

Universidades Lusíada

Gonçalves, Beatriz Baião, 2002-

Bem-estar, autoestima e solidão em idosos: o papel da prática de atividade física

<http://hdl.handle.net/11067/8874>

Metadados

Data de Publicação	2026
Resumo	O presente estudo teve como objetivo explorar a associação entre a prática de atividade física e indicadores psicológicos, nomeadamente bem-estar, autoestima e solidão. Participaram neste estudo 112 indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 89 anos ($M = 64$), dos quais 67 eram praticantes de atividade física com idades compreendidas dos 55 e os 82 anos ($M = 65$). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário Internacional de Atividade Física, Es... This study aimed to explore the association between physical activity and psychological indicators, namely well-being, self-esteem, and loneliness. The sample consisted of 112 individuals aged between 55 and 89 years ($M = 64$), of whom 67 were physically active participants aged between 55 and 82 years ($M = 65$). The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, International Physical Activity Questionnaire, Personal Well-Being Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, and UCLA Loneli...
Palavras Chave	Exercícios físicos para idosos, Bem-estar, Auto-estima na terceira idade, Solidão na Terceira Idade, Idosos - Psicologia
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T20:04:12Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Bem-estar, autoestima e solidão em idosos:
o papel da prática de atividade física**

Realizado por:
Beatriz Baião Gonçalves

Orientado por:
Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente:	Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientadora:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Professora Doutora Ana Daniela Barreto Aleixo

Dissertação aprovada em: 27 de julho de 2026

Lisboa
2026



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Bem-estar, autoestima e solidão em idosos:
o papel da prática de atividade física**

Beatriz Baião Gonçalves

Lisboa

Março 2026



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Bem-estar, autoestima e solidão em idosos:
o papel da prática de atividade física**

Beatriz Baião Gonçalves

Lisboa

Março 2026

Beatriz Baião Gonçalves

Bem-estar, autoestima e solidão em idosos:
o papel da prática de atividade física

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Túlia Rute Maia
Cabrita

Lisboa

Março 2026

FICHA TÉCNICA

Autora Beatriz Baião Gonçalves

Orientadora Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Título Bem-estar, autoestima e solidão em idosos: o papel da prática de atividade física

Local Lisboa

Ano 2026

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

Gonçalves, Beatriz Baião, 2002-

Bem-estar, autoestima e solidão em idosos: o papel da prática de atividade física / Beatriz Baião Gonçalves ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2026. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Bem-estar
2. Auto-estima na terceira idade
3. Solidão na terceira idade
4. Exercícios físicos para idosos
5. Idosos - Psicologia
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal – Lisboa

1. Well-being
2. Self-esteem in old age
3. Loneliness in old age
4. Exercise for older people
5. Older people - Psychology
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal – Lisbon

LCC

1. BF724.85.S39 G66 2026

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Foram várias as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização do presente trabalho. Todo o percurso desenvolvido ao longo dos últimos anos permitiu-me não só aprofundar conhecimentos enquanto futura psicóloga, mas também crescer significativamente a nível pessoal, tornando esta etapa particularmente marcante. Assim, quero expressar os meus mais sinceros agradecimentos:

Em primeiro lugar, aos meus pais, por acreditarem sempre em mim e por investirem na minha educação ao longo de toda a minha vida. Agradeço, em especial, a paciência demonstrada nos momentos de maior frustração e desmotivação, bem como o apoio incondicional que sempre me deram.

À minha família, que foi, em tantos momentos, um verdadeiro porto de abrigo ao longo desta jornada. À minha avó, por todo o amor, conforto e por me inspirar diariamente a ser uma pessoa melhor. Aos meus tios e primos, que, mesmo sem o saberem, me trouxeram leveza, afastando a ansiedade que marcou este último ano.

Ao meu querido avô e madrinha, por todos os ensinamentos que me transmitiram e pelo interesse que despertaram em mim por esta área. As nossas conversas permanecem na minha memória com enorme carinho, sendo referências fundamentais no meu percurso.

Agradeço também àquelas pessoas que fizeram parte do meu percurso, mas que, entretanto, seguiram caminhos diferentes, por terem contribuído para o meu crescimento e por me permitirem compreender a importância de me rodear de relações alinhadas comigo e com os meus valores.

Aos meus amigos e ao meu irmão, por me acompanharem ao longo deste caminho, pelo carinho e pelas palavras de incentivo. Um agradecimento especial por estarem presentes

nos momentos mais difíceis, e por me encorajarem a persistir perante as dificuldades, acreditando em mim e no meu percurso.

À Professora Doutora Túlia Maia Cabrita pela orientação, partilha de conhecimento, confiança depositada em mim e pelas palavras de apoio ao longo deste processo.

Por fim, agradeço à Universidade Lusíada de Lisboa, bem como a todos os colegas e professores que contribuíram para que o meu percurso académico fosse uma experiência tão enriquecedora e significativa.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo explorar a associação entre a prática de atividade física e indicadores psicológicos, nomeadamente bem-estar, autoestima e solidão. Participaram neste estudo 112 indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 89 anos ($M = 64$), dos quais 67 eram praticantes de atividade física com idades compreendidas dos 55 e os 82 anos ($M = 65$). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário Internacional de Atividade Física, Escala de Bem-Estar Pessoal, Escala de Autoestima de Rosenberg e Escala de Solidão UCLA. Os resultados indicaram uma associação positiva entre bem-estar e autoestima e uma associação negativa com a solidão. A caminhada semanal associou-se positivamente ao bem-estar e negativamente à solidão, enquanto a atividade física moderada e vigorosa não apresentou associações significativas. Verificou-se ainda uma associação negativa entre idade e bem-estar, enquanto a escolaridade e o número de atividades de interesse se associaram positivamente ao bem-estar e à autoestima e negativamente à solidão. O comportamento sedentário não apresentou associações significativas. Em suma, os resultados sugerem que formas leves de atividade física, bem como certas variáveis sociodemográficas e de envolvimento em atividades de interesse, estão associadas ao bem-estar psicológico na população idosa estudada.

Palavras-chave: bem-estar, autoestima, solidão, idosos, atividade física

Abstract

This study aimed to explore the association between physical activity and psychological indicators, namely well-being, self-esteem, and loneliness. The sample consisted of 112 individuals aged between 55 and 89 years ($M = 64$), of whom 67 were physically active participants aged between 55 and 82 years ($M = 65$). The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, International Physical Activity Questionnaire, Personal Well-Being Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, and UCLA Loneliness Scale. The results indicated a positive association between well-being and self-esteem and a negative association with loneliness. Weekly walking was positively associated with well-being and negatively associated with loneliness, while moderate and vigorous physical activity showed no significant associations. A negative association was found between age and well-being, whereas education level and the number of leisure activities were positively associated with well-being and self-esteem and negatively associated with loneliness. Sedentary behavior showed no significant associations. In summary, the findings suggest that light forms of physical activity, as well as certain sociodemographic variables and engagement in leisure activities, are associated with psychological well-being in the studied older adult population.

