova é superior ao nível de significância e, como tal, não há diferenças observáveis. No diagnóstico de ansiedade, $F(3.175) = 9.281$, $p = .001$, $\eta^2_p = .137$, $PO = .996$, existem diferenças entre os grupos, dado que o valor de prova é inferior a 0.05 e o efeito causal neste fator é forte, bem como o poder observado elevado. Analisando a interação do sexo com a ansiedade, $F(3.175) = .935$, $p = .425$, $\eta^2_p = .016$, $PO = .253$, não existem diferenças relevantes.

Por fim, recorreu-se novamente à análise Multivariada de covariância (Mancova) para perceber se existe algum nível de significância entre consumo de

fármacos e as variáveis em estudo, então em relação à idade, $F(3.175) = 2.760$, $PO = .660$, o valor de prova é inferior a 0.05 ($p = .044$), existem diferenças significativas nos grupos analisados com efeito moderado ($\eta^2_p = .045$). Já na autoestima, $F(3.175) = 2.589$, $p = .054$, $\eta^2_p = .043$, o valor de prova é superior ao nível de significância .05 mas existe um efeito moderado e o poder observado é de $PO = .629$. No sexo, $F(3.175) = .409$, $p = .747$, $\eta^2_p = .007$, $PO = .130$, não são notáveis diferenças significativas. Em relação aos fármacos, $F(3.175) = 3.585$, $p = .015$, $\eta^2_p = .058$, $PO = .784$, existem diferenças significativas observáveis, dado que o valor de prova .015 é inferior a 0.05, tendo um efeito causal moderado. Na interação do sexo e da variável independente fármacos, $F(3.175) = 1.650$, $p = .180$, $\eta^2_p = .028$, $PO = .428$, não existem diferenças significativas.

Passando agora para a análise univariada das co-variáveis (idade e autoestima), no que concerne ao exercício físico, como indicado no quadro 2, não existem diferenças significativas em nenhuma das variáveis relacionadas com a idade nem autoestima, tendo também um efeito estatístico fraco e o PO sempre menor que .300.

Quadro 2- Análise univariada referente ao Exercício Físico

| Co-variáveis | Variáveis Dependentes | Masculino M \pm SD | Femininos M \pm SD | F | P | η^2_p | P.O |
|--------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------|------|------------|------|
| Idade | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | 2.369 | .126 | .013 | .334 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | .975 | .325 | .005 | .166 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | .723 | .396 | .004 | .135 |
| Autoestima | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .048 | .826 | .001 | .055 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 1.305 | .255 | .007 | .206 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 1.979 | .161 | .011 | .288 |

Na interação do sexo com o exercício físico, nota-se que, na depressão e no stress, existe uma diferença significativa nos grupos, pois os valores de prova são inferiores a

0.05 com efeito fraco e um poder observado de .635 para a depressão e de .671 para o stress.

Quadro 3- Análise univariada entre sexo e Exercício Físico

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M ± SD | Femininos M ± SD | F | P | η^2_p | P.O |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-------|------|------------|------|
| Sexo | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | .222 | .638 | .001 | .075 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | .014 | .906 | .001 | .052 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | .127 | .722 | .001 | .165 |
| Exercício Físico | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | 2.054 | .154 | .011 | .297 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | .593 | .442 | .003 | .119 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | 2.399 | .123 | .013 | .338 |
| Sexo * | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | 5.367 | .022 | .029 | .635 |
| Exercício Físico | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | 3.704 | .056 | .020 | .482 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | 5.839 | .017 | .032 | .671 |

No quadro 4 vemos então que no exercício físico mulher praticantes têm maior níveis de depressão, ansiedade e stress do que mulheres que não praticam exercício, no caso dos homens verifica-se o oposto, exceto no stress onde os homens não praticantes de exercício mostram apresentar menores níveis de stress.

Quadro 4- Análise descritiva do Exercício Físico

| | Sexo | Exercício Físico | Média | Desvio Padrão |
|-----------|-----------|------------------|--------|---------------|
| Depressão | Feminino | Sim | 5.4375 | 5.54348 |
| | | Não | 4.6056 | 4.746439 |
| | | Total | 5.0464 | 5.19145 |
| | Masculino | Sim | 3.5714 | 3.09146 |
| | | Não | 7.836 | 5.80125 |
| | | Total | 4.8750 | 4.51342 |
| Ansiedade | Feminino | Sim | 5.3250 | 5.40458 |
| | | Não | 4.1972 | 4.14253 |
| | | Total | 4.7947 | 4.86938 |
| | Masculino | Sim | 3.4762 | 3.10836 |
| | | Não | 6.000 | 7.29383 |
| | | Total | 4.3438 | 4.98779 |
| Stress | Feminino | Sim | 7.9500 | 5.42124 |
| | | Não | 7.845 | 4.38421 |
| | | Total | 7.5430 | 4.96351 |
| | Masculino | Sim | 5.3810 | 3.21677 |
| | | Não | 9.1818 | 6.76488 |
| | | Total | 6.6875 | 4.98020 |

No que concerne ao diagnóstico de depressão, foram obtidos efeitos fracos nas variáveis depressão, ansiedade e stress. No entanto, apenas na variável depressão da co-variável idade, consideramos existir um efeito significativo com um poder observado de $PO=600$. Nas restantes dimensões, tendo em consideração a combinação do valor do p , do η^2_p e do PO observa-se a hipótese nula.

Quadro 5- Análise univariada referente ao diagnóstico de Depressão

| Co-variáveis | Variáveis Dependentes | Masculino M \pm SD | Femininos M \pm SD | F | P | η^2_p | P. O |
|--------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------|------|------------|------|
| Idade | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | 4.957 | .027 | .027 | .600 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 2.014 | .158 | .011 | .292 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 1.441 | .232 | .008 | .223 |
| Autoestima | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .059 | .808 | .001 | .057 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 2.367 | .126 | .013 | .334 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 2.821 | .095 | .016 | .386 |

No quadro 6, apesar de na variável depressão o valor de prova, ser significativo, como o efeito é fraco e o poder observado baixo os valores não podem ser tidos em consideração, uma vez confirmam a baixa expressão do efeito.

Quadro 6- Análise univariada ao diagnóstico de Depressão 2

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M \pm SD | Femininos M \pm SD | F | P | η^2_p | P.O |
|------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------|------|------------|------|
| Sexo | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .124 | .725 | .001 | .064 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 2.122 | .147 | .012 | .305 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 2.312 | .130 | .013 | .327 |
| Diagnóstico de Depressão | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | 4.841 | .029 | .027 | .590 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | .265 | .608 | .001 | .080 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | .268 | .605 | .002 | .081 |
| Sexo * Diagnóstico de Depressão | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .317 | .574 | .002 | .087 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 2.455 | .119 | .014 | .344 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 1.514 | .220 | .008 | .232 |

No quadro 7, tendo em conta a idade, existem diferenças significativas na variável depressão, embora tenha um efeito causal fraco, mas uma potência observável de .748.

Quadro 7- Análise univariada referente ao diagnóstico de Ansiedade

| Co-variáveis | Variáveis Dependentes | Masculino M ± SD | Femininos M ± SD | F | P | η^2_p | P.O |
|--------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-------|------|------------|------|
| Idade | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | 6.081 | .009 | .038 | .748 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | 4.485 | .036 | .025 | .558 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | 3.320 | .070 | .018 | .441 |
| Autoestima | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | .335 | .564 | .002 | .089 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | .933 | .335 | .005 | .161 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | 1.252 | .265 | .007 | .200 |

No que toca ao diagnóstico de ansiedade, existem diferenças significativas em todas as componentes avaliadas, sendo o efeito estatístico, em todas elas, forte e um poder observado entre .997 e .998

Quadro 8- Análise univariada referente ao diagnóstico de Ansiedade 2

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M ± SD | Femininos M ± SD | F | P | η^2_p | P.O |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|--------|------|------------|------|
| Sexo | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | .590 | .444 | .003 | .119 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | .082 | .774 | .001 | .059 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | .125 | .724 | .001 | .064 |
| Diagnóstico de Ansiedade | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | 22.898 | .000 | .115 | .997 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | 24.331 | .000 | .121 | .998 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | 24.380 | .000 | .121 | .998 |
| Sexo * Diagnóstico de Ansiedade | Depressão | 4.87 ± 4.51 | 5.04 ± 5.19 | .425 | .515 | .002 | .099 |
| | Ansiedade | 4.34 ± 4.98 | 4.79 ± 4.86 | .229 | .640 | .001 | .075 |
| | Stress | 6.68 ± 4.98 | 7.54 ± 4.96 | 1.699 | .194 | .010 | .254 |

No quadro 8 é possível verificar também que tanto o sexo feminino como o sexo masculino anteriormente diagnosticados com ansiedade, apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade ou stress.

Quadro 8- Análise descritiva do diagnostico de Ansiedade

| | Sexo | Diagnóstico de Ansiedade | Média | Desvio Padrão |
|-----------|-----------|--------------------------|---------|---------------|
| Depressão | Feminino | Sim | 8.1111 | 6.11712 |
| | | Não | 3.7453 | 4.13363 |
| | | Total | 5.0464 | 5.19145 |
| | Masculino | Sim | 9.5000 | 5.28205 |
| | | Não | 3.8077 | 3.65534 |
| | | Total | 4.8750 | 4.51342 |
| Ansiedade | Feminino | Sim | 7.9778 | 6.00942 |
| | | Não | 3.4434 | 3.54315 |
| | | Total | 4.7947 | 4.86938 |
| | Masculino | Sim | 9.0000 | 8.76356 |
| | | Não | 3.2692 | 3.01407 |
| | | Total | 4.3438 | 4.98779 |
| Stress | Feminino | Sim | 10.2222 | 5.75993 |
| | | Não | 6.4057 | 4.11218 |
| | | Total | 7.5430 | 4.96351 |
| | Masculino | Sim | 12.3333 | 6.47045 |
| | | Não | 5.3846 | 3.60085 |
| | | Total | 6.6875 | 4.98020 |

No quadro 9, relativamente à idade, existem diferenças significativas na variável depressão, sendo que o valor de prova ($p = .006$) é inferior a 0.05, tendo um efeito moderado e um poder observado de 786. Já nas variáveis ansiedade e stress, não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 9- Análise univariada referente aos Fármacos

| Co-variáveis | Variáveis Dependentes | Masculino M \pm SD | Femininos M \pm SD | F | P | η^2_p | P.O |
|--------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------|------|------------|------|
| Idade | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | 7.668 | .006 | .042 | .786 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 3.901 | .050 | .022 | .502 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 2.961 | .087 | .016 | .402 |
| Autoestima | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .270 | .604 | .002 | .081 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | .916 | .340 | .005 | .159 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 1.436 | .232 | .008 | .222 |

Quanto ao consumo de fármacos, existem diferenças significativas em todas as

variáveis dependentes, ou seja, o valor de prova é inferior a 0.05, existe um efeito moderado em todas elas, e o poder observado entre os .800. Já na interação entre o sexo e os fármacos, no stress, o valor de prova é inferior a 0.05 e, mas não existem diferenças relevantes entre os grupos avaliados, dado que tem um efeito fraco fraco e o poder observado de .500.

Quadro 10- Análise univariada referente aos Fármacos 2

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M \pm SD | Femininos M \pm SD | F | P | η^2_p | P.O |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------|------|------------|------|
| Sexo | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .861 | .355 | .005 | .152 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 1.038 | .310 | .006 | .173 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 1.212 | .272 | .007 | .195 |
| Fármacos | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | 9.859 | .002 | .053 | .878 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 8.995 | .003 | .048 | .847 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 9.267 | .003 | .050 | .857 |
| Sexo * Fármacos | Depressão | 4.87 \pm 4.51 | 5.04 \pm 5.19 | .945 | .332 | .005 | .162 |
| | Ansiedade | 4.34 \pm 4.98 | 4.79 \pm 4.86 | 2.284 | .133 | .013 | .324 |
| | Stress | 6.68 \pm 4.98 | 7.54 \pm 4.96 | 3.975 | .048 | .022 | .509 |

No último quadro é possível concluir que existe um maior nível de depressão, ansiedade e stress nas mulheres e nos homens que consomem algum tipo de fármacos no seu quotidiano.

Quadro 11- Análise descritiva do consumo de Fármacos

| | Sexo | Consumo de Fármacos | Média | Desvio Padrão |
|-----------|-----------|---------------------|---------|---------------|
| Depressão | Feminino | Sim | 7.2857 | 6.95944 |
| | | Não | 4.5366 | 4.58310 |
| | | Total | 5.0464 | 5.19145 |
| | Masculino | Sim | 9.3333 | 4.16333 |
| | | Não | 4.4138 | 4.35494 |
| | | Total | 4.8750 | 4.51342 |
| Ansiedade | Feminino | Sim | 6.3214 | 5.72877 |
| | | Não | 4.4472 | 4.60791 |
| | | Total | 4.7947 | 4.86938 |
| | Masculino | Sim | 9.6667 | 8.14453 |
| | | Não | 3.7931 | 34.41086 |
| | | Total | 4.3438 | 4.98779 |
| Stress | Feminino | Sim | 8.6071 | 5.69821 |
| | | Não | 7.3008 | 4.77345 |
| | | Total | 7.5430 | 4.96351 |
| | Masculino | Sim | 13.0000 | 6.24500 |
| | | Não | 6.0345 | 4.46800 |
| | | Total | 6.6875 | 4.98020 |

7. Discussão de Resultados

O exercício físico é benéfico não apenas para a saúde física, como também para a saúde mental, vários estudos se têm detido, sobretudo nas últimas décadas, na análise dos efeitos do exercício físico sobre perturbações mentais estudadas. Os resultados desses estudos vêm corroborando, com confiança, a imprescindibilidade de se cultivar uma mente saudável num corpo são. Em todo o caso, diante do elevado potencial do exercício físico no tratamento de patologias de vária ordem, incluindo-se, aqui, as mentais, tais como os distúrbios ansiosos e afetivos, a vasta investigação neste âmbito ainda se mostra limitada. Assoma, pela frente, um caminho ainda longo e sinuoso rumo à produção de mais conhecimento válido. Nunca é fácil trazer conhecimento ao conhecimento, mas é possível. Ao lado deste desafio, encontra-se o imperativo de se poder implementar, com a maior brevidade e consistência, programas terapêuticos de exercício físico para os pacientes de doenças mentais.