Keywords: well-being; self-esteem; loneliness; older adults; physical activity

Índice

Introdução	6
Enquadramento teórico	14
Envelhecimento.....	14
Envelhecimento: um fenómeno multidimensional.....	14
Desafios no envelhecimento	16
Teorias do envelhecimento.....	17
<i>Teoria do envelhecimento ativo</i>	17
<i>Teoria da seletividade socioemocional do envelhecimento</i>	19
<i>Envelhecimento positivo</i>	20
<i>Teorias do desenvolvimento e da adaptação</i>	22
Modelo do envelhecimento bem-sucedido	24
<i>Modelo da seleção, otimização e compensação</i>	25
Dimensões psicológicas do envelhecimento.....	27
<i>Bem-estar</i>	28
<i>Autoestima</i>	30
Solidão	32
Fatores de risco e de proteção face às perdas no envelhecimento	34
Fator protetor: papel da atividade física no envelhecimento	36
<i>Sedentarismo e inatividade física</i>	38
<i>Benefícios físicos e psicológicos da prática da atividade física</i>	39
<i>Benefícios sociais da prática da atividade física</i>	42
<i>Barreiras à prática de atividade física</i>	44
<i>Promoção da atividade física no envelhecimento</i>	48
Método	51
Participantes.....	51
<i>Amostra total</i>	52

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão	
<i>Amostra de praticantes de atividade física (subamostra)</i>	53
Instrumentos.....	56
Questionário Sociodemográfico.....	56
Questionário Internacional de Atividade Física	56
Escala de Bem-Estar Pessoal	57
Escala de Autoestima de Rosenberg	57
Escala de Solidão UCLA	58
Procedimentos.....	59
<i>Procedimentos de recolha de dados</i>	59
<i>Procedimentos de análise dos dados</i>	60
Resultados	61
Resultados da análise descritiva.....	61
<i>Resultados da análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra total</i>	61
<i>Resultados da análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra de praticantes</i>	62
Resultados da análise de associação	63
<i>Resultados das associações entre variáveis demográficas/contextuais e variáveis psicológicas (amostra total)</i>	63
<i>Resultados das associações entre atividade física e comportamento sedentário com variáveis psicológicas na amostra de praticantes</i>	66
Resultados das comparações entre grupos	67
<i>Resultados das comparações das variáveis psicológicas entre grupos dicotómicos</i>	67
Resultados das comparações das variáveis psicológicas entre grupos categóricos.....	73
Resultados do estudo dos preditores	75
<i>Resultados da regressão linear hierárquica para a predição do bem-estar na amostra de praticantes</i>	76
Discussão	78
Referências.....	93
Anexos	120

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

Consentimento informado.....	120
Questionários	122
Questionário sociodemográfico	122

Introdução

Nas últimas décadas, tem-se observado um acentuado envelhecimento demográfico, a nível mundial, Portugal atualmente ocupa a 4.^a posição entre os países mais envelhecidos do mundo, refletindo uma tendência internacional em que, a cada segundo, duas pessoas completam 60 anos (Espírito-Santo & Daniel, 2019). Este cenário constitui um dos principais desafios das sociedades contemporâneas, o que exige respostas integradas que assegurem não apenas a longevidade da população, como também a qualidade de vida das pessoas idosas.

O envelhecimento é uma fase natural do ciclo de vida, marcada por transformações físicas, cognitivas e emocionais que podem afetar a perceção de bem-estar e o equilíbrio psicológico (Fernández-Ballesteros, 2019). Alguns desafios mais frequentes são o declínio da capacidade funcional, o aumento da incidência de doenças crónicas, a perda de papéis sociais, a solidão e a diminuição da autoestima (Coyle & Dugan, 2012; WHO, 2021).

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), cerca de 23,4% da população tem 65 ou mais anos, o que reforça a necessidade de adaptar políticas públicas e estratégias de saúde e segurança social que promovam a autonomia e o bem-estar desta faixa etária, o envelhecimento populacional constitui um dos fenómenos demográficos mais expressivos das últimas décadas, colocando desafios significativos à organização dos serviços de saúde e de apoio social (INE, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) estima que, em 2050, cerca de 22% da população mundial terá mais de 60 anos, o que reforça a importância de investir em estratégias de envelhecimento ativo e saudável. Nesse contexto, a atividade física regular assume um papel duplo: atua como prática individual promotora de saúde e, simultaneamente, como instrumento de intervenção social, capaz de reduzir vulnerabilidades psicológicas, fortalecer o sentimento de pertença e melhorar a qualidade de vida na velhice.

A definição de pessoa idosa a partir dos 60 anos corresponde a um critério amplamente utilizado, mas o processo de envelhecimento transcende a dimensão meramente cronológica. Dependendo das condições físicas, cognitivas e emocionais, podem observar-se diferentes idades biológicas e subjetivas entre indivíduos com a mesma idade cronológica, o que reflete a heterogeneidade do envelhecimento humano (Schneider & Irigaray, 2008). A experiência da velhice pode assumir contornos positivos ou negativos, consoante os recursos pessoais e contextuais disponíveis, é assim um processo ativo e dinâmico, influenciado por múltiplos determinantes, incluindo fatores psicológicos, comportamentais e ambientais (Depp & Jeste, 2006). Entre estes, a atividade física assume um papel central, ao contribuir para a manutenção das capacidades funcionais, o equilíbrio emocional e a qualidade de vida na terceira idade (McAuley et al., 2000; Netz et al., 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) tem sublinhado a importância de promover um envelhecimento ativo e saudável, integrando dimensões físicas, psicológicas e sociais do bem-estar. O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (OMS, 2002). Nesse contexto, a atividade física regular surge como uma intervenção eficaz e economicamente sustentável, com benefícios amplamente documentados para a saúde física, cognitiva e psicológica, incluindo a manutenção das funções cognitivas, a regulação do humor, o fortalecimento da autoestima, a percepção de bem-estar e a mitigação da solidão (Warburton & Bredin, 2017; Reiner et al., 2013; Netz et al., 2005; Ekkekakis, 2015).

A escassez de programas comunitários voltados para o envelhecimento ativo, associada à reduzida adesão dos idosos à prática de atividade física, evidencia a necessidade de políticas públicas mais eficazes de promoção da autonomia, funcionalidade e participação social (Almeida et al., 2020). A promoção de estilos de vida ativos entre os idosos representa

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão uma prioridade de saúde pública. O investimento em programas comunitários de atividade física pode gerar ganhos substanciais em saúde e bem-estar, além de contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2016; Almeida et al., 2020).