Ao encontro das evidências que oportunamente foram retiradas da vasta revisão

da literatura efetuada, e seguindo a mesma trilha, porém no sentido de repetição e alargamento reflexivo do conhecimento, o presente estudo, que teve como principal objetivo avaliar o impacto do exercício físico na saúde mental, nos domínios da autoestima, ansiedade, stress e depressão, assume-se enquanto mais um contributo para ultrapassar o repto do parco conhecimento disponível, necessário para alicerçar intervenções vindouras. Os resultados deste estudo não vieram confirmar, todavia, a evidência empírica que comprova os efeitos benéficos do exercício físico sobre a autoestima e ansiedade. Os resultados a que se chegou poder-se-ão dever às características da amostra (composta por mais de metade de mulheres). Por outro lado, nunca é possível controlar ou eliminar outras variáveis que, potencialmente, podem causar mudanças ocorridas (Coutinho, 2016). Os resultados não permitiram estabelecer uma relação causa-efeito entre os efeitos do exercício físico e estas variáveis dependentes em estudo, uma vez que, na variável do exercício físico, não foram notadas diferenças significativas. De qualquer forma, não era essa a intenção, dado que, como refere Coutinho (2016, p. 302): “Dizer que duas variáveis estão relacionadas (ou correlacionadas) não significa que se trate de uma relação *causal* entre elas”, ou seja, que as alterações que ocorrem numa variável tenham forçosamente de ocorrer na outra.

No entanto na interação do sexo com o exercício físico houveram diferenças na depressão e no stress e, tendo ainda em conta a primeira hipótese, também Vasconcelos-Raposo et al., (2009) chegaram a resultados semelhantes no que diz respeito à melhoria, significativa, na depressão em pessoas praticantes de exercício físico. Seguindo a mesma linha de pensamento Nabkasorn et al., (2006), Turner et al., (2016) e Schuch et al. (2016) mostraram com os seus estudos que o exercício físico faz toda a diferença no tratamento da depressão. Além disso Teixeira et al., (2013) mostraram que a atividade física contribui para a redução dos níveis de depressão, ansiedade e stress (Teixeira et

al., 2013). Alves e Baptista (2006) defendem a mesma ideia que o exercício físico influencia e melhora os níveis de stress. Numa amostra com características semelhantes à do presente estudo (Tamyó, 2001) verificou que existem diferenças entre os praticantes e não praticantes de exercício físico no que diz respeito ao stress.

A segunda hipótese acabou também por não ser confirmada, no entanto a terceira hipótese veio-se a confirmar, sendo que existiram diferenças significativas no diagnóstico de ansiedade na depressão e no stress.

A hipótese 4 foi também confirmada, uma vez que nos fármacos foram notadas diferenças significativas nas 3 componentes estudadas.

Como limitação deste estudo, pode apontar-se o facto de se tratar de um estudo transversal, que não permite controlar aspetos relacionados com efeitos geracionais, entre outros. Seria, neste sentido, pertinente desenvolver um estudo longitudinal ou sequencial para aprofundamento dos resultados obtidos.

Apesar dos estudos online serem vantajosos, não só na redução da desejabilidade social como em outros aspetos (e.g. maior facilidade em chegar a um vasto número de indivíduos, divulgação mais acessível e num curto espaço de tempo), também apresentam as suas desvantagens, como o facto de condicionar a recolha de dados, impedindo a participação de pessoas que não têm acesso à internet, de entre as quais, pessoas de faixas etárias mais elevadas, com baixo nível socioeconómico e um menor grau de habilitações literárias. Deste modo, pela observação das características sociodemográficas da nossa amostra, é notório que esta é maioritariamente composta por pessoas jovens e com um elevado grau de escolaridade, pelo que não é possível proceder a uma generalização dos resultados para a população geral.

Vale ressaltar ainda que havia um número maior no que toca ao sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. Também foi feita uma exclusão de fatores como o impacto da região, escolaridade, estado civil, pois não foram significativos para o estudo, dado que não existiram nenhuma diferença significativa a nível estatístico nestas variáveis.

O reconhecimento dos benefícios do exercício físico para a saúde física e mental remonta, pelo menos, à Grécia Antiga, berço da medicina moderna pela mão de Hipócrates. Cético, ao início diante, do vasto potencial do exercício físico, também ele se acabaria por se render à evidência de que uma mente sã é o princípio para um corpo sã e vice-versa. Hoje, a imprescindibilidade de se cultivar o bem-estar psíquico rumo a uma vida saudável e plena é inegável. Neste âmbito, os efeitos do exercício físico justificam que este seja incluído, à semelhança de outros tratamentos, na terapêutica das mais diversas patologias, entre elas, as mentais, tendo a investigação, sobretudo ao longo das últimas décadas, encontrado, como foi oportuno observar na revisão da literatura, copiosa evidência. Porém, apesar de esta ser já muito suficiente para fundamentar o estabelecimento prático do exercício enquanto terapia, falta percorrer um largo caminho para a obtenção de respostas mais concretas e profundas, por exemplo, no tocante à relação dose-resultado e aos mecanismos implicados na produção desses efeitos positivos em perturbações como a ansiedade ou a depressão. Apesar disso, o esforço dos cientistas valeu, em 2010, o reconhecimento da parte da APA dos benefícios do exercício físico na melhoria dos sintomas das perturbações depressivas. Sem este empreendimento dos que nunca se mostraram céticos, nem desanimados, perante a realidade dos efeitos benéficos do exercício físico, quase evidentes até aos olhos dos leigos, não teria sido possível chegar até aqui. Os desafios futuros que se colocam são muitos, mas, com a persistência própria de quem se dedica à ciência,

ultrapassáveis. Assim, apesar de os resultados deste estudo nem corroborarem as evidências extraídas da revisão da literatura, nem mostrarem qualquer inovação, o mostrou, como muitos até agora e sem os quais seria impossível desbravar caminho neste domínio do saber, ser bastante relevante, contribuindo, com mais – e cada vez melhor – conhecimento para o alargamento desta temática.

Crê-se, para finalizar, crucial lembrar, sempre, que uma autoestima elevada deve mostrar-se independente dos padrões que, todos os dias, exigem as sociedades de consumo, esvaziadas de valores, que privilegiam em grande demasia a beleza e a juventude. O importante é o foco não estar em agradar aos outros, mas em encontrar o amor próprio – nunca é demais reforçar!

O exercício físico é importante na medida em que ajuda a manter a saúde e é amor próprio querer assegurar o bem-estar geral. O mesmo acontece com a ansiedade, o stress e a depressão: o importante é encontrar um equilíbrio e não um ponto de rutura. Com o exercício, torna-se possível cultivar “um corpo são numa mente sã”.

Faz-se, outrossim, de suma relevância, promover a construção planos de intervenção para populações com problemas aos níveis da autoestima, ansiedade, stress e depressão, com o intuito de melhorar estes aspetos e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida do ser humano. Para existir mudança a nível quer da autoestima, quer da ansiedade, da depressão ou do stress, torna-se necessário, em primeiro lugar, uma etapa de tomada de consciência – processo em que o indivíduo identifique os seus obstáculos, estando disponível para fazer ajustes se necessário, ou seja, tem de haver uma reestruturação cognitiva que identifique e corrija os pensamentos disfuncionais passíveis de estarem presentes para então haver uma mudança comportamental positiva.

8. Referências Bibliográficas

- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1–20.
- Alves, A., & Baptista, M. R. (2006). A atividade física no controle do stress. *Corpus et scientia*, 2(2). 1-12.
- Amaral, A. A. G. (2011). Considerações sobre os Transtornos Ansiosos na Infância em uma Visão Comportamental. Brasília.
- American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 157(4 Suppl), 1–45.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1–103.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.^a). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastácio, Z., & Carvalho, G. S. (2006). Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima. In B. O. Pereira & G. S. Carvalho (Eds.), *Actividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 49–61). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Araújo, S. R. C., Mello, M. T., & Leite, J. R. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 164–171. Doi: 10.1590/S1516-44462006005000027

- Asmundson, G. J. G., Fetzner, M. G., DeBoer, L. B., Powers, M. B., Otto, M. W., & Smits, J. A. J. (2013). Let's get physical: A contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depression and Anxiety*, 30(4), 362–373. Doi: 10.1002/da.22043
- Assunção, S. S. M., Cordás, T. A., & Araújo, L. A. S. B. (2002). Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(1), 4–13.
- Azambuja, R., & Alcântara, M. (2011). Possíveis causas do estresse na família contemporânea. *Domus Online*, 8(1), 53–67.
- Baptista, M., & Dantas, E. (2002). Yoga no controle de stress. *Fitness & Performance Journal*, 1(1), 12–20. Doi: 10.3900/fpj.1.1.12.p
- Buckworth, J., Dishman, R. K., Connor, P. J., & Tomporowski, P. D. (2013). *Exercise Psychology* (2nd ed.). Human Kinetics.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(s2), 20–23. Doi: 10.1590/S1516-44462000000600006
- Cid, L., Silva, C., & Alves, J. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico – Perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior. *Motricidade*, 3(2), 42–55.
- Coutinho, C. P. (2016). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2. a ed.). Coimbra: Almedina.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para psicologia: Usando

SPSS para Windows (3. a). Porto Alegre: Artmed.

- Ensari, I., Greenlee, T. A., Motl, R. W., & Petruzzello, S. J. (2015). Meta-analysis Of Acute Exercise Effects On State Anxiety: An Update Of Randomized Controlled Trials Over The Past 25 Years. *Depression and Anxiety*, 32(8), 624–634. Doi: 10.1002/da.22370
- Ferreira, A. (2010). *Contributo de um programa de exercício físico na aptidão física de reclusos toxicodependentes*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Foley, L. S., Prapavessis, H., Osuch, E. A., De Pace, J. A., Murphy, B. A., & Podolinsky, N. J. (2008). An examination of potential mechanisms for exercise as a treatment for depression: A pilot study. *Mental Health and Physical Activity*, 1(2), 69–73. Doi: 10.1016/J.MHPA.2008.07.001
- Godoy, R. (2002). Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento*, 8(2), 7–15.
- Knapen, J., van de Vliet, P., van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(6), 353–61. Doi: 10.1159/000087782
- Landers, D. M., & Arent, S. M. (2007). Physical activity and mental health. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (3rd ed., pp. 469–491). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Legrand, F. D. (2014). Effects of Exercise on Physical Self-Concept, Global Self

Esteem, and Depression in Women of Low Socioeconomic Status with Elevated Depressive Symptoms. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 36(4), 357–365. Doi: 10.1123/jsep.2013-0253

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U

Macedo, C. S. G., Garavello, J. J., Oku, E. C., Miyagusuku, F. H., Agnoll, P. D., & Nocetti, P. M. (2012). Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 8(2), 19–27. Doi: 10.12820/RBAFS.V.8N2P19-27

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul : Órgão Oficial Da Sociedade de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25(supl.1), 65–74.

Martins, A., Pacheco, A., & Jesús, S. N. (2009). Stress, gestão do tempo e actividade física: um estudo com estudantes do ensino superior. *AMazônica (Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar E Educação)*, 2(1), 23–38.

Marújo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência (Unpublished doctoral dissertation)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Menezes, P. R., & Nascimento, A. F. (2000). Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fraguas Jr, & E. C. Miguel (Eds.), *Depressão no ciclo de vida* (pp. 31–36). Porto Alegre: Artmed.

- Mueser, K. T., & Cook, J. A. (2015). Are we underestimating the value of exercise for wellness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(4), 289–292. Doi: 10.1037/prj0000175
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., & Miyashita, K. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health*, 16(2), 179–184. Doi: 10.1093/eurpub/cki159
- Nyström, M. B. T., Neely, G., Hassmén, P., & Carlbring, P. (2015). Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 341–352. Doi: 10.1080/16506073.2015.1015440
- Oliveira, L. A. M. (2010). *Auto estima, depressão, percepção da imagem corporal e distúrbios alimentares em adolescentes com diferentes níveis de actividade física (Dissertação de Mestrado em Educação Física, Especialização em Desenvolvimento da Criança)*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Recomendações Globais para a Atividade Física*.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A Meta-Analysis on the Anxiety-Reducing Effects of Acute and Chronic Exercise. *Sports Medicine*, 11(3), 143–182. Doi: 10.2165/00007256-199111030-00002
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.