A prática regular de atividade física está associada a inúmeros benefícios para a saúde, incluindo a redução do risco de doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e alguns tipos de cancro, bem como a melhoria da saúde mental, da qualidade do sono e do controlo do peso corporal. Nesse sentido, a atividade física deve ser entendida como um componente essencial da promoção da saúde, devendo ser incentivada em todas as faixas etárias e em diferentes contextos sociais (Ministério da Saúde, 2021; OMS, 2020). De facto, a prática regular de atividade física é considerada uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes na promoção da saúde física e mental. Contribui para a manutenção das funções cognitivas e para a prevenção de diversas doenças crónicas, como diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares, osteoporose e obesidade. Para além disso, favorece a preservação da mobilidade, do equilíbrio e da coordenação motora, desempenhando um papel importante na prevenção do risco de quedas (Taylor et al., 2004; Nelson et al., 2007; Warburton et al., 2006; Netz et al., 2005).

No domínio psicológico, a atividade física tem sido consistentemente associada à redução de sintomas de depressão e ansiedade, ao aumento da autoestima e ao fortalecimento do sentimento de utilidade e do bem-estar subjetivo (Reiner et al., 2013; Bize et al., 2007; Ekkekakis, 2015). Quando realizada em grupo, a prática de atividade física pode ainda favorecer a socialização, a integração comunitária e o sentimento de pertença, funcionando como um importante fator protetor contra a solidão (Cunha & Ribeiro, 2014; Hawkey & Cacioppo, 2010). Estudos empíricos indicam também que programas de exercício supervisionado podem promover melhorias significativas na autoestima, na regulação

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão emocional e na percepção de bem-estar em adultos mais velhos (Awick et al., 2017; Windle et al., 2010).

O sedentarismo constitui um fator de risco crítico no envelhecimento, estando associado ao aumento da mortalidade, ao desenvolvimento de doenças crônicas e a alterações do humor (Booth, Roberts, & Laye, 2012; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). Em contrapartida, a prática regular de exercício físico moderado pode reduzir o risco de mortalidade prematura entre 20% e 30%, além de promover melhorias significativas na saúde psicológica, na funcionalidade e na qualidade de vida dos idosos (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006). A prática regular de atividade física reduz o risco de depressão em cerca de 20% ao longo de dois anos (Hamer et al., 2014).

Assim, o exercício físico assume um papel central enquanto estratégia preventiva e promotora de autonomia e bem-estar ao longo do envelhecimento, evidenciando a sua relevância não apenas para a saúde física, mas também para a saúde mental e para a qualidade de vida na terceira idade.

A saúde mental na população idosa não se limita à ausência de doença, envolvendo também dimensões como o bem-estar subjetivo, a autoestima e a integração social. O bem-estar subjetivo refere-se à percepção de satisfação com a vida e à avaliação global da qualidade de vida (Diener, 2000), enquanto a autoestima diz respeito à apreciação que o indivíduo faz de si próprio e ao valor que atribui a si mesmo, funcionando como um importante mediador na adaptação às perdas frequentemente associadas ao envelhecimento (Rosenberg, 1965; McAuley et al., 2000). Por outro lado, a solidão definida como a percepção de ausência ou insuficiência de relações sociais significativas apresenta efeitos negativos relevantes para a saúde física e psicológica, sendo comparável, em termos de risco, a fatores como o tabagismo ou a obesidade (Holt-Lunstad et al., 2015).

Para promover um envelhecimento ativo e saudável, caracterizado por autonomia, independência e qualidade de vida, a prática regular de atividade física deve integrar o quotidiano dos idosos. Para além da prevenção de doenças, esta prática contribui para melhorias na socialização, na autoestima, na independência funcional e na autonomia nas atividades de vida diária (Sant’Helena, Silva, & Gonçalves, 2020; Nelson et al., 2007; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). Neste contexto, tornam-se essenciais estratégias de prevenção e intervenção que reforcem o bem-estar emocional, social e psicológico dos idosos, procurando mitigar os impactos do isolamento, do luto e de outras perdas frequentemente associadas à idade avançada (Victor & Bowling, 2012).

Apesar da reconhecida importância da atividade física, os níveis de sedentarismo entre os idosos permanecem elevados, configurando um importante problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) identifica o sedentarismo como um dos principais fatores de risco de mortalidade global, sendo responsável por mais de três milhões de mortes por ano. Em Portugal, estima-se que cerca de 70% dos idosos não cumpram as recomendações mínimas de atividade física semanal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Esta realidade está frequentemente associada a diversos fatores, como o isolamento social, a falta de acesso a programas de exercício adaptado, limitações físicas, ausência de motivação ou desconhecimento acerca dos benefícios da prática de atividade física (Cunha & Ribeiro, 2014).

O envelhecimento é acompanhado por alterações fisiológicas, cognitivas e emocionais que podem aumentar a vulnerabilidade psicológica. Muitos idosos enfrentam perdas significativas como a diminuição da autonomia funcional, o afastamento do mercado de trabalho, o falecimento de entes queridos ou a institucionalização que podem desencadear sentimentos de inutilidade, solidão, ansiedade ou depressão (Fernandes et al., 2021; Silva & Sá, 2018). Além disso, a solidão e o isolamento social são riscos crescentes nesta faixa etária,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão com implicações severas para a saúde mental e física (Victor & Bowling, 2012; Holt-Lunstad et al., 2015). Em Portugal, mais de 40% dos idosos vivem sozinhos ou apenas com outro idoso, aumentando a probabilidade de experiências de solidão (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

A prática regular de atividade física surge como uma estratégia central para o envelhecimento ativo e bem-sucedido (OMS, 2002; Paterson & Warburton, 2010). O exercício físico como referido beneficia não apenas a saúde física promovendo a manutenção da mobilidade, do equilíbrio e da coordenação motora, bem como a prevenção de quedas e doenças crónicas como diabetes, hipertensão e obesidade (Taylor et al., 2004; Nelson et al., 2007) mas também potencia melhorias psicológicas e emocionais. Estudos demonstram que idosos fisicamente ativos apresentam maior autoestima, perceção de competência e autoeficácia, níveis mais elevados de bem-estar subjetivo e autorrealização, assim como menor incidência de sintomas depressivos, ansiedade, solidão e isolamento social (Fox, 1999; Netz et al., 2005; Reiner et al., 2013; Warburton & Bredin, 2006; Paluska & Schwenk, 2000).

A promoção de estilos de vida ativos constitui não apenas uma intervenção individual de saúde, mas também um investimento coletivo no envelhecimento ativo e saudável. Programas de envelhecimento ativo devem considerar não apenas a dimensão física, mas também os aspetos cognitivos, emocionais e sociais, criando oportunidades para o envolvimento comunitário e a participação em atividades significativas. A prática de exercício físico adaptado a esta faixa etária tem demonstrado benefícios múltiplos, incluindo melhora da capacidade funcional, mobilidade e equilíbrio, prevenção de doenças crónicas, bem como fortalecimento do sentimento de pertença, coesão social e propósito de vida (Paterson & Warburton, 2010; Taylor, 2014).