- Saavedra, F. J. F. (2004). *Actividade motora e toxicodependência: estudo sobre o efeito de um programa específico de actividade física numa população toxicodependente (Tese de Doutoramento em Ciências do Desporto)*. Universidade de Trás os-Montes e Alto Douro.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42–51. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023
- Silva, R. G. (1999). A organização clínica e o tratamento para tóxico-dependentes: a Educação Física no processo de cura. *Motrivivência*, 11(12), 175–188. Doi: 10.5007/%X
- Tamayo, A. (2001). Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(3), 127-147. Doi: 10.1590/S1415-65552001000300007
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). Physical Activity, Depression and Anxiety Among the Elderly. *Social Indicators Research*, 113(1), 307–318. Doi: 10.1007/s11205-012-0094-9
- Turner, A. P., Hartoonian, N., Sloan, A. P., Benich, M., Kivlahan, D. R., Hughes, C., ... Haselkorn, J. K. (2016). Improving fatigue and depression in individuals with multiple sclerosis using telephone-administered physical activity counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(4), 297–309. Doi: 10.1037/ccp0000086
- Vasconcelos-Raposo, J. (2011). Saúde e exercício físico como instrumento terapêutico:

Que papel para as revistas científicas? *Motricidade*, 7(2), 1–5.

Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5(1), 21–32.

Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Teixeira, C. M., & Bertelli, R. (2012). Factorial validity and invariance of the Rosenberg Self-Esteem Scale among Portuguese youngsters. *Social Indicators Research*, 105(3), 483–498. Doi:10.1007/s11205-011-9782-0

Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Teixeira, C. M. (2013). Factor structure and reliability of the depression, anxiety and stress scales in a large Portuguese community sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E10, 1–10. Doi:10.1017/sjp.2013.15

Zechner, M. R., & Gill, K. J. (2016). Predictors of physical activity in persons with mental illness: Testing a social cognitive model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(4), 321–327. Doi: 10.1037/prj0000191

9. Anexos:

Questionário: Exercício Físico e Saúde Mental

Em virtude da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, com o objetivo de realizar uma investigação acerca da relação entre a saúde mental e o exercício físico, vimos solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

O preenchimento do seguinte questionário não pretende obter respostas certas nem erradas, é apenas uma forma de obter informação e, por isso, agradecemos que responda a todas as questões de forma autêntica.

É importante salientar que as suas respostas serão anónimas e a identidade dos participantes será preservada. A sua participação não é obrigatória, podendo desistir de responder a qualquer momento.

Para o esclarecimento de alguma dúvida, deverá contactar:

brpinto48@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração!

1. Aceita participar? Sim Não

2. Idade _____

3. Sexo Feminino Masculino

4. Região Rural Urbana

5. Local de Residência Norte Centro Sul Ilhas Fora de Portugal

6. Escolaridade Ensino Primário Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior

7. Estado Civil Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Outro:

8. Profissão _____

9. Já alguma vez foi diagnosticado(a) com depressão? Sim Não

10. Já alguma vez foi diagnosticado(a) com ansiedade? Sim Não

11. Já alguma vez foi diagnosticado(a) com alguma perturbação de stress? Sim Não

12. Sente que é uma pessoa confiante? Sim Não

13. Toma algum tipo de medicação? Sim Não

13.1. Se respondeu sim, para que efeito?

14. Atualmente, pratica exercício físico? (Se não, passe para a questão 15) Sim Não

14.1. Com que frequência semanal? 1 vez por semana 2 vezes por semana 3 vezes por semana 4 ou mais vezes por semana

14.2. Quanto tempo despende por cada vez que pratica exercício físico? 30 minutos 1 hora 2 horas 3 ou mais horas

14.3. Há quanto tempo pratica exercício físico? 0 anos 1 ano 2 anos 3 ou mais anos

15. Abaixo está uma lista de instruções que abordam sentimentos sobre si mesmo. Por favor, assinale como concorda ou discorda de cada afirmação.

| | Discordo fortemente | Discordo | Concordo | Concordo fortemente |
|--|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. Em geral, estou satisfeito(a) comigo próprio(a). | | | | |
| 2. Às vezes, penso que não valho nada. | | | | |
| 3. Sinto que tenho várias qualidades. | | | | |
| 4. Acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas. | | | | |
| 5. Sinto que não tenho muito do que me orgulhar. | | | | |
| 6. Às vezes, sinto-me inútil. | | | | |
| 7. Sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas. | | | | |
| 8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a). | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 9. Em todos os aspetos, estou inclinado(a) a sentir-me um fracasso. | | | | |
| 10. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a). | | | | |

16. Por favor, leia as seguintes afirmações e assinale o número (0, 1, 2 ou 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a si durante a última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 - Não se aplicou nada a mim; 1 - Aplicou-se a mim algumas vezes; 2 - Aplicou-se a mim muitas vezes; 3 - Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar. | | | | |
| 2. Senti a minha boca seca. | | | | |
| 3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo. | | | | |
| 4. Senti dificuldades em respirar. | | | | |
| 5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. | | | | |
| 6. Tive tendência a reagir exageradamente em determinadas situações. | | | | |
| 7. Senti tremores (por ex., nas mãos). | | | | |
| 8. Senti-me muito nervoso(a). | | | | |
| 9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. | | | | |
| 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro. | | | | |
| 11. Dei por mim a ficar agitado. | | | | |
| 12. Senti dificuldade em relaxar. | | | | |
| 13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a). | | | | |
| 14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. | | | | |
| 15. Senti-me quase a entrar em pânico. | | | | |
| 16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. | | | | |
| 17. Senti que não tinha muito valor como pessoa. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 18. Senti que, por vezes, estava sensível. | | | | |
| 19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. | | | | |
| 20. Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso. | | | | |
| 21. Senti que a vida não tinha sentido. | | | | |

Muito obrigada pela sua colaboração!

2º estudo independente

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Departamento de Educação e Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica

Efeitos dos comportamentos Alimentares e do Exercício Físico na Depressão e Autoestima

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Discente: Bárbara Pinto Cunha, n.º 55028
Sob orientação de: Professor Catedrático José Jacinto Vasconcelos Raposo



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Departamento de Educação e Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica

**Efeitos dos Comportamentos Alimentares e Exercício Físico na
Depressão e Autoestima**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Discente: Bárbara Pinto Cunha, n.º 55028
Sob orientação de: Professor Catedrático José Jacinto Vasconcelos Raposo

Composição do Júri:

Doutor José Jacinto Branco Vasconcelos Raposo

Doutora Ana Catarina Pires Pinheiro da Mota

Doutor Nuno José Corte-Real

Vila Real, 2019

Índice

| | | |
|-----|---------------------------------|----|
| I. | Resumo..... | 54 |
| II. | Abstract..... | 55 |
| 1. | Introdução..... | 56 |
| 1.1 | Comportamentos Alimentares..... | 56 |
| 1.2 | Exercício Físico..... | 60 |
| 1.3 | Depressão..... | 62 |
| 1.4 | Autoestima..... | 66 |
| 2. | Metodologia..... | 69 |
| 3. | Amostra..... | 69 |
| 4. | Instrumentos..... | 70 |
| 5. | Procedimentos..... | 71 |
| 7. | Resultados..... | 72 |
| 8. | Discussão de Resultados..... | 80 |
| 9. | Referências Bibliográficas..... | 85 |
| 10. | Anexos..... | 92 |

Resumo

Tanto a baixa autoestima quanto a depressão podem ser a causa ou a consequência das perturbações alimentares, influenciando também a prática de exercício físico. Por um lado, uma baixa autoestima diante de uma percepção negativa perante a própria imagem física foi apontada enquanto fator relevante de vulnerabilidade e de manutenção de comportamentos alimentares prejudiciais. Note-se que a baixa autoestima já constitui, em si mesma, um fator adjuvante ao desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos. Por outro, a depressão apresenta, por vezes, ligações diretas a estes comportamentos alimentares de risco, uma vez que acarreta alterações no apetite, seja o aumento, seja a diminuição deste. São vários os fatores psicológicos e sociais que desempenham um papel relevante no comportamento alimentar. O presente estudo investigou uma amostra de 245 indivíduos adultos de ambos os sexos procurando avaliar os fatores associados aos comportamentos alimentares e ao exercício físico na depressão e autoestima. Para medir a autoestima, utilizou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg; com vista a avaliar os comportamentos alimentares, aplicou-se o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) e, para aferir os sintomas depressivos, usou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Ao encontro da evidência empírica recolhida na revisão da literatura, verificaram-se diferenças significativas relativamente ao exercício físico, no que concerne à autoestima e a ingestão emocional. Ao lado da prática de atividade física, uma alimentação adequada melhora o bem-estar e a autoestima, tornam-se, por isso, fundamentais intervenções psicológicas na depressão e na autoestima no que aos comportamentos alimentares e ao combate do sedentarismo diz respeito.

Palavras-chave: Comportamentos Alimentares, Exercício Físico, Depressão, Autoestima.

Abstract

Both low self-esteem and depression may be the cause or the consequence of eating disorders, also influencing exercise. On the one hand, before a negative perception of physical image, low self-esteem was pointed out as a relevant factor of vulnerability and maintenance of unhealthy eating behaviors. It should be noted that low self-esteem already constitutes, itself, an adjuvant factor to the development of depressive and anxious disorders. On the other hand, depression sometimes has a direct association to these risky eating behaviors, since it causes changes in appetite, namely its increase or decrease. There are several psychological and social factors that play an important role in eating behavior. The present study investigated a sample of 245 adult individuals of both sexes to evaluate factors associated with eating behaviors and physical exercise in depression and self-esteem. To measure self-esteem, the Rosenberg Self-Esteem Scale was used. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (QHCA) was applied to assess the eating behaviors. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to measure depressive symptoms. Consistent with the empirical evidence collected in the literature review, here were significant differences regarding physical exercise, regarding self-esteem and emotional ingestion. Along with physical activity, proper nutrition improves well-being and self-esteem, and prevents physical and mental illnesses. Psychological interventions in depression and self-esteem concerning eating behaviors and the promotion of exercise are, thus, needed.

Keywords: Eating Behaviors, Exercise, Depression, Self-esteem.

1. Introdução

Hoje em dia, os maus hábitos alimentares, bem como o sedentarismo, correspondem a um estilo de vida de um número cada vez maior de pessoas. A influência de uma sociedade que sobrevaloriza a beleza e a juventude, não raramente descurando da saúde e de valores superiores, gera uma forte pressão rumo à melhoria da aparência física, sem, por vezes, olhar a meios, nem pesar as consequências, como se essa busca fosse movida por uma promessa de felicidade instantânea (Serra & Santos, 2003). Assim, as pessoas que sofrem de algum tipo de problema ao nível da alimentação coincidem também com as mais propensas a desenvolver outras doenças fisiológicas e mentais (Cordain et al., 2005). Adicionalmente, a baixa autoestima que subjaz à insatisfação corporal é dos fatores que mais potencia não só a depressão (Cordain et al., 2005), como, e reciprocamente, maus hábitos alimentares (Cooley & Toray, 2001). E como, cada vez mais, existem problemas alimentares, bem como problemas de autoestima e depressão em Portugal torna-se essencial perceber de que forma o bem-estar psicológico é afetado.

Neste sentido, surge este estudo que visa realçar a pertinência do exercício físico no bem-estar psicológico, bem como a importância de atentar-se aos diversos fatores que despoletam problemas de alimentação, autoestima ou depressão, que se forem detetados atempadamente poderão salvar muitas vidas.

1.1 Comportamentos alimentares

As preocupações com a alimentação acarretam vários problemas psicológicos e envolvem, com frequência, interações complexas entre sofrimento psicológico e oscilações de peso e tanto a baixa autoestima quanto a depressão podem ser a causa ou a consequência dos problemas alimentares, o que acaba por impactuar a prática de

exercício físico refletindo-se no humor, na energia e no peso corporal (Cooley & Toray, 2001).

Para se compreender melhor os diferentes comportamentos alimentares, a teoria de Alberts, Thewissen e Raes (2012) explica que existem três estilos diferentes de comportamentos alimentares podem ser distinguidos, a saber, a ingestão restrita, a ingestão emocional e a ingestão externa. A ingestão restrita, ou a restrição alimentar, envolve, como o nome indica, a limitação da ingestão de alimentos ou a dieta. Tem sido reportado que uma dieta rígida desempenha um papel crucial no desenvolvimento de transtornos alimentares, contribuindo para gerar e manter ciclos nocivos de perda e ganho de peso (Alberts et al., 2012). A ingestão restrita pode ser impulsionada por processos e cognições avaliativas relacionadas com a aparência, como o julgamento do Eu em termos de forma e peso (Alberts et al., 2012). A ingestão emocional pode definir-se como o ato ou efeito comer em resposta a emoções negativas (Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986) e foi identificada enquanto aspeto essencial da alimentação compulsiva (Kakosche, Kemps, & Tiggemann, 2015). Esta é um comportamento comum que afeta muitas pessoas e que pode facilitar o consumo excessivo, acarretando consequências graves para a saúde. Trata-se de um comportamento incorporado na experiência interna, bem como num contexto social externo (Kemp et al., 2013). Já a ingestão externa corresponde ao consumo de comida desencadeado por estímulos externos, não tendo em conta estados internos de fome ou de saciedade. Quem manifesta tendência para a ingestão externa revela mais propensão para comer em situações stressantes e tende a apresentar sentimentos de baixa autoestima (Alberts et al., 2012).