Intervenções baseadas na atividade física podem reduzir sintomas de depressão e ansiedade, aumentar a autoestima e a autoeficácia e mitigar a solidão (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006; Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005). A implementação de programas comunitários dirigidos a idosos apresenta-se como uma estratégia eficaz e sustentável, alinhada com os princípios do envelhecimento ativo e capaz de contribuir para a saúde mental e a qualidade de vida dessa população (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

O envelhecimento ativo caracteriza-se como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o propósito de promover a qualidade de vida ao longo do envelhecimento (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). Este conceito emerge como uma resposta estratégica aos desafios impostos pelo envelhecimento demográfico, salientando a relevância da participação social, do envolvimento comunitário e da promoção da autonomia e da qualidade de vida.

A prática regular de atividade física constitui, neste contexto, um dos pilares do envelhecimento ativo, assumindo um papel central na promoção de benefícios físicos, psicológicos e relacionais que favorecem um envelhecimento saudável (Espírito-Santo & Daniel, 2019, p. 15). Ao contribuir para a autonomia funcional, a integração social, a autoestima e o bem-estar geral, a atividade física afirma-se como um elemento essencial para um envelhecimento equilibrado e com maior qualidade de vida (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002).

No âmbito comunitário e das políticas públicas, a promoção do envelhecimento ativo não se deve limitar à esfera individual, exigindo ações estruturais que assegurem condições de bem-estar. A criação de espaços acessíveis, programas intergeracionais e redes de apoio comunitário são medidas que favorecem a inclusão social e a participação dos idosos na vida coletiva (Walker, 2009).

Por fim, a abordagem intergeracional revela-se um elemento central no envelhecimento ativo. A inclusão de dimensões intergeracionais em programas direcionados a idosos tem demonstrado efeitos positivos na autoestima, no bem-estar subjetivo e na percepção de utilidade (Boudiny, 2013). A convivência entre gerações promove não apenas a transmissão de conhecimento e valores, mas também a redução de estereótipos associados à velhice, fortalecendo o sentimento de pertença, a integração social e outros aspetos essenciais para a saúde mental e emocional dos idosos (Sánchez-Cazalla, et al., 2025; Cossu, et al., 2025; Peters, et al., 2021).

O presente estudo teve como objetivo explorar a relação entre a prática de atividade física e indicadores de saúde mental na população idosa, com particular enfoque no bem-estar subjetivo, na autoestima e na solidão. Para tal, procurou-se analisar as associações entre variáveis demográficas, psicológicas e comportamentais, bem como examinar possíveis diferenças nestas variáveis em função de características sociodemográficas e contextuais. Adicionalmente, pretendeu-se avaliar o contributo preditivo de fatores psicológicos (autoestima e solidão) e comportamentais (atividade física e comportamento sedentário) na explicação do bem-estar. Deste modo, o estudo procurou contribuir para uma melhor compreensão dos fatores associados à saúde mental na população idosa, enquadrando-se na perspetiva da promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida.

Enquadramento teórico

Envelhecimento

O envelhecimento é uma etapa da vida caracterizada por transformações contínuas que envolvem múltiplas esferas, incluindo a biológica, a psicológica e a social. Trata-se de um processo dinâmico, no qual se observam adaptações progressivas às mudanças físicas, cognitivas e emocionais que ocorrem ao longo do tempo (Baltes & Baltes, 1990).

A nível biológico, estas alterações incluem a diminuição gradual da reserva funcional dos órgãos, alterações hormonais e maior suscetibilidade a doenças crónicas (Rowe & Kahn, 1997). No plano psicológico, surgem desafios como a necessidade de lidar com perdas, ajustes de identidade e reorganização das relações interpessoais, bem como a manutenção da autoestima e do bem-estar emocional (Carstensen, 1991).

No domínio social, o envelhecimento pode implicar mudanças nos papéis familiares e comunitários, diminuição de oportunidades de participação e risco de isolamento (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Botella, 2013). Compreender o envelhecimento como um fenómeno multifacetado é essencial para orientar políticas, práticas de saúde e intervenções psicológicas que promovam adaptação positiva, autonomia e qualidade de vida ao longo desta fase do ciclo da vida.

Envelhecimento: um fenómeno multidimensional

O envelhecimento é um processo natural, progressivo e inevitável, marcado por alterações em múltiplas dimensões da vida humana. A nível biológico, verifica-se um declínio gradual das funções fisiológicas, incluindo a redução da capacidade cardiovascular, da força muscular, da densidade óssea e da eficiência do sistema imunológico. Alterações moleculares e celulares também ocorrem, como o acúmulo de danos ao DNA e a diminuição da capacidade do organismo de reparar esses danos e de lidar com o stress oxidativo (Faria & Marinho, 2004).

O envelhecimento implica igualmente mudanças psicológicas, como dificuldades cognitivas, declínio da memória e maior vulnerabilidade a perturbações mentais, incluindo depressão e ansiedade. A nível social, pode ocorrer a perda de papéis sociais anteriormente valorizados, a diminuição das interações sociais devido à ausência de amigos e familiares, bem como limitações físicas que comprometem a mobilidade, e com a diminuição da autonomia funcional, o afastamento do mercado de trabalho, o falecimento de entes queridos ou a institucionalização torna-se essencial o acesso a cuidados de saúde, apoio comunitário e estratégias que promovam a manutenção da qualidade de vida e da autonomia (Faria & Marinho, 2004).

Alterações no equilíbrio e na marcha são frequentes, aumentando o risco de quedas e lesões graves. A prática regular de exercício físico constitui uma estratégia eficaz na prevenção destas complicações, promovendo mobilidade, força e confiança funcional. Uma abordagem especializada que reconheça as especificidades da população idosa é fundamental, fomentando um envelhecimento ativo e positivo, centrado na valorização das capacidades ainda preservadas (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006).

O envelhecimento é assim um processo natural do ciclo de vida, e com a sua chegada virão também transformações biológicas, cognitivas e sociais que podem aumentar a vulnerabilidade psicológica. Muitos indivíduos enfrentam perdas significativas, como as referidas anteriormente. Tais experiências podem desencadear sentimentos de inutilidade, solidão, ansiedade e depressão, exigindo atenção especial dos profissionais de saúde, em particular da Psicologia Clínica, no desenvolvimento de estratégias de promoção do bem-estar e da saúde mental dos idosos (Fernandes et al., 2021; Silva & Sá, 2018; Victor & Bowling, 2012).

Desafios no envelhecimento

O processo de envelhecimento traz consigo diversos desafios psicológicos e emocionais que podem impactar significativamente a qualidade de vida dos idosos. Estes desafios estão frequentemente associados a mudanças físicas, sociais e cognitivas, exigindo estratégias de adaptação para preservar o bem-estar mental e emocional (Fonseca et al., 2008).

A perda de redes de apoio, como cônjuges, familiares e amigos, pode originar sentimentos de solidão profunda. O afastamento dos filhos e netos, muitas vezes devido ao ritmo de vida moderno, tende a agravar esta sensação (Fernandes & Andrade, 2016). A reforma pode reduzir as interações sociais, resultando em menor sentido de pertença, enquanto dificuldades de locomoção limitam a participação em atividades comunitárias. Estes fatores aumentam o risco de depressão, ansiedade e declínio cognitivo, podendo conduzir à apatia e à diminuição da motivação para as tarefas diárias (Pinto & Neri, 2017).

O enfrentamento de perdas e do luto constitui outro desafio central nesta etapa da vida. A morte de amigos e familiares, bem como a perda da independência funcional, pode provocar tristeza prolongada, frustração e sentimentos de inutilidade (Gonçalves, 2009). O declínio das capacidades físicas e cognitivas, como visão, audição e memória, afeta também a autoestima e a autoconfiança dos idosos (Alves, 2020).

O sofrimento emocional não é uma consequência inevitável da velhice. Com suporte social adequado, cuidados de saúde mental e estilos de vida saudáveis, é possível promover um envelhecimento com maior qualidade de vida e bem-estar psicológico (Netto, 2002).

O envelhecimento acentuado acarreta assim várias consequências significativas ao nível da organização dos sistemas de saúde, da sustentabilidade das políticas sociais e da qualidade de vida da população idosa. Para fazer face a estes desafios, torna-se necessária

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão uma abordagem multidimensional que contemple, de forma integrada, fatores biológicos, psicológicos e sociais (Espírito-Santo & Daniel, 2019).

Teorias do envelhecimento

As teorias do envelhecimento procuram explicar os processos biológicos, psicológicos e sociais que caracterizam a transição para a idade avançada, permitindo compreender como os indivíduos se adaptam às mudanças e desafios inerentes a esta etapa da vida. Estas teorias oferecem diferentes perspectivas sobre o envelhecimento, desde abordagens que enfatizam os fatores de risco e o declínio funcional até modelos que destacam a resiliência, a adaptação e o potencial de bem-estar na velhice (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1997). Ao integrar contributos de diversas correntes teóricas, torna-se possível identificar tanto os mecanismos de manutenção da saúde física e mental quanto os fatores psicossociais que promovem um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Carstensen, 1991; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Botella, 2013).

A diversidade de enfoques evidencia que o envelhecimento não deve ser compreendido apenas como um processo de declínio, mas como uma fase de adaptação contínua, reconfiguração de papéis sociais e desenvolvimento pessoal.

Teoria do envelhecimento ativo

Compreender o envelhecimento como uma etapa que pode ser vivida com qualidade, propósito e bem-estar é fundamental. A Teoria do Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) destaca a importância da manutenção da capacidade funcional, das relações sociais e da autonomia para promover um envelhecimento saudável.

Alguns construtos centrais ao envelhecimento ativo incluem autonomia, sentimento de utilidade e propósito, bem como o fortalecimento da percepção de controlo e da agência pessoal, fatores determinantes para o bem-estar psicológico e a adaptação positiva às

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

mudanças associadas à idade. As intervenções devem, portanto, abranger não apenas a manutenção das capacidades funcionais, mas também o desenvolvimento de competências emocionais e cognitivas que reforcem a autoeficácia e a percepção de utilidade ou propósito social. O papel do psicólogo neste contexto é essencial na criação de estratégias de empoderamento e na promoção de atitudes positivas face ao envelhecimento (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Botella, 2013).

O conceito de envelhecimento ativo tem vindo a ser progressivamente expandido, incorporando uma visão mais abrangente e dinâmica do processo de envelhecer. Documentos posteriores da OMS (2015, 2020) reforçam que o envelhecimento saudável depende sobretudo da capacidade funcional, entendida como o resultado da interação entre as capacidades intrínsecas da pessoa (mobilidade, vitalidade, cognição, estabilidade emocional e manutenção de relações significativas) e os ambientes físicos e sociais em que esta se insere. Este enquadramento desloca a atenção da mera ausência de doença para uma perspetiva centrada na funcionalidade, participação e autonomia ao longo do curso de vida.

O envelhecimento ativo não é determinado apenas por escolhas individuais, mas também pela existência de contextos facilitadores, como comunidades inclusivas, políticas públicas sensíveis à idade, oportunidades de participação e serviços de saúde acessíveis. A literatura sublinha que ambientes de suporte podem ampliar significativamente as possibilidades de envolvimento, continuidade de papéis sociais e preservação do sentido de utilidade, fatores essenciais para a qualidade de vida em idades avançadas (Beard et al., 2016; World Health Organization, 2015). Este conceito assume simultaneamente a função de modelo teórico e orientação para políticas públicas, sendo atualmente referência internacional no planeamento de intervenções com populações idosas.

Críticas sociológicas têm chamado a atenção para limitações e riscos associados ao carácter normativo do conceito. O modelo tende a idealizar um tipo específico de envelhecimento autónomo, produtivo e altamente participativo, que não contempla a diversidade de trajetórias possíveis, podendo contribuir para a culpabilização de indivíduos com limitações físicas, psicológicas ou socioeconómicas (Martinson & Berridge, 2015). Torna-se, assim, necessário interpretar o envelhecimento ativo de forma flexível, valorizando diferentes formas de participação e reconhecendo que um envelhecimento bem-sucedido pode manifestar-se através de múltiplos caminhos, ajustados às circunstâncias, capacidades e escolhas pessoais.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido vai além da simples ausência de doença, enfatizando a manutenção de um funcionamento físico e cognitivo satisfatório, associado ao envolvimento ativo com a vida (Rowe & Kahn, 1997). Esta perspetiva foi posteriormente ampliada por diversos autores, que sublinham igualmente o papel do bem-estar subjetivo, da autoestima e do sentido de propósito como componentes essenciais de um envelhecimento saudável (Fernández-Ballesteros, 2011; Ryff, 2014).

Teoria da seletividade socioemocional do envelhecimento

A Teoria da seletividade socioemocional do envelhecimento destaca a tendência das pessoas idosas em valorizarem experiências emocionais positivas e relações significativas, evidenciando a importância de promover atividades físicas em grupo que, além dos benefícios físicos, favorecem o bem-estar emocional e reduzem o isolamento (Carstensen, 1991).

Esta perspetiva, originalmente formulada por Carstensen (1991, 1992, 1995), baseia-se na ideia de que, à medida que as pessoas percebem o tempo de vida como mais limitado, ocorre uma reorganização motivacional que leva à priorização de metas emocionais sobre

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

metas orientadas para o conhecimento. Os indivíduos tendem a selecionar interações sociais capazes de proporcionar maior sentido, estabilidade emocional e sentimentos positivos, reduzindo deliberadamente contactos menos gratificantes.