A evidência empírica aponta para o facto de fatores psicológicos e sociais desempenharem um papel relevante no comportamento alimentar e no consumo

excessivo de alimentos. De acordo com Kemp et al. (2013), indivíduos que, em relatos, afirmaram o seu envolvimento na ingestão emocional confessaram também que as emoções negativas, o pensamento pré-factual e a propensão para a ruminação psicológica contribuem crucialmente para o consumo de alimentos. Indicaram, além disso, que o seu comportamento era largamente afetado pelas atitudes e pelos comportamentos dos outros. A ingestão emocional, ou a ação de comer ligada ao estado emocional de um indivíduo, conduz, muitas vezes, ao consumo alimentar excessivo e tem sido apontada como a razão pela qual muitas dietas falham (Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen, & Haukkala, 2010). A ingestão emocional corresponde a um comportamento comum em resposta às emoções e caracteriza-se como um alívio emocional enquanto forma de *coping* disfuncional. A literatura mostra que a ingestão emocional relaciona-se com a dependência de meios de *coping* orientados para a emoção e com o evitamento de distrações, tanto em indivíduos com distúrbios alimentares, quanto nos relativamente saudáveis. Por outras palavras, a comida é vista e usada como recompensa ou compensação (Adam & Epel, 2007; Alberts et al., 2012). Uma característica comum das abordagens comportamentais para lidar com o afeto e as emoções passa, portanto, pela auto recompensa. Essas técnicas derivam de uma tradição que considera as perturbações emocionais, sobretudo a depressão, como sendo provocadas pela falta de experiências apropriadas de reforço (Alberts et al., 2012; Cassano & Fava, 2002).

Não só a alimentação afeta a emoção como a emoção também vai influenciar as respostas afetivas à ingestão de alimentos (Macht, 2008). Na vida quotidiana, os estados emocionais negativos podem, de acordo com Jacquier et al., (2012) associar-se a uma propensão para comer enquanto um meio de regular as emoções. As pessoas com uma alimentação restrita, por exemplo, parecem comer mais diante de uma emoção negativa,

ao passo que, em igual situação, as menos contidas tendem a comer menos (Jacquier et al., 2012).

O modelo de Michael Macht (2008) classifica cinco vias através das quais as emoções induzem mudanças nos comportamentos alimentares: 1) as emoções induzidas por alimentos controlam a escolha de alimentos, 2) as emoções intensas suprimem a ingestão de alimentos, 3) as emoções negativas e positivas prejudicam os controles cognitivos alimentares, 4) as emoções negativas incitam a alimentação para regular as emoções e 5) as emoções modulam a alimentação de acordo com as características da emoção. Uma emoção forte pode diminuir ou mesmo suprimir a ingestão de alimentos, como, por exemplo, o medo (Robbins & Fray, 1980). E pode, pelo contrário, aumentá-la (Macht et al., 2005). Evidência disto pode ser encontrada num estudo de Macht et al. (2005): comparados com o grupo de controlo, os estudantes que aguardavam um exame relataram sentir um aumento do medo, tensão e stress emocional, ladeado por uma tendência crescente de se alimentarem para se distraírem (Macht et al., 2005). Enquanto função da motivação, uma emoção leve também influencia a alimentação. Devido à disfunção do controlo cognitivo, a ingestão de alimentos por pessoas com uma alimentação restrita é aumentada, independentemente da valência emocional positiva ou negativa do alimento. Por causa desta disfunção, o sistema cognitivo tem de administrar as emoções, ficando incapaz de manter o objetivo da dieta enquanto primeira prioridade. Assim, em pessoas que fazem uma ingestão emocional, as emoções negativas vão afetar a alimentação e resultam no aumento do consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura. Já as pessoas que se relacionam normalmente com os alimentos veem a emoção influenciar a ação de comer, de acordo com os estados cognitivos e motivacionais destas (Jacquier et al., 2012).

Para colmatar este efeito de comer compulsivamente as pessoas recorrem muitas vezes ao exercício físico, que, quando ajustado devidamente pode ser usado como uma terapia para estas perturbações mentais (sejam elas alimentares, depressões ou relacionadas com a autoestima) (Teixeira et al., 2013).

1.2 Exercício Físico

Segundo Teixeira, Vasconcelos- Raposo, Fernandes e Brustad (2013) o exercício físico acarreta efeitos terapêuticos, devendo ser uma das principais áreas de foco para a prevenção e tratamento de doenças de carácter psicológico, pois, o mesmo faz parte de um estilo de vida saudável, melhora a qualidade de vida e o bem-estar. O exercício físico precisa ser entendido como um meio para manter e/ou melhorar a saúde, uma fonte de energia e bem-estar, e não tanto apenas como forma de alcançar meros propósitos estéticos (Camargo, Goetz, Bousfield, & Justo, 2011). Entre os vários benefícios, o exercício constitui-se num relevante componente para o controlo do peso e sobrepeso ou obesidade. Em quadros depressivos, regista-se a diminuição desta prática, sendo que a depressão se associa ao aumento do comportamento sedentário e à diminuição do exercício físico, particularmente em mulheres e em pessoas acima dos 40 anos de idade (Clum et al., 2014). Existe evidência científica crescente de que as pessoas fisicamente ativas correm um menor risco de desenvolver depressão, por exemplo, no tratamento de quadros depressivos as intervenções que incluam exercícios físicos se associam a benefícios significativos para pacientes que sofrem de formas leves a moderadas desta patologia, bem como à redução da ansiedade (Martinsen, 2008).

Um número crescente de estudos tem vindo a corroborar que o exercício é eficaz na prevenção e redução de sintomas depressivos (Archer, Josefsson, & Lindwall, 2014; Teixeira et al., 2013; Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano, & Martins, 2009). Mais

se acrescenta que, em pessoas deprimidas, a ausência da prática regular de exercício físico pode influenciar seriamente situações de excesso de peso ou de obesidade (Clum et al., 2014).

Está comprovado que, juntamente com o cultivo da serenidade, a manutenção de laços sociais e a autoaceitação, a prática de exercício físico, uma alimentação anti-inflamatória (isenta de glúten, carnes vermelhas, açúcares refinados, entre outros) ativam as células imunitárias, prevenindo doenças físicas e mentais, desde o cancro à depressão, passando pela ansiedade, entre outras (Schreiber, 2012). O exercício físico altera o equilíbrio hormonal e atua diretamente no sistema imunitário, protegendo-o do stress, da ansiedade e da tristeza, por vezes, presentes no dia-a-dia (Schreiber, 2012). Há um grande efeito positivo do exercício físico no humor, de tal modo impressionante que passou a ser recomendado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, a par dos antidepressivos, como primeira forma do tratamento da depressão (“National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines,” 2003). Adicionalmente, para evitar as doenças mentais e físicas a longo prazo, devem as pessoas optar, sim, por algumas alterações: a alimentação deve ser corrigida, a atitude mental alterada e o corpo fortalecido através de exercício físico, sendo tudo isto mais eficaz do que muitos tratamentos da medicina moderna (Hambrecht et al., 2004). Além de aumentar a expectativa de vida, uma boa alimentação e a prática de exercício físico concorrem para um estilo de vida que potencia o incremento de energia no trabalho e na família, estimula a memória e a concentração e diminui a dor física (Knoops et al., 2004).

Praticantes de exercício físico diagnosticados com depressão assumiram que, durante o exercício físico, não existem pensamentos negativos e, quando surgem, são afastados no fluxo do movimento físico, simplesmente concentrando a atenção na respiração ou nos movimentos corporais. Após 20 ou 30 minutos de exercício físico,

entra-se num estado em que surgem espontaneamente pensamentos positivos (Schreiber, 2012).

São graves os prejuízos para a saúde desencadeados pelos comportamentos de risco em torno da alimentação e da atividade física – seja a ausência, seja em excesso – e que constituem um problema de todos, por isso se torna urgente promover escolhas mais saudáveis para o bem físico e mental. Mas, no meio de tantos estudos e pesquisas contraditórios, revela-se, muitas vezes, difícil entender o que se deve ou não fazer (Pedrinola, 2002). É por isso importante perceber que o exercício físico deve ser tido em conta para tratar problemas como a depressão e a autoestima, sendo que a depressão apresenta ligações diretas a estes comportamentos de risco, uma vez que acarreta alterações no apetite e no exercício físico seja no aumento ou na redução destes (Macht, 2008).

1.3 Depressão

Como é sabido os comportamentos alimentares e/ou a abstinência do exercício físico são conhecidos como dois dos muitos sintomas da depressão (Scott et al., 2008). Os fatores psicológicos também têm sido propostos como influências importantes no comportamento alimentar, na prática de exercício físico e, por conseguinte, no peso do indivíduo. Os sintomas associados à depressão apresentam, por vezes, ligações diretas a estes comportamentos através dos próprios sintomas, a saber: os sintomas de depressão, por exemplo, acarretam alterações no apetite, sejam aumento ou diminuição deste. A depressão tem sido associada ao aumento da ingestão de alimentos doces de elevado valor calórico e *fast food*, ao lado da diminuição do consumo de frutas e vegetais, bem como de alimentos não doces (Clum et al., 2014; Konttinen et al., 2010). Crê-se, inclusivamente, que o aumento do consumo de alimentos pouco saudáveis e de alto valor calórico resulte da ingestão emocional associada à depressão (Konttinen et al.,

2010). É, por isso, possível que uma maior ingestão de alimentos doces, energéticos ou ricos em calorias resulte de tentativas de regular o afeto negativo associado à depressão (Jeffery et al., 2009). Adicionalmente, a ingestão emocional tem mostrado mediar os sintomas depressivos, o Índice de Massa Corporal (IMC), a circunferência da cintura e a percentagem de gordura corporal (Konttinen et al., 2010).

Jeffery et al. (2009) examinaram as relações entre relatos de sintomas depressivos, IMC e frequência de consumo de 30 alimentos em 4.655 mulheres adultas. Os alimentos foram subdivididos em três categorias: alimentos doces de alto teor calórico, alimentos não doces de alto teor calórico e alimentos de baixas calorias. Apuraram então, que os sintomas depressivos mostraram-se inversamente associados a uma maior frequência de consumo de alimentos de baixo teor calórico. O IMC apresentou uma associação positiva relativamente ao consumo de alimentos não doces de elevado teor calórico e uma associação negativa no tocante ao consumo de alimentos doces altamente calóricos. Por sua vez, os sintomas depressivos associaram-se positivamente ao consumo de alimentos doces e negativamente ao consumo de alimentos não doces. Estes apontam para a existência de uma associação positiva entre o IMC e a depressão, mediada pelo consumo de doces, o que se revelou consistente com a hipótese de que comer alimentos doces reduz o afeto negativo (Jeffery et al., 2009).

Similarmente, Konttinen et al., (2010) analisaram as associações entre sintomas emocionais e sintomas depressivos ao consumo de alimentos doces, de alimentos não doces de altas calorias e de vegetais/ frutas, conferindo especial atenção à possível interação entre a ingestão emocional e os sintomas depressivos. Concluíram que a ingestão emocional estava relacionada com um maior consumo de alimentos doces por ambos os sexos e de alimentos não doces pelo sexo masculino, independentemente de fatores como os sintomas depressivos e a ingestão restrita. Os resultados deste estudo

vieram sugerir que a ingestão emocional e os sintomas depressivos influenciam as escolhas alimentares menos saudáveis. De acordo com estes autores, a ingestão emocional pode ser um fator plausível de explicar a associação entre sintomas depressivos e consumo de alimentos doces (Konttinen et al., 2010).

Num ensaio clínico aleatorizado, controlado, com uma amostra de 743 mulheres, investigando que fatores ambientais influenciam os comportamentos alimentares e a prática de exercício físico, Clum et al. (2014) verificaram que as participantes que relataram os sintomas depressivos mais graves também deram conta de um maior envolvimento na ingestão emocional. Esta foi associada ao aumento do IMC. O efeito indireto dos sintomas depressivos sobre o IMC por meio da ingestão emocional foi significativo, indicando que a ingestão emocional é um estilo alimentar que pode ser importante na associação entre os sintomas depressivos e o IMC (Clum et al., 2014).

Além da experiência hedônica (atração ou repulsão), a força do compromisso (por exemplo, a perda de peso ou o melhoramento da saúde) traduz-se num fator de extrema importância ao contribuir para o poder motivacional (Higgins, 2006).

A imprescindibilidade de uma intervenção psicológica na depressão e na autoestima já tem vindo a ser muito reconhecida, mas é nos comportamentos alimentares que mais tem conquistado atenção. Como oportunamente se mencionou, as pessoas foram criando diversas relações emocionais que mantêm com os alimentos e, por vezes, refugiam-se neles com o objetivo primordial de fugir às pressões contínuas da vida. Comer torna-se, então, num momento de tranquilidade. A libertação da pressão passa, não raro, por fazê-lo compulsivamente (Freer, 2015). O que ocorre, também várias vezes quando se cria uma relação emocional com os alimentos, é o desenvolvimento da tendência de comer excessivamente sempre que se está triste, zangado ou assustado, optando, em particular, por alimentos adocicados. No entanto,

este tipo de alimentos faz flutuar os níveis de glicemia, o que provoca uma quebra energética, gerando, assim, mais fome e, conseqüentemente, mau humor (Freer, 2016).