O processo de seletividade socioemocional contribui para uma maior regulação emocional, maior satisfação com a vida e diminuição da exposição a experiências sociais negativas, configurando um padrão associado ao envelhecimento saudável. No contexto da promoção da saúde mental em populações idosas, esta teoria revela-se especialmente relevante.

Idosos procuram ambientes sociais seguros, previsíveis e emocionalmente nutritivos, pelo que intervenções que integrem componentes sociais, como programas de atividade física em grupo, podem ter impacto particularmente significativo. Estes programas oferecem oportunidades de reforço dos laços sociais e de pertença, potenciando o bem-estar emocional através da criação de interações positivas e significativas (Charles & Carstensen, 2010).

A Teoria Socioemocional do envelhecimento constitui, assim, um quadro conceptual sólido para compreender como a prática regular de atividade física com componente grupal pode contribuir não apenas para benefícios físicos e cognitivos, mas também para uma melhoria global da saúde mental e da qualidade de vida na velhice.

Envelhecimento positivo

O conceito de envelhecimento positivo emerge como uma perspetiva que procura contrariar narrativas tradicionais centradas no declínio, enfatizando o potencial de crescimento, adaptação e bem-estar ao longo da velhice. Esta abordagem conceptualiza o envelhecimento como um processo dinâmico, no qual fatores psicológicos, sociais e comportamentais desempenham um papel tão relevante quanto os aspetos biológicos (Fernández-Ballesteros, 2011).

O envelhecimento positivo valoriza a capacidade de manutenção de um sentido de propósito, autonomia, envolvimento social e funcionamento psicológico satisfatório, em contraste com abordagens centradas apenas nas perdas associadas ao avançar da idade.

Autores como Ryff e Singer (1998) destacam que o bem-estar psicológico na velhice envolve múltiplas dimensões, incluindo relações positivas, autoaceitação, crescimento pessoal e domínio do ambiente. Assim, o envelhecimento positivo pressupõe não apenas a ausência de doença, mas a presença ativa de recursos internos e externos que promovem uma vida significativa, integrando elementos subjetivos (satisfação com a vida e percepção de utilidade) e objetivos (participação social e estilos de vida saudáveis).

A investigação de Bowling e Dieppe (2005) salienta que aquilo que constitui um bom envelhecimento deve ser definido não apenas por especialistas, mas também pelas próprias pessoas idosas. Do ponto de vista subjetivo, envelhecer bem inclui manter relações de qualidade, sentir-se útil, preservar a independência e manter uma atitude positiva perante as mudanças. Esta perspectiva reforça a importância de abordagens centradas na pessoa e ajustadas às suas metas individuais.

Modelos psicológicos que entendem o envelhecimento como uma fase de desenvolvimento contínuo reconhecem que a capacidade de adaptação, incluindo redefinição de expectativas, estratégias de regulação emocional e envolvimento em atividades significativas, funciona como um mecanismo protetor face às múltiplas transições da velhice (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Fatores como sentido de propósito, relações sociais de apoio e participação em atividades estimulantes, incluindo atividade física, voluntariado e atividades culturais ou cognitivas, são essenciais para promover um envelhecimento psicossocialmente saudável.

O envelhecimento positivo permite integrar perspectivas complementares, como o Modelo SOC (Seleção, Otimização e Compensação) de Baltes e Baltes (1990) e teorias do desenvolvimento na idade adulta. Todas convergem na ideia de que o envelhecimento envolve ajustamentos ativos e estratégias adaptativas, destacando o papel central da agência pessoal e da capacidade de gerir recursos diante de desafios crescentes.

Este enquadramento oferece uma estrutura conceptual que ultrapassa a visão biomédica, incorporando dimensões psicológicas, sociais e existenciais. Destaca a importância da participação ativa, do bem-estar subjetivo e da adaptação contínua às mudanças, sendo particularmente relevante para a promoção da saúde e intervenção psicológica, permitindo compreender a população idosa de forma integradora, reconhecendo vulnerabilidades, forças e potencialidades (Engel, 1977; World Health Organization [WHO], 2001, 2002).

Teorias do desenvolvimento e da adaptação

As teorias do desenvolvimento adulto defendem que o envelhecimento constitui uma etapa de continuidade, marcada por reajustamentos progressivos resultantes da interação entre recursos pessoais e desafios crescentes ao longo da vida (Baltes, 1997). O desenvolvimento humano é descrito como uma trajetória caracterizada simultaneamente por ganhos e perdas, refletindo uma arquitetura ontogenética que exige constante reorganização para manter o funcionamento e o bem-estar (Baltes, 1997). Esta visão rompe com a perspectiva tradicional do envelhecimento como mero declínio e enfatiza o potencial de crescimento psicológico e adaptativo presente também nas idades mais avançadas (Staudinger & Kunzmann, 2005).

A capacidade de ajustar metas e estratégias à medida que as condições de vida se transformam assume particular importância nesta perspectiva. Os processos de regulação das

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

metas pessoais, nomeadamente a perseverança em objetivos alcançáveis e a acomodação de expectativas quando estes se tornam irrealizáveis, são centrais para a manutenção do bem-estar ao longo do ciclo vital (Brandstädter & Rothermund, 2002). Esta flexibilidade torna-se especialmente relevante na velhice, fase em que alterações físicas e sociais podem exigir uma reorientação profunda das prioridades e dos sentidos de propósito.

O paradoxo do bem-estar constitui um contributo empírico significativo nesta área. Estudos demonstram que as pessoas idosas tendem a apresentar níveis relativamente estáveis ou até aumentados de bem-estar subjetivo, apesar do aumento de perdas e limitações associadas ao envelhecimento (Kunzmann, Little, & Smith, 2000). Este fenómeno é explicado por melhorias progressivas na regulação emocional, pelo foco seletivo em experiências positivas e pela diminuição da exposição a contextos geradores de conflito ou stress (Kunzmann et al., 2000). Estes mecanismos de ajustamento contribuem para a estabilidade emocional observada na idade avançada, reforçando a ideia de que o envelhecimento é sustentado por estratégias adaptativas eficazes.

O conjunto destas perspetivas evidencia que envelhecer implica um processo ativo de preservação e reorganização de recursos psicológicos, cognitivos e sociais, permitindo enfrentar desafios crescentes de forma flexível e significativa (Staudinger & Kunzmann, 2005). As teorias do desenvolvimento e da adaptação constituem, assim, uma base essencial para compreender o envelhecimento como uma trajetória de mudança e continuidade, preparando o terreno para modelos específicos, como os de Erikson e Vaillant, que detalham as tarefas psicossociais e os mecanismos de ajustamento envolvidos nesta fase do ciclo de vida.