Empiricamente, podem ser distinguidos efeitos fisiológicos e psicológicos na sequência do intervalo temporal entre a ingestão e as mudanças emocionais. Os efeitos fisiológicos (respostas pós-ingestão) ocorrem 30 minutos após a ingestão de alimentos, enquanto os efeitos psicológicos dão-se de imediato através da percepção dos alimentos. A ingestão de alimentos ricos em gordura ou açúcar provoca a produção de endorfina, que leva a sensações prazerosas. Sabores doces e sabores gordurosos desencadeiam a liberação de opióides endógenos, que reduzem o choro em bebés e possuem um efeito analgésico (Jacquier et al., 2012). Ao nível neurofisiológico, a dopamina encontra-se envolvida no desejo e na sensação de prazer. O sistema dopaminérgico fornece a valência afetiva do alimento ingerido, atribuindo um valor apelativo ou repulsivo aos alimentos, além de que regula a dimensão hedónica, amplamente associada à saúde. Então, o córtex pré-frontal entra em ação para suprimir ou estimular o apetite (Jacquier et al., 2012). Ao conduzir a emoções positivas e a uma sensação de bem-estar, esses efeitos são, por vezes, percebidos como uma recompensa (Jacquier et al., 2012). Este é, de acordo com Elfhag, Tholin e Rasmussen (2008), um fenómeno mais frequente no sexo feminino do que no masculino. A evidência científica mostra que as mulheres consomem demasiado açúcar para compensar eventos emocionais negativos. Já a ingestão de açúcar está, pelo contrário, associada não só ao aumento de peso, como também à própria origem de sentimentos negativos. Assim, as pessoas com excesso de peso e/ou que estão a fazer dieta expressam mais sentimentos negativos em relação a alimentos de elevadas calorias do que as magras (Jacquier et al., 2012). Tudo junto, pode ser um factor adjuvante ao desenvolvimento de problemas relacionados com a autoestima, pois uma baixa autoestima sucedânea de uma auto percepção negativa da

imagem física tem sido apontada enquanto fator essencial de vulnerabilidade e de manutenção tanto de comportamentos alimentares nocivos, como da depressão (Cooley & Toray, 2001).

1.4 Autoestima

Como podemos vir a ler ao longo do trabalho tanto a alimentação como o exercício têm uma função importante na saúde mental e segundo Cooley e Toray (2001), a autoestima também influencia a saúde mental; quando baixa, a mesma já potencia uma condição que potencia a depressão, problemas alimentares, bem como o uso inadequado do exercício físico (Cooley & Toray, 2001).

Podemos considerar autoestima como a avaliação entre a percepção de si mesmo (visão objetiva) e o ideal de si mesmo (visão subjetiva), baseada no seu autoconceito (Quiles & Espada, 2014). Segundo a linha de pensamento de Quiles e Espada (2014) quando a autoestima é elevada, existem níveis adequados psicológicos, estabilidade emocional, curiosidade, segurança, pensamento flexível, sentido de humor e bom rendimento académico, por sua vez quando a autoestima é baixa, existem níveis elevados de ansiedade, insegurança, pouca estabilidade emocional, isolamento social, passividade, competitividade e baixo rendimento académico.

Por esse motivo, o desenvolvimento da autoestima é crucial, na medida em que os indivíduos com mais autoestima, também possuem mais autoconfiança, uma visão mais positiva de si próprios, capacidade de aumentar a sua autoeficácia e resistir às pressões de grupo para comportamentos de risco para a saúde (Anastácio & Carvalho, 2006). Na conceção de Alves et al., (2009), atualmente a sociedade manifesta maior preocupação em manter um estilo de vida saudável, quer através dos cuidados na alimentação, quer através da prática de exercício físico. De modo a aumentar a autoestima, associada à imagem corporal, os indivíduos tentam corresponder aos ideais estéticos da cultura em

que se integram, recorrendo a dietas, ao exercício físico exagerado, ao uso de diuréticos, laxantes, entre outros que prejudicam a saúde (Alves et al., 2009). Anastácio e Carvalho (2006) mencionam que o exercício físico deve ser considerado como um aliado da saúde mental, uma vez que melhora a autoestima, o bem-estar mental e o comportamento humano, os quais estão relacionados com um produto da personalidade do indivíduo ou a alguns dos seus traços. Se a prática de exercício físico for frequente, o mesmo refletir-se-á na melhoria da autoestima, diminuição do stress e ansiedade, prevenção de perturbações de saúde mental e na melhoria da qualidade de vida (Buckworth et al., 2002).

Por sua vez, o facto de se criar uma perceção negativa diante da aparência física ou imagem corporal foi identificada como um importante fator de vulnerabilidade e de manutenção de comportamentos alimentares insalubres (Alberts et al., 2012). Entre os fatores do desenvolvimento e manutenção da insatisfação corporal, incluem-se ideais de aparência, verificação corporal e evitamento corporal (Alberts et al., 2012; Carvalho, Conti, Cordás, & Ferreira, 2012). A verificação corporal traduz-se em “aferições do peso, por meio do uso de espelhos e superfícies reflexivas, toque e «pinçamento» de dobras corporais, comparação do corpo com o de outros indivíduos, entre outros comportamentos de autoavaliação” (Carvalho et al., 2012, p. 74). O evitamento corporal passa pela “recusa em pesar-se, olhar seu corpo e [por] comportamentos de ocultar partes dele” (Carvalho et al., 2012, p. 74).

O pensamento dicotómico desempenha, aqui, um papel decisivo, na medida em que implica um tipo de rigidez cognitiva em que a realidade é percebida em termos binários, de extremos (e.g., vazio/ cheio, bom/ mau) (Alberts et al., 2012; Fairburn et al., 2003), encorajando obsessões e sentimentos de culpa após o consumo de alimentos tidos como vedados ou “proibidos” (Alberts et al., 2012). Isto acaba, inversamente e em contraste, por aumentar a atratividade destes mesmos alimentos (Alberts et al., 2012;

Mann & Ward, 2001). Um estudo de Alberts, Thewissen e Raes (2012), que teve como instrumento o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) (Van Strien et al., 1986), mostrou que o sentimento de culpa se associa a uma maior probabilidade de comer demais perante humor disfórico, stress, cansaço ou depressão. Já Mann e Ward (2001) deram conta de que o desejo por determinada comida aumenta se os indivíduos forem obrigados a evitá-la.

Por sua vez, no estudo de Fernandes et al., (2009), verificou-se a relação entre os níveis de exercício físico de adultos em idade avançada e a satisfação com a vida, autoestima e crescimento pessoal. As principais conclusões expõem que o aumento da prática de exercício físico contribui para níveis superiores de satisfação com a vida, autoestima e crescimento pessoal, sendo cada vez mais significativo nos idosos que praticam pelo menos 30 minutos de exercício físico moderado durante cinco ou mais dias da semana. Os mesmos resultados são encontrados no estudo de Netz et al., (2005) e Mazo, Cardoso e Aguiar (2006), uma vez que os autores observaram que o exercício físico é relevante para a promoção de um envelhecimento mais saudável.

Em contrapartida, o estudo realizado por Ryff e Singer (1998) mostra que alguns indivíduos não praticam bons comportamentos de saúde (exercício físico e alimentação adequada), uma vez que consideram não ter algumas condições de vida básicas, tais como: oportunidades de trabalho significativas, relacionamentos estáveis ou força de vontade para superar as dificuldades da vida. Neste sentido, surge o papel do psicólogo para auxiliar os pacientes a identificarem o problema, servir de guia e aconselhar, de modo a estimular e aumentar a autoestima e aprender a lidar com os sentimentos negativos, através de estratégias de reorganização e do modelo cognitivo-comportamental (Tavares e Alarcão, 2005).

Enquanto mais um contributo para o alargamento do conhecimento acerca deste tema da maior relevância e atualidade, o objetivo principal deste estudo centraliza-se na seguinte questão “Será que existe uma relação entre exercício físico, a depressão, autoestima e os comportamentos alimentares? Com base nisto as hipóteses subsistem em: Hipótese 1: Comparar por sexo e níveis de exercício físico o nível da depressão, autoestima e os comportamentos alimentares; H2: Comparar por sexo e estado civil o nível da depressão, autoestima e os comportamentos alimentares; H3: Compararam-se ainda por sexo e situação profissional o nível da depressão, autoestima e os comportamentos alimentares. As variáveis independentes do presente estudo são: exercício físico, sexo, estado civil e a situação profissional. Por sua vez, as variáveis dependentes são: a depressão, autoestima, ingestão emocional, restrição alimentar e a ingestão externa.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, elaborado, portanto, num único momento; descritivo e comparativo, envolvendo a relação entre as variáveis ao invés de relações diretas de causa-efeito.

3. Amostra

A amostra foi composta por 245 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (172 femininos, 73 masculinos), recrutados em Portugal, na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, sendo que rurais foram 121 (49,4%) e urbanos 124 (50,6%), com idade média de 31,02% (DP = 11,4) anos. A amostra foi ainda dividida em três grupos com base no nível de educação: o Grupo 1 (N = 59, 24,1%) com o ensino básico, o Grupo 2 (N = 138, 56,3%) com o secundário e o Grupo 3 (N = 48, 19,6%) com o superior. O estado civil foi dividido em solteiros (N = 132, 53,9%) e casados (N = 113, 46,1%). Quanto à situação profissional, foram elaborados 4 grupos, o Grupo 1 eram

estudantes (N= 108, 44,1%), o Grupo 2, empregados (N=108, 44,1%), o Grupo 3 referia-se aos desempregados (N=24, 10,2%) e, por fim, o Grupo 4, aos reformados (N=4, 1,6%). Com base nos níveis de participação na atividade física, a amostra foi dividida em duas partes: Fisicamente Inativos (N = 69, 28,16%) e Fisicamente Ativos (N = 176, 71,84%). A técnica de amostragem foi não probabilística e por conveniência.

4. Instrumentos

Inicialmente, o instrumento aplicado foi um questionário de autopreenchimento que continha os dados sociodemográficos (se praticavam ou não atividade física, idade, sexo, estado civil, local de residência, habilitações literárias e situação profissional). Utilizaram-se duas variáveis para avaliar a frequência do exercício físico habitual numa semana normal e na última semana, com base numa escala intervalar que variava entre zero e sete dias, apresentando a duração de 30 minutos como valor mínimo de prática de exercício físico por dia (Prochaska, Sallis, & Long, 2001).

Para avaliar os comportamentos alimentares, foi aplicado o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) de Van Strien et al., (1986). Este é um questionário de autopreenchimento composto por 33 itens que se diferenciam em três fatores: restrição alimentar (itens 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29 e 31), ingestão emocional (itens 1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 30 e 32) e ingestão externa (itens 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27 e 33) (Van Strien et al., 1986).

Outro teste utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Este é constituído por 21 itens, sendo que cada um contém 4 frases, que descrevem 4 possibilidades ordenadas por gravidade de depressão sintomática com cotação de 0 a 3. Mais uma vez, as respostas foram dadas numa escala de tipo Likert, representando 1 – “discordo plenamente”, 2 – “discordo”, 3 – “nem concordo nem discordo”, 4 – “concordo” e 5 – “concordo plenamente”.

Por fim, para medir a autoestima, foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), validada para a população portuguesa por Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Teixeira, e Bertelli (2012) constituída por dez afirmações positivas e negativas. As opções foram dadas numa escala de tipo Likert: 1 – “discordo fortemente”, 2 – “discordo”, 3 – “concordo” ou 4 – “concordo fortemente”, sendo os itens de carácter positivo os pontos 1, 3, 4, 7 e 10, e os de carácter negativo, 2, 5, 6, 8 e 9 – estes últimos, aquando da análise de dados, devem ser convertidos.

5. Procedimentos

Os questionários foram distribuídos e recolhidos na mesma semana, garantindo-se a confidencialidade de todos os participantes. A recolha foi feita em contexto presencial.

O apuramento dos resultados e a realização dos testes estatísticos e testagem das hipóteses foram efetuados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Inicialmente, foi feita uma análise descritiva (média e desvio padrão) da amostra, de forma a obter as medidas de tendência central, bem como foram calculados os valores de skewness e kurtosis tendo em consideração os valores entre -1 e 1 face aos resultados optou-se pela estatística paramétrica (Dancey & Reidy, 2006). Assumida a normalidade da distribuição, procedeu-se à análise multivariada e univariada da variância (MANOVA) para comparar os grupos que se constituíram como variáveis independentes (sexo, exercício físico, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) aos grupos das variáveis dependentes (depressão, autoestima e comportamento alimentar, com três níveis: emocional, restrito e externo), tendo como significância o valor de 5% e quanto á dimensão dos efeitos estatísticos foi considerando efeito pequeno de 0.01 a 0.04, efeito moderado de 0.041 a 14 e efeito elevado todo aquele maior a 14 (Dancey & Reidy, 2006). Para finalizar foram realizadas

correlações para as associações entre as variáveis dependentes foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson que teve por base os graus de coeficiente de relação propostos por Dancey e Reidy (2006). Quando $r = 1$ ou $r = -1$ temos um relacionamento perfeito, sendo que: $r < 0.3$ é um relacionamento fraco, $r < 0.6$ é um relacionamento moderado e $r > 0.6$ é um relacionamento forte, sejam estes positivos ou negativos Dancey e Reidy (2006).