Do ponto de vista do desenvolvimento psicossocial, a velhice é descrita por Erikson como a etapa final do ciclo vital, marcada pelo confronto entre a integridade do ego e o desespero,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

durante a qual os indivíduos refletem sobre as suas experiências de vida na tentativa de alcançar satisfação e aceitação. A ausência desta integração pode provocar sentimentos de arrependimento, frustração e medo perante o fim da vida. Estudos complementares, como os de Vaillant no âmbito do Estudo de Harvard sobre o desenvolvimento adulto, evidenciam que fatores como o suporte social, a estabilidade emocional e o envolvimento em atividades significativas estão diretamente associados a um envelhecimento bem-sucedido. A capacidade de adaptação e o cultivo de relações positivas ao longo da vida surgem, assim, como determinantes centrais do bem-estar na terceira idade. A articulação entre as perspetivas de Erikson e Vaillant permite compreender o envelhecimento positivo como um processo simultaneamente intrapsíquico e interpessoal, em que a integridade do ego torna-se mais acessível quando o indivíduo investe em relações de qualidade, adota estratégias de coping saudáveis e se envolve em atividades significativas, consolidando tanto recursos internos quanto redes de apoio social. Esta integração evidencia que o envelhecimento não se limita a um fenómeno biológico, mas constitui um processo complexo, moldado por escolhas, experiências acumuladas e pela forma como cada pessoa constrói sentido a partir delas (Alves, 2020; Vaillant, 2002).

Modelo do envelhecimento bem-sucedido

O modelo do envelhecimento bem-sucedido proposto por Rowe e Kahn (1987, 1997) constitui uma referência central na gerontologia, estabelecendo critérios para identificar o envelhecimento saudável e adaptativo. Para estes autores, o envelhecimento bem-sucedido não se limita à ausência de doença, mas integra três domínios principais: (a) baixo risco de doença e incapacidade, (b) manutenção de elevado funcionamento cognitivo e físico e (c) envolvimento ativo com a vida, incluindo relações sociais, atividades produtivas e participação comunitária (Rowe & Kahn, 1997). Este modelo conceptualiza o

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

envelhecimento como um processo dinâmico, no qual fatores genéticos, comportamentais e ambientais interagem para promover a qualidade de vida na velhice (Rowe & Kahn, 1987).

Autores posteriores, como Bowling e Dieppe (2005), destacam limitações importantes. Em particular, criticam a ênfase em critérios objetivos e biomédicos, argumentando que a definição de envelhecimento bem-sucedido deve incluir a perspectiva subjetiva dos próprios idosos, valorizando experiências, satisfação com a vida, sentido de propósito e bem-estar psicológico. Enquanto Rowe e Kahn fornecem uma estrutura normativa para a avaliação do envelhecimento saudável, Bowling e Dieppe ampliam a compreensão ao integrar fatores culturais, contextuais e individuais que determinam a percepção do próprio envelhecer (Bowling & Dieppe, 2005).

A articulação destes contributos permite compreender o envelhecimento bem-sucedido como uma síntese entre critérios objetivos e subjetivos, onde indicadores físicos e cognitivos são complementados por elementos psicológicos e sociais que conferem significado à experiência de envelhecer. Esta visão integradora evidencia a importância de políticas, intervenções e práticas que promovam simultaneamente a saúde física, o envolvimento social, a autonomia e a satisfação subjetiva, garantindo que a velhice seja vivida de forma plena e adaptativa (Rowe & Kahn, 1997; Bowling & Dieppe, 2005).

Modelo da seleção, otimização e compensação

O envelhecimento deve ser compreendido como um fenómeno complexo e multifatorial, caracterizado por transformações interligadas de natureza biológica, psicológica e social. Mais do que um processo centrado no declínio, representa uma etapa de reconfiguração da identidade, das rotinas e das relações interpessoais, exigindo a mobilização de recursos internos e externos que permitam uma adaptação saudável às mudanças inerentes à idade (Baltes & Baltes, 1990).

O Modelo SOC, Seleção, Otimização e Compensação, destaca-se como uma abordagem amplamente utilizada para explicar as estratégias adaptativas que os indivíduos utilizam ao longo do envelhecimento. Segundo Baltes e Baltes (1990), esta abordagem assume que o desenvolvimento humano envolve simultaneamente ganhos e perdas, sendo a adaptação eficaz determinada pela capacidade de gerir estes desequilíbrios.

A seleção diz respeito à definição de prioridades e à escolha de metas significativas, permitindo que o idoso direcione esforços para domínios relevantes da sua vida. A otimização envolve o uso e aperfeiçoamento de recursos, através de treino, aprendizagem e prática contínua, com o objetivo de maximizar o funcionamento nas áreas selecionadas. Por fim, a compensação refere-se à utilização de estratégias alternativas como o recurso a dispositivos auxiliares, reorganização de tarefas ou apoio social para contornar limitações físicas, cognitivas ou emocionais, de forma a manter níveis adequados de desempenho e participação social (Baltes & Baltes, 1990).

O Modelo SOC oferece um enquadramento teórico robusto para compreender a forma como os idosos gerem as exigências do envelhecimento, promovendo bem-estar, autonomia e envolvimento social, mesmo perante desafios crescentes.

O modelo articula-se de forma direta com os conceitos de envelhecimento positivo e envelhecimento bem-sucedido, reforçando a noção de que o envelhecimento não é passivo, mas sim um fenómeno ativo e adaptativo. Enquanto Rowe e Kahn (1997) enfatizam a importância do funcionamento físico, cognitivo e do envolvimento social, o modelo SOC fornece mecanismos concretos para alcançar estes objetivos, mesmo na presença de declínios inevitáveis (Baltes & Baltes, 1990). O envelhecimento positivo, centrado na experiência subjetiva de propósito, satisfação e qualidade de vida, é favorecido quando o indivíduo aplica

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão estratégias de seleção, otimização e compensação para manter atividades significativas e relações gratificantes (Bowling & Dieppe, 2005; Baltes & Baltes, 1990).

Deste modo, o modelo seleção, otimização e compensação funciona como uma ponte operacional entre os diferentes modelos do envelhecimento, integrando critérios objetivos e subjetivos e oferecendo estratégias práticas que sustentam a adaptação saudável e o bem-estar psicológico na velhice (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1997; Bowling & Dieppe, 2005). Este enquadramento evidencia que envelhecer com qualidade depende da interação dinâmica entre recursos, escolhas e estratégias pessoais ao longo do tempo, consolidando uma visão integradora e funcional do envelhecimento.

Dimensões psicológicas do envelhecimento

As dimensões psicológicas do envelhecimento referem-se aos aspetos emocionais, cognitivos e motivacionais que influenciam a forma como os indivíduos percebem, experienciam e se adaptam às mudanças próprias da idade avançada. Estes domínios são determinantes para a manutenção do bem-estar, da autoestima e da qualidade de vida, mesmo perante desafios físicos ou sociais decorrentes do envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1997).

O estudo destas dimensões permite compreender como os idosos gerem emoções, constroem relações interpessoais significativas e mantêm um sentido de propósito, elementos essenciais para um envelhecimento ativo e positivo (Carstensen, 1991; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Botella, 2013). Explorar estas variáveis possibilita identificar fatores de proteção e vulnerabilidades psicológicas, fornecendo bases para intervenções que promovam adaptação saudável e resiliência nesta fase da vida.

A compreensão da influência das dimensões psicológicas no envelhecimento torna-se mais concreta quando se analisam domínios centrais que refletem o estado emocional e social

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão dos indivíduos. Entre estes, destacam-se o bem-estar, que reflete a percepção global de qualidade de vida e satisfação; a autoestima, que se relaciona com a valorização de si próprio e a confiança nas próprias capacidades; e a solidão, que pode surgir como consequência de perdas ou alterações nos círculos sociais e afetivos (Baltes & Baltes, 1990; Carstensen, 1991; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Botella, 2013). Estes domínios permitem não apenas identificar fatores de risco, mas também compreender os mecanismos de adaptação e os recursos internos que promovem um envelhecimento saudável, oferecendo bases sólidas para intervenções psicológicas e sociais direcionadas à população idosa.

Bem-estar

Nas últimas décadas, o conceito de bem-estar tem sido amplamente estudado na Psicologia, emergindo como um constructo que integra duas perspectivas teóricas fundamentais, tal como já proposto por Aristóteles: o bem-estar subjetivo, baseado na hedonia (prazer e satisfação), e o bem-estar psicológico, baseado na eudaimonia (realização pessoal e sentido de vida) (Pereira, 2012). Neste enquadramento, o bem-estar subjetivo tem sido amplamente desenvolvido por Diener e colaboradores, sendo definido como a avaliação cognitiva e afetiva que os indivíduos fazem da sua vida, incluindo a satisfação com a vida e a frequência de experiências emocionais positivas versus negativas (Diener et al., 1999). O bem-estar é, assim, entendido como uma construção multidimensional, que integra componentes afetivo-emocionais e cognitivos, assumindo um valor prudencial, isto é, aquilo que é intrinsecamente valioso para o indivíduo, variando de pessoa para pessoa.

De forma geral, o bem-estar não corresponde apenas à ausência de doença ou sofrimento, mas sim a um estado positivo de funcionamento eficaz e equilíbrio global. Este conceito envolve a forma como as pessoas experienciam e avaliam as suas vidas, estando fortemente associado à qualidade de vida e à harmonia entre corpo, mente e contexto social.

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

Representa, portanto, uma condição de saúde física, mental e social na qual o indivíduo se sente realizado, saudável e satisfeito com a sua vida (Dodge et al., 2012).

A psicóloga Carol Ryff, com base numa abordagem humanista-existencial, desenvolveu um modelo teórico de bem-estar psicológico composto por seis dimensões fundamentais. Estas incluem: Relações positivas com os outros, que envolvem vínculos afetivos, empatia e intimidade; Autonomia, que traduz a capacidade de autorregulação e independência face a pressões externas; Domínio do ambiente, ou seja, a competência para gerir e moldar o meio envolvente conforme as próprias necessidades; Propósito na vida, refletindo a presença de objetivos e de um sentido existencial; Crescimento pessoal, caracterizado pela perceção de evolução contínua, abertura à experiência e autoconhecimento; e Autoaceitação, que envolve uma visão positiva e integradora de si mesmo, incluindo as experiências passadas e os traços pessoais (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Estas dimensões constituem tarefas desenvolvimentais relevantes para um funcionamento psicológico saudável e estão associadas a indicadores de qualidade de vida, saúde mental e ajustamento psicossocial (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

O bem-estar é concebido como um processo dinâmico e contínuo, que transcende a mera experiência de prazer momentâneo. A teoria de Ryff fornece uma base sólida tanto para a autoavaliação como para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, ao enfatizar o potencial de crescimento, realização e adaptação ao longo do ciclo de vida.

Na população idosa, o bem-estar constitui um aspeto central para garantir um envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida. Esta fase do ciclo vital é marcada por transformações físicas, emocionais, cognitivas e sociais, que podem influenciar positiva ou negativamente o modo como os idosos percebem e vivem o seu dia a dia. A interação entre

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

fatores como saúde física, estado emocional, suporte social e envolvimento em atividades significativas contribui significativamente para a percepção de bem-estar nesta etapa da vida (Fernandes & Garcia, 2010).

Diversos estudos demonstram que o bem-estar psicológico no idoso está associado à manutenção da autonomia, à presença de relações interpessoais satisfatórias e ao sentimento de utilidade social. Quando essas dimensões são preservadas, mesmo perante as limitações naturais do envelhecimento, é possível alcançar um elevado nível de satisfação com a vida (Silva, 2016).

Políticas públicas que promovam o envelhecimento ativo, nomeadamente através do acesso a cuidados de saúde, programas de lazer, mobilidade e inclusão, aliadas ao suporte familiar e comunitário, desempenham um papel crucial. A promoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física, uma alimentação equilibrada e o envolvimento em atividades cognitivamente estimulantes, revela-se igualmente um fator protetor do bem-estar na velhice (World Health Organization, 2002).

A promoção do bem-estar na população idosa depende, portanto, não apenas de variáveis individuais, mas também de fatores contextuais, sociais e institucionais, exigindo uma abordagem multidisciplinar e integrada.

Autoestima

A autoestima pode ser compreendida como o valor subjetivo que cada indivíduo atribui a si mesmo, estando intimamente ligada à percepção de competência, respeito próprio e satisfação pessoal. Em Psicologia, considera-se uma característica relativamente estável da personalidade, embora possa variar ao longo da vida em resposta a experiências e contextos (Silva, 2005). A autoestima influencia significativamente o modo como os indivíduos cuidam

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão de si, enfrentam desafios e se relacionam com o mundo, sendo essencial para o bem-estar psicológico.

Segundo Rosenberg (1965), a autoestima corresponde a uma atitude positiva ou negativa em relação ao self. A sua avaliação pode ser realizada através da Escala de Autoestima de Rosenberg, que permite classificar os indivíduos com autoestima baixa, média ou alta. A autoestima baixa está associada a sentimentos de inadequação, desvalorização pessoal e dificuldades em lidar com adversidades. A autoestima média caracteriza-se por uma oscilação entre sentimentos de aceitação e rejeição de si mesmo, enquanto a autoestima elevada reflete um julgamento positivo do próprio valor, confiança pessoal e autorrespeito, sem implicar um sentimento de superioridade em relação aos outros.

A autoestima constitui, assim, um recurso psicológico fundamental que contribui para a saúde mental, a resiliência e a capacidade de adaptação ao longo do ciclo vital, incluindo na velhice.

Na população idosa, a autoestima é frequentemente negligenciada ou