6. Resultados

Para determinar a normalidade dos dados, foram calculados os valores de skewness e de kurtosis (Quadro 1), verificando-se que as variáveis apresentam uma distribuição normal.

Quadro 1- Análise da Normalidade

| | M±DP | Skewness | Kurtosis | Alpha de Cronbach |
|------------|------------|----------|----------|-------------------|
| Depressão | 48.9±6.24 | .605 | 1.081 | .378 |
| Autoestima | 36.4±5.17 | -.439 | -.528 | .593 |
| Emocional | 26.7±10.75 | .578 | -.322 | .070 |
| Restrita | 20.7±7.82 | .321 | -.870 | .239 |
| Externa | 27.1±5.75 | -.097 | .079 | .356 |

Passando para a análise multivariada da variável do exercício físico, nota-se que, no sexo, $F(5.237) = 4.583$, $p = .001$, $\eta^2_p = .088$, segundo o teste Wilks's Lambda, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de significância .05 e há um efeito elevado com $PO=.972$. No tocante à análise do exercício físico, $F(5.237) = 5.238$, $p = .001$, $\eta^2_p = .100$, verificam-se também diferenças significativas com um efeito forte

e .987 de potência observada. Já na interação entre o sexo e o exercício físico, $F(5.237) = 429$, $p = .828$, $\eta^2_p = .009$, $PO = .163$ não se verificam diferenças significativas.

Tendo em conta a análise multivariada do estado civil, no sexo, $F(5.237) = 7.091$, $p = .001$, $\eta^2_p = .130$, há diferenças estatisticamente significativas e um efeito estatístico elevado com um poder observado de $PO = .999$. No que diz respeito ao estado civil, $F(5.237) = 2.251$, $p = .050$, $\eta^2_p = .045$, existem diferenças relevantes, com efeito moderado e uma potencia observada de $PO = .726$. Aquando da interação do sexo com o estado civil, $F(5.237) = 2.448$, $p = .035$, $\eta^2_p = .049$, notam-se diferenças significativas entre os grupos, com efeito moderado e o $PO = .765$.

Analisando a variável dependente, situação profissional, no sexo, $F(5.234) = 2.300$, $p = .046$, $\eta^2_p = .047$, $PO = .736$, existem igualmente diferenças significativas, com efeito moderado. No que se refere à situação profissional, $F(15.646) = 1.977$, $p = .040$, $\eta^2_p = .130$, existem diferenças significativas com um efeito estatístico forte e uma potência observada de $PO = .940$. Na interação entre a situação profissional e o sexo, $F(10.468) = .606$, $p = .809$, $\eta^2_p = .013$, $PO = .320$, não existem efeitos estatísticos significativos.

Passando para uma análise univariada das variáveis supracitas, como se verifica no Quadro 2, no sexo existem diferenças significativas com efeito fraco na ingestão emocional com um valor de potência de 638, assim como na restrição alimentar verificando-se um efeito moderado. No que toca ao exercício físico, existe uma diferença significativa com efeito moderado quer na autoestima, quer na ingestão emocional e uma potencia observada acima de .900.

Quadro 2- Análise univariada de comparação entre Exercício Físico e Sexo

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M ± SD | Feminino M ± SD | F | P | η^2_p | P.O |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------|----------|------------------------------|------------|
| Sexo | Depressão | 47.2±6.38 | 49.52±6.35 | 4.848 | .029 | .020 | .592 |
| | Autoestima | 37.05±4.86 | 36.2±5.29 | .945 | .332 | .004 | .162 |
| | Emocional | 23.1±9.49 | 28.2±10.9 | 5.395 | .021 | .022 | .638 |
| | Restrita | 16.7±6.84 | 22.3±7.63 | 21.081 | .001 | .080 | .996 |
| | Externa | 27.6±6.09 | 26.9±5.60 | .217 | .642 | .001 | .075 |
| Exercício Físico | Depressão | 47.2±6.38 | 49.52±6.35 | 3.111 | .079 | .013 | .420 |
| | Autoestima | 37.05±4.86 | 36.2±5.29 | 15.479 | .001 | .060 | .975 |
| | Emocional | 23.1±9.49 | 28.2±10.9 | 12.455 | .001 | .049 | .940 |
| | Restrita | 16.7±6.84 | 22.3±7.63 | 1.682 | .196 | .007 | .253 |
| | Externa | 27.6±6.09 | 26.9±5.60 | .004 | .950 | .000 | .050 |
| Sexo * | Depressão | 47.2±6.38 | 49.52±6.35 | 1.206 | .273 | .005 | .194 |
| Exercício Físico | Autoestima | 37.05±4.86 | 36.2±5.29 | .668 | .414 | .003 | .129 |
| | Emocional | 23.1±9.49 | 28.2±10.9 | .000 | .987 | .000 | .050 |
| | Restrita | 16.7±6.84 | 22.3±7.63 | .696 | .405 | .003 | .132 |
| | Externa | 27.6±6.09 | 26.9±5.60 | .045 | .832 | .000 | .055 |

Com base no Quadro 3 podemos ver que as mulheres que praticam exercício físico têm maiores níveis de depressão, o mesmo não acontece com os homens, pois os praticantes de exercício físico parecem ter menos índices de depressão. Na autoestima as mulheres mostram ter mais autoconfiança praticando exercício físico, enquanto que o sexo masculino mostra precisamente o contrário. Nos comportamentos alimentares, à exceção da ingestão externa, os sexos mostram que as pessoas não praticantes de exercício físico têm menos incidência nos comportamentos como a restrição alimentar e ingestão emocional.

Quadro 3- Análise descritiva do Exercício Físico

| | Sexo | Exercício Físico | Média | Desvio Padrão |
|----------------------------|-------------|-------------------------|--------------|----------------------|
| Depressão | Feminino | Sim | 48.8825 | 5.23552 |
| | | Não | 49.6182 | 6.50624 |
| | | Total | 49.5284 | 6.35585 |
| | Masculino | Sim | 45.2370 | 4.54729 |
| | | Não | 48.3988 | 6.00042 |
| | | Total | 47.6192 | 5.81111 |
| Autoestima | Feminino | Sim | 38.667 | 4.36272 |
| | | Não | 35.8609 | 5.33547 |
| | | Total | 36.2035 | 5.29585 |
| | Masculino | Sim | 40.2778 | 2.76119 |
| | | Não | 36.0000 | 4.95162 |
| | | Total | 37.0548 | 4.86167 |
| Ingestão Emocional | Feminino | Sim | 22.5238 | 8.60592 |
| | | Não | 29.0530 | 10.99684 |
| | | Total | 28.2558 | 10.92418 |
| | Masculino | Sim | 18.2778 | 6.43342 |
| | | Não | 24.7455 | 9.82668 |
| | | Total | 28.2558 | 10.92418 |
| Restrição Alimentar | Feminino | Sim | 21.8571 | 8.36233 |
| | | Não | 22.4702 | 7.55849 |
| | | Total | 22.3953 | 7.63767 |
| | Masculino | Sim | 14.6667 | 6.30593 |
| | | Não | 17.4909 | 6.91984 |
| | | Total | 16.7945 | 6.84138 |
| Ingestão Externa | Feminino | Sim | 27.2381 | 4.71068 |
| | | Não | 26.9536 | 5.73566 |
| | | Total | 26.9884 | 5.60909 |
| | Masculino | Sim | 27.500 | 5.88368 |
| | | Não | 27.6545 | 6.21890 |
| | | Total | 27.6164 | 6.09788 |

No quadro 4 na comparação por sexo, existem diferenças significativas na depressão embora que com efeito fraco e o $PO=.678$. As mesmas diferenças são evidentes na ingestão emocional com efeito moderado e uma potencia observada de .927. Existem ainda diferenças significativas na restrição alimentar com efeito estatístico elevado e $PO=100$. No estado civil, também se notam diferenças na autoestima, embora apresente um efeito fraco, mas um PO de .616. Na interação do

sexo com o estado civil, verificam-se diferenças significativas na variável depressão tendo, ainda assim, um efeito pequeno ($\eta^2_p = .024$) e o poder observado de .684.

Quadro 4- Análise univariada de comparação entre Estado Civil e Sexo

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M \pm SD | Feminino M \pm SD | F | P | η^2_p | P.O |
|--------------------------------|------------------------------|--|---|----------|----------|------------------------------|------------|
| Sexo | Depressão | 47.6 \pm 5.81 | 49.52 \pm 6.35 | 5.919 | .016 | .024 | .678 |
| | Autoestima | 37.05 \pm 4.86 | 36.2 \pm 5.29 | 1.719 | .191 | .007 | .257 |
| | Emocional | 23.1 \pm 9.49 | 28.2 \pm 10.9 | 11.760 | .001 | .047 | .927 |
| | Restrita | 16.7 \pm 6.84 | 22.3 \pm 7.63 | 29.651 | .001 | .110 | 1.000 |
| | Externa | 27.6 \pm 6.09 | 26.9 \pm 5.60 | .741 | .390 | .003 | .138 |
| Estado Civil | Depressão | 47.6 \pm 5.81 | 49.52 \pm 6.35 | 1.472 | .226 | .006 | .227 |
| | Autoestima | 37.05 \pm 4.86 | 36.2 \pm 5.29 | 5.131 | .024 | .021 | .616 |
| | Emocional | 23.1 \pm 9.49 | 28.2 \pm 10.9 | 4.808 | .029 | .020 | .589 |
| | Restrita | 16.7 \pm 6.84 | 22.3 \pm 7.63 | 4.810 | .029 | .020 | .589 |
| | Externa | 27.6 \pm 6.09 | 26.9 \pm 5.60 | .064 | .801 | .000 | .057 |
| Sexo * Estado Civil | Depressão | 47.6 \pm 5.81 | 49.52 \pm 6.35 | 5.996 | .015 | .024 | .684 |
| | Autoestima | 37.05 \pm 4.86 | 36.2 \pm 5.29 | 1.449 | .230 | .006 | .224 |
| | Emocional | 23.1 \pm 9.49 | 28.2 \pm 10.9 | 2.502 | .115 | .010 | .350 |
| | Restrita | 16.7 \pm 6.84 | 22.3 \pm 7.63 | .062 | .804 | .000 | .057 |
| | Externa | 27.6 \pm 6.09 | 26.9 \pm 5.60 | 1.104 | .295 | .005 | .182 |

No quadro 5, relativamente ao estado civil, concluímos que os homens casados têm uma menor incisão na depressão que os solteiros, enquanto que nas mulheres existe uma ligeira diferença que mostra que são as casadas as com mais prevalência para a depressão. No que toca a autoestima tanto as mulheres como os homens casados mostram maiores níveis de autoestima. Nos comportamentos alimentares os solteiros tanto do sexo masculino, como do feminino parecem predominar no que às perturbações alimentares diz respeito.

Quadro 5- Análise descritiva do Estado Civil

| | Sexo | Estado Civil | Média | Desvio Padrão |
|----------------------------|-------------|---------------------|--------------|----------------------|
| Depressão | Feminino | Solteiro | 49.0330 | 6.80369 |
| | | Casado | 50.0981 | 5.78836 |
| | | Total | 49.5284 | 6.35585 |
| | Masculino | Solteiro | 49.0467 | 6.19480 |
| | | Casado | 45.8889 | 4.85545 |
| | | Total | 47.6182 | 5.81111 |
| Autoestima | Feminino | Solteiro | 35.8478 | 5.46504 |
| | | Casado | 36.6125 | 5.09776 |
| | | Total | 36.2035 | 5.29585 |
| | Masculino | Solteiro | 35.9250 | 5.19560 |
| | | Casado | 38.4242 | 4.09291 |
| | | Total | 37.0548 | 4.86167 |
| Ingestão Emocional | Feminino | Solteiro | 30.7935 | 10.39182 |
| | | Casado | 25.3375 | 10.85339 |
| | | Total | 28.2558 | 10.92418 |
| | Masculino | Solteiro | 23.5500 | 9.44064 |
| | | Casado | 22.6667 | 9.67492 |
| | | Total | 23.1507 | 9.49074 |
| Restrição Alimentar | Feminino | Solteiro | 23.5652 | 8.15550 |
| | | Casado | 21.0500 | 6.79892 |
| | | Total | 22.3953 | 7.63767 |
| | Masculino | Solteiro | 17.7000 | 7.05727 |
| | | Casado | 15.6970 | 6.50713 |
| | | Total | 16.7945 | 6.84138 |
| Ingestão Externa | Feminino | Solteiro | 27.4783 | 5.10651 |
| | | Casado | 26.4250 | 6.12067 |
| | | Total | 26.9884 | 5.60909 |
| | Masculino | Solteiro | 27.3250 | 5.57185 |
| | | Casado | 27.9697 | 6.75224 |
| | | Total | 27.6164 | 6.09788 |

O Quadro 6 expõe as análises univariadas feitas à situação profissional, então no sexo, observam-se diferenças significativas na ingestão emocional com um efeito fraco e um valor de potência de .631 e na alimentação restrita com efeito moderado e uma potencia observada de .887. Na situação profissional, existem diferenças significativas que se referem à alimentação restrita com efeito fraco e o poder observado de .697 e à ingestão externa com efeito moderado e o PO= .766.

Quadro 6- Análise univariada de comparação entre Situação Profissional e Sexo

| Variáveis Independentes | Variáveis Dependentes | Masculino M ± SD | Feminino M ± SD | F | P | η^2_p | P.O |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------|----------|------------------------------|------------|
| Sexo | Depressão | 47.2±6.38 | 49.52±6.35 | .967 | .326 | .004 | .165 |
| | Autoestima | 37.05±4.86 | 36.2±5.29 | .166 | .684 | .001 | .069 |
| | Emocional | 23.1±9.49 | 28.2±10.9 | 5.303 | .022 | .022 | .631 |
| | Restrita | 16.7±6.84 | 22.3±7.63 | 10.149 | .002 | .041 | .887 |
| | Externa | 27.6±6.09 | 26.9±5.60 | .266 | .606 | .001 | .081 |
| Situação Profissional | Depressão | 47.2±6.38 | 49.52±6.35 | 1.100 | .350 | .014 | .295 |
| | Autoestima | 37.05±4.86 | 36.2±5.29 | 2.619 | .052 | .032 | .637 |
| | Emocional | 23.1±9.49 | 28.2±10.9 | .638 | .591 | .008 | .183 |
| | Restrita | 16.7±6.84 | 22.3±7.63 | 2.963 | .033 | .036 | .697 |
| | Externa | 27.6±6.09 | 26.9±5.60 | 3.425 | .018 | .041 | .766 |
| Sexo * Situação Profissional | Depressão | 47.2±6.38 | 49.52±6.35 | .609 | .545 | .005 | .151 |
| | Autoestima | 37.05±4.86 | 36.2±5.29 | 1.614 | .201 | .013 | .339 |
| | Emocional | 23.1±9.49 | 28.2±10.9 | .147 | .863 | .001 | .072 |
| | Restrita | 16.7±6.84 | 22.3±7.63 | .323 | .724 | .003 | .101 |
| | Externa | 27.6±6.09 | 26.9±5.60 | .475 | .622 | .004 | .127 |

Na situação profissional, Quadro 7, vemos que os desempregados, em geral, são aqueles com maiores níveis de depressão. Na autoestima, no caso das mulheres, são as estudantes que possuem maiores níveis de autoestima, enquanto que no que concerne aos homens são os reformados e os empregados que estão com a maior pontuação. No que diz respeito à ingestão emocional são as estudantes e os reformados com os níveis mais elevados. Na restrição alimentar tanto no sexo feminino, como no masculino são os estudantes que apresentam maior restrição alimentar. E na ingestão externa são os empregados quer do sexo masculino, como do feminino que têm maior incidência neste tipo de comportamento alimentar.

Quadro 7- Análise descritiva da Situação Profissional

| | Sexo | Situação Profissional | Média | Desvio Padrão |
|----------------------------|-------------|------------------------------|--------------|----------------------|
| Depressão | Feminino | Estudante | 49.2771 | 6.01884 |
| | | Empregado | 49.5282 | 6.85500 |
| | | Desempregado | 50.6535 | 6.17803 |
| | | Total | 49.5284 | 6.35585 |
| | Masculino | Estudante | 48.5210 | 5.53957 |
| | | Empregado | 46.9542 | 5.43884 |
| | | Desempregado | 50.5583 | 9.39704 |
| | | Reformado | 44.6750 | 3.56738 |
| Autoestima | Feminino | Estudante | 36.6000 | 5.20348 |
| | | Empregado | 36.1912 | 5.43141 |
| | | Desempregado | 34.4737 | 5.13559 |
| | | Total | 36.2035 | 5.29585 |
| | Masculino | Estudante | 35.3478 | 5.74938 |
| | | Empregado | 37.7500 | 4.03669 |
| | | Desempregado | 35.3333 | 4.36654 |
| | | Reformado | 42.5000 | 4.36654 |
| Ingestão Emocional | Feminino | Estudante | 29.1647 | 10.95211 |
| | | Empregado | 27.8382 | 10.55138 |
| | | Desempregado | 25.6842 | 12.165577 |
| | | Total | 28.2558 | 10.92418 |
| | Masculino | Estudante | 23.7826 | 9.74193 |
| | | Empregado | 22.2750 | 9.47598 |
| | | Desempregado | 23.0000 | 10.07968 |
| | | Reformado | 28.5000 | 8.81287 |
| Restrição Alimentar | Feminino | Estudante | 23.6588 | 8.31171 |
| | | Empregado | 20.9853 | 6.65009 |
| | | Desempregado | 21.7895 | 7.19243 |
| | | Total | 22.3953 | 7.63767 |
| | Masculino | Estudante | 19.1739 | 7.04951 |
| | | Empregado | 15.3250 | 6.68096 |
| | | Desempregado | 18.8333 | 6.61564 |
| | | Reformado | 14.7500 | 4.42531 |
| Ingestão Externa | Feminino | Estudante | 26.7412 | 5.10871 |
| | | Empregado | 27.7500 | 5.57814 |
| | | Desempregado | 25.3684 | 7.48488 |
| | | Total | 26.9884 | 5.60909 |
| | Masculino | Estudante | 26.6957 | 5.74800 |
| | | Empregado | 28.3500 | 5.97237 |
| | | Desempregado | 23.1667 | 7.16705 |
| | | Reformado | 32.2500 | 4.34933 |
| | | Total | 27.6164 | 6.09788 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Segundo o quadro 8, apuramos que existe uma relação negativa e forte entre a autoestima e a depressão (-.438). Também se verifica uma relação positiva e forte entre a depressão e a ingestão emocional (.307), como também na depressão e restrição emocional (.334). Também podemos denotar uma forte relação positiva entre a ingestão emocional e a restrição alimentar (.418), bem como a ingestão emocional e ingestão externa (.385). Ainda entre a autoestima e ingestão emocional podemos verificar uma relação negativa e moderada.

Quadro 8- Análise de Correlação de Pearson

| | Depressão | Autoestima | Ingestão Emocional | Restrição Alimentar | Ingestão Externa |
|----------------------------|------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Depressão | 1 | -.438 | .307 | .334 | .090 |
| Autoestima | -.438 | 1 | -.199 | -.067 | .035 |
| Ingestão Emocional | .307 | -.199 | 1 | .418 | .385 |
| Restrição Alimentar | .334 | -.067 | .418 | 1 | .016 |
| Ingestão Externa | .090 | .035 | .385 | .016 | 1 |

7. Discussão de Resultados

O objetivo primórdio do presente estudo foi avaliar a se existia uma relação entre exercício físico e a depressão, autoestima e os comportamentos alimentares. A partir dos resultados pode-se corroborar a primeira hipótese, uma vez que o exercício físico tem influência na autoestima e na ingestão emocional, sendo este resultado consistente com a maior parte da evidência empírica recolhida na revisão da literatura, uma vez que à medida que aumenta a prática de exercício físico existe um aumento da autoestima, com tendência à diminuição dos sintomas depressivos, originando uma

diferença nos comportamentos alimentares, dado que existe uma forte relação entre a depressão e a ingestão emocional, e a depressão e a restrição emocional. Tal como oportunamente se observou na vasta revisão da literatura a prática de exercício físico é de fundamental importância para a qualidade de vida das pessoas, em geral, e que inúmeros são os benefícios que a mesma proporciona principalmente no campo da depressão, autoestima e alimentação. Uma vida saudável requer atitudes comprometedoras com a escolha de hábitos saudáveis, e principalmente de exercício físico regular, que, sem dúvida, são passíveis de proporcionar melhor qualidade de vida e maior longevidade (Teixeira et al., 2013; Vasconcelos-Raposo et al., 2009).

Como expectável, na segunda hipótese, os resultados mostram que o estado civil tem influência na autoestima. Na interação do sexo com o estado civil, foram observadas diferenças significativas na variável depressão.

Por último, de forma a concretizar o objetivo geral do presente estudo, foi analisado o impacto da situação profissional, que correspondia à hipótese número 3, onde foi notada uma diferença significativa relativa às variáveis de alimentação restrita e ingestão externa. Ao facto de adicionalmente, quando em grupo, particularmente na companhia de familiares e amigos, as pessoas revelam propensão para comer mais (Herman et al., 2003) pode aqui inferir-se o eventual papel desempenhado pela situação profissional, uma vez que as pessoas ativas no mercado de trabalho tendem mais a fazer refeições fora de casa e na companhia de outras (e.g., colegas de trabalho), relativamente àquelas que passam mais tempo em ambiente doméstico. A alimentação é, também, passível de ser afetada pelas circunstâncias sociais (Herman et al., 2003), sendo o comportamento alimentar largamente influenciado pelas atitudes e pelos comportamentos dos outros (Kemp et al., 2013).

Quando analisada a correlação de pearson verifica-se que há uma relação negativa entre depressão e autoestima, revelando que à medida que os níveis de mal-estar psicológico diminuem, aumenta a autoestima. Ao analisar as correlações entre a depressão verificam-se associações significativas com a ingestão emocional e a restrição alimentar. Como também, entre a ingestão emocional e a restrição alimentar e a ingestão externa.

Estes resultados só poderão ser clarificados em estudos longitudinais que evidenciem a forma como as variáveis se associam, assim como a direção das mesmas. Contudo, o que o nosso estudo evidência de forma inequívoca é o papel central que o exercício físico juntamente com uma alimentação adequada têm na saúde mental. Além disso, o facto da metodologia do presente estudo ser meramente quantitativa não permite explorar, de forma aprofundada, a relação entre variáveis em estudo. São, por todas estas razões, cruciais as intervenções psicológicas que se debruçam sobre a depressão e a autoestima, tendo como foco os comportamentos alimentares e a promoção da prática de exercício físico.

A frase latina bem conhecida por todos “mens sana in corpore sano”, mostra, sem dúvida, o facto de o homem sempre ter sentido necessidade de exercitar o corpo para poder alcançar um equilíbrio psíquico completo, uma vez que a depressão é considerada uma das doenças que mais incapacita o ser humano. Assim, a prática do exercício físico revela-se uma excelente maneira de prevenir e combater a doença, uma vez que as atividades podem reduzir a ansiedade e a tensão. Do mesmo modo, verifica-se que quando praticado com regularidade, o exercício físico faz bem à saúde, ajudando a manter o equilíbrio emocional, aliviando o stress melhorando a memória, diminuindo a insegurança e a ansiedade.

Percebe-se, por meio deste estudo, que a prática de atividades físicas é de fundamental importância para a qualidade de vida das pessoas, em geral, e que inúmeros são os benefícios que a mesma proporciona principalmente no campo da depressão, autoestima e alimentação, entre outros. Uma vida saudável requer atitudes comprometedoras com a escolha de hábitos saudáveis, principalmente atividades físicas regulares, que, sem dúvida, são passíveis de proporcionar melhor qualidade de vida e maior longevidade. Por isso a prática de exercício físico é, também, recomendada como forma de regular os hábitos alimentares, de modo a não comprometer o próprio desempenho.

A complexa relação com os alimentos resulta, sobretudo, de uma baixa autoestima, de uma falta de interesse por si próprio, em que o indivíduo encara a comida como um reconforto, acabando, pelo contrário, por fragilizar ainda mais a sua situação física e mental. Por estas e outras razões, urge uma intervenção psicológica que venha atuar no sentido de quebrar este ciclo (Dallman, 2010). Assim, pessoas com problemas de caráter psicológico, que tenham tendências depressivas ou baixa autoestima, entre outros, devem tentar perceber o motivo do seu estado e procurar alternativas viáveis, realmente capazes de as fazer ultrapassar o emaranhado de emoções que a alimentação lhes suscita. Só por si, a comida não conseguirá preencher, a longo prazo, uma eventual sensação de vazio na vida ou na mente, mas somente proporcionar um prazer momentâneo (Freer, 2016). É imperioso optar por outros recursos e apostar nestes, ou seja, escolher outras opções que divirtam e deem igualmente prazer, explorando, deste modo, outras formas de lidar com a baixa autoestima e/ou com a depressão. Devem, portanto, utilizar-se os alimentos para orientar a saúde e não para estimular o ânimo, afastar o tédio, aliviar a ansiedade ou compensar a solidão (Freer, 2016). É necessário que os alimentos sejam, contudo, encarados como fonte de nutrição, que ajuda a tirar o

melhor partido da vida, e não propriamente como algo unicamente usado para matar a fome (Freer, 2016).

Quer se trate de aprender a relaxar, a controlar melhor a mente (Fairburn et al., 2003), a ter uma alimentação mais saudável ou a praticar regularmente exercício físico, na verdade, o segredo é apenas um: que o indivíduo se proporcione um meio através do qual possa dirigir o curso da sua vida, em vez de se sujeitar a ele, entregando-se ao sentimento de impotência e angústia (Schreiber, 2012). Esteja-se ou não de boa saúde, cada passo dado em direção a um maior equilíbrio facilita, em grande medida, os passos seguintes (Schreiber, 2012). Então, antes de tudo, é importante sentir-se bem consigo próprio, com o seu corpo, o seu peso, fazer exercício porque se gosta do corpo e não porque o odeia, alimentar-se bem porque se importa com a sua saúde. Em suma: fazer todas estas coisas porque se gosta de si mesmo e porque se quer cuidar. Como tal, revela-se importante perceber desde logo que uma alimentação rica em nutrientes e uma vida ativa se manifestam essenciais não tanto apenas para controlar o peso, como também para prevenir problemas psicológicos, sejam eles a baixa autoestima ou a depressão (Freer, 2016). Com saúde, haverá sempre um melhor desempenho em todas as áreas da vida (Freer, 2016).

8. Referências bibliográficas

- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458. doi:10.1016/J.PHYSBEH.2007.04.011
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847–851. doi:10.1016/J.APPET.2012.01.009
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5 (1), 1-20.
- Anastácio, Z., & Carvalho, G. (2006). *Saúde na adolescência: satisfação com a imagem corporal e a auto-estima*. Lisboa: Lidel.
- Archer, T., Josefsson, T., & Lindwall, M. (2014). Effects of physical exercise on depressive symptoms and biomarkers in depression. *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*, 13(10), 1640–53.
- Barthomeuf, L., Droit-Volet, S., & Rousset, S. (2009). Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food Quality and Preference*, 20(1), 62–68. doi:10.1016/J.FOODQUAL.2008.07.005
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Braet, C., & Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 863–873. doi:10.1016/S0005-7967(97)00045-4

- Buckworth, J., Dishman, R., Connor, P., & Tomporowski, P. (2002). *Exercise Psychology*. United States: Human Kinetics.
- Camargo, B. V., Goetz, E. R., Bousfield, A. B. S., & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas Em Psicologia, 19*(1), 257–268.
- Carvalho, P. H. B., Conti, M. A., Cordás, T. A., & Ferreira, M. E. C. (2012). Carta ao editor: Tradução para o português (Brasil), equivalência semântica e consistência interna do Male Body Checking Questionnaire (MBCQ). *Revista de Psicologia Clínica, 39*(2), 74–75.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(4), 849–57. doi:10.1016/S0022-3999(02)00304-5
- Clum, G. A., Rice, J. C., Broussard, M., Johnson, C. C., & Webber, L. S. (2014). Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(4), 577–586. doi:10.1007/s10865-013-9526-5
- Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders, 30*(1), 28–36. doi:10.1002/eat.1051
- Cordain, L., Eaton, S. B., Sebastian, A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, B. A., ... Brand-Miller, J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition, 81*(2), 341–354. doi:10.1093/ajcn.81.2.341
- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism, 21*(3), 159–165. doi:10.1016/J.TEM.2009.10.004
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para psicologia: Usando

SPSS para Windows (3. a). Porto Alegre: Artmed.

- Elfhag, K., Tholin, S., & Rasmussen, F. (2008). Consumption of fruit, vegetables, sweets and soft drinks are associated with psychological dimensions of eating behaviour in parents and their 12-year-old children. *Public Health Nutrition*, 11(9), 914–923. doi:10.1017/S1368980008002371
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5 (1), 33-50.
- Figueiredo Filho, D. B., & Silva Júnior, J. A. D. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje* 18(1), 115-146.
- Freer, A. (2016). *Comer. Nutrir. Brilhar*. Lisboa: Jacarandá Editora.
- Hambrecht, R., Walther, C., Möbius-Winkler, S., Gielen, S., Linke, A., Conradi, K., ... Schuler, G. (2004). Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease. *Circulation: Journal of the American Heart Association*, 109(11), 1371–1378. doi:10.1161/01.cir.0000121360.31954.1f
- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the presence of others on food intake: A normative interpretation. *Psychological Bulletin*, 129(6), 873–886. doi:10.1037/0033-2909.129.6.873
- Higgins, E. T. (2006). Value from hedonic experience and engagement. *Psychological Review*, 113(3), 439–460. doi:10.1037/0033-295X.113.3.439
- Jacquier, C., Bonthoux, F., Baciú, M., & Ruffieux, B. (2012). Improving the effectiveness of nutritional information policies: assessment of unconscious

- pleasure mechanisms involved in food-choice decisions. *Nutrition Reviews*, 70(2), 118–131. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00447.x
- Jeffery, R. W., Linde, J. A., Simon, G. E., Ludman, E. J., Rohde, P., Ichikawa, L. E., & Finch, E. A. (2009). Reported food choices in older women in relation to body mass index and depressive symptoms. *Appetite*, 52(1), 238–240. doi:10.1016/J.APPET.2008.08.008
- Kakoschke, N., Kemps, E., & Tiggemann, M. (2015). External eating mediates the relationship between impulsivity and unhealthy food intake. *Physiology & Behavior*, 147, 117–121. doi:10.1016/J.PHYSBEH.2015.04.030
- Kemp, E., Bui, M., & Grier, S. (2013). When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. *Journal of Consumer Behaviour*, 12(3), 204–213. doi:10.1002/cb.1413
- Knoops, K. T. B., de Groot, L. C. P. G. M., Kromhout, D., Perrin, A.-E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., & van Staveren, W. A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the hale project. *JAMA*, 292(12), 1433. doi:10.1001/jama.292.12.1433
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479. doi:10.1016/J.APPET.2010.01.014
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. doi:10.1016/J.APPET.2007.07.002
- Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eating Behaviors*, 6(2), 109–112. doi:10.1016/J.EATBEH.2004.09.001

- Mann, T., & Ward, A. (2001). Forbidden fruit: Does thinking about a prohibited food lead to its consumption? *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 319–327. doi:10.1002/eat.1025
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(sup47), 25–29. doi:10.1080/08039480802315640
- Mazo, G., Cardoso, F., & Aguiar, D. (2006). Programas de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 8 (2), 67-72. doi: 10.4025/reveducfis.v25i3.22050
- National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. (2003).
- Netz, Y., Wu, M., Becker, B., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological wellbeing in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20 (2), 272-284. doi: [10.1037/0882-7974.20.2.272](https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272)
- Ornish, D., Weidner, G., Fair, W. R., Marlin, R., Pettengill, E. B., Raisin, C. J., Carroll, P. R. (2005). Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *The Journal of Urology*, 174(3), 1065–1070. doi:10.1097/01.ju.0000169487.49018.73
- Pedrinola, F. (2002). Nutrição e transtornos alimentares na adolescência. *Pediatria Moderna*, 48(7), 290–295.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(5), 554. doi:10.1001/archpedi.155.5.554
- Quiles, M. & Espada, J. (2014). *A autoestima na infância e adolescência*. Lisboa: Editora Bookout.
- Robbins, T. W., & Fray, P. J. (1980). Stress-induced eating: Fact, fiction or misunderstanding? *Appetite*, 1(2), 103–133. doi:10.1016/S0195-6663(80)80015-8

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ryff, C., & Singer B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 1-28. doi: 10.12691/education-2-7-5
- Schreiber, S. D. (2012). *Anti-cancro: uma nova maneira de viver*. Lisboa: Lua de Papel.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., Von Korff, M. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity*, 32(1), 192–200. doi:10.1038/sj.ijo.0803701
- Serra, G. M. A., & Santos, E. M. (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 691–701. doi:10.1590/S1413-81232003000300004
- Stewart, T. M., & Williamson, D. A. (2008). Bulimia Nervosa. In M. Hersen & J. Rosqvist (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment (vol. I – Adults)* (pp. 463–497). Hoboken, New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Editora: Almedina.
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). Physical Activity, Depression and Anxiety Among the Elderly. *Social Indicators Research*, 113(1), 307–318. doi:10.1007/s11205-012-0094-9
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295–315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação

entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade*, 5(1), 21–32.

Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Teixeira, C. M., & Bertelli, R. (2012).

Factorial validity and invariance of the Rosenberg Self-Esteem Scale among Portuguese youngsters. *Social Indicators Research*, 105(3), 483-498.

Doi:10.1007/s11205-011-9782-0

9. Anexos:

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO



Questionário:

O preenchimento deste questionário é voluntário e anónimo, sendo todos os dados obtidos confidenciais. Pedimos-lhe que responda de forma atenta e sincera, dando a sua verdadeira opinião acerca das questões colocadas. Antes de tudo, o nosso muito obrigada pela sua participação.

Idade: _____ anos

Sexo: Feminino Masculino

Peso: _____, __kg **Altura:** _____, _____m

Estado civil:

Local de residência:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐

Rural ☐ Urbano ☐

Habilitações Literárias:

Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

Situação Profissional:

Estudante ☐ Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐

Considerando o **exercício físico** como qualquer atividade que aumenta a sua pulsação, ao ponto de ficar ofegante (respirar depressa e com dificuldade) e/ou transpirar (por exemplo: caminhar, correr, andar de bicicleta, fazer musculação):

Na última semana, em quantos dias praticou exercício físico durante pelo menos 30 minutos?

☐ 0 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7 dias

Numa semana normal, em quantos dias pratica exercício físico durante pelo menos 30 minutos?

☐ 0 dias ☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7

dias

Assinale com um círculo o número correspondente à resposta que considera mais adequada:

| | Discordo plenamente | Discordo | Nem discordo nem concordo | Concordo | Concordo plenamente |
|---|----------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| 1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Por vezes, penso que não sou bom/boa em nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Sinto que tenho algumas qualidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 10. Adoto uma atitude positiva para comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|

Assinale com um círculo o número correspondente à resposta que considera mais adequada:

| | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Muitíssimas vezes |
|---|--------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| 11. Tem desejo de comer quando se sente irritado(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Sente desejo de comer quando se sente deprimido(a) ou desanimado(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto, come mais do que o habitual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Com que frequência recusa comida ou bebidas por estar preocupado com o seu peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Tem desejo de comer quando se sente sozinho(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20. Sente desejo de comer quando alguém o(a) deixa “em baixo”? | | | | | |
| 21. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Se tem alguma coisa deliciosa para comer, come-a de imediato? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Tem desejo de comer quando se sente zangado(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Controla minuciosamente o que come? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Se vê alguém comer sente também desejo de comer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Tem desejo de comer quando se sente ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 32. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 33. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Quando passa por uma confeitaria ou snack-bar sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Tem desejo de comer quando se sente impaciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Com que frequência tenta não comer durante a tarde, porque está a controlar o seu peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Tem desejo de comer quando se sente desapontado(a) ou desiludido(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 43. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

Assinale com um círculo o número correspondente à resposta que considera mais adequada:

| | Discordo plenamente | Discordo | Nem discordo nem concordo | Concordo | Concordo plenamente |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 44. Não me sinto triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Não me sinto especialmente desanimado(a) quanto ao futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Não me sinto um fracasso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Tenho tanto prazer nas coisas como antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Não me sinto especialmente culpado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Não sinto que estou a ser castigado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Não me sinto dececionado(a) comigo mesmo(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Não me considero pior que as outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Não tenho nenhum pensamento de suicídio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Não choro mais que o habitual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Não estou especialmente irritado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 55. Não perdi o interesse pelas outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Tomo as minhas próprias decisões como antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Trabalho o mesmo que antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. Durmo tão bem como sempre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. Não me sinto mais cansado(a) que o normal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. O meu apetite não diminuiu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. Não perdi peso ultimamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63. Não me preocupo mais que o habitual com a minha saúde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. Sinto-me triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. Sinto-me desanimado(a) quanto ao futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. Não tenho tanto prazer nas coisas como antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69. Sinto-me culpado(a) em bastantes ocasiões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 70. Sinto que talvez esteja a ser castigado(a). | | | | | |
| 71. Estou dececionado(a) comigo mesmo(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. Critico-me pela minha fraqueza ou pelos meus erros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73. Choro mais agora do que era costume. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. Irrito-me e chateio-me mais facilmente do que costumava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76. Evito tomar decisões mais do que costumava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77. Preocupo-me porque pareço envelhecido(a) ou pouco atraente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78. Custa-me mais que o habitual começar qualquer coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79. Não durmo tão bem como costumava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80. Canso-me com mais facilidade do que costumava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81. Não tenho tanto apetite como antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82. Perdi mais de 2 kg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83. Preocupo-me com problemas físicos como dores, etc.; Perturbações no estômago ou constipações. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 84. A relação sexual atrai-me menos que antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 85. Sinto-me sempre triste e não consigo deixar de o estar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86. Sinto que não há nada por que lutar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 87. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que vejo é um fracasso atrás do outro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 88. Já não tenho prazer nenhum com as coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89. Sinto-me culpado(a) na maioria das ocasiões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90. Sinto que vou ser castigado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 91. Estou descontente comigo mesmo(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 92. Culpo-me sempre pelas minhas falhas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 93. Desejava pôr fim à minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 94. Agora, choro o tempo todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 95. Sinto-me irritado(a) o tempo todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 96. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 97. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 98. Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer pouco atraente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 99. Tenho que obrigar-me a mim mesmo(a) para fazer qualquer coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 100. Canso-me quando faço qualquer coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 101. Agora tenho muito menos apetite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 102. Perdi mais de 4 kg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 103. Estou muito preocupado com problemas físicos e é-me difícil pensar noutra coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 104. Estou muito menos interessado em sexo do que antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 105. Sinto-me tão triste ou infeliz que não o consigo suportar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 106. Sinto que não tenho esperança no futuro e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 107. Acho que, como pessoa, sou um fracasso total. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 108. Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 109. Sinto-me sempre culpado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110. Sinto que estou a ser castigado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 111. Detesto-me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 112. Culpo-me por tudo de mal que acontece. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 113. Suicidava-me se tivesse oportunidade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 114. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 115. Agora não me irritam em absoluto coisas que antes me irritavam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 116. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 117. É-me impossível tomar decisões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 118. Creio que tenho um aspeto horrível. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 119. Sou incapaz de levar a cabo uma tarefa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 120. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a adormecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 121. Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 122. Perdi completamente o apetite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 123. Perdi mais de 7 kg. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 124. Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar noutra coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 125. Perdi completamente o interesse por sexo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 126. Estou deliberadamente a tentar perder peso, comendo menos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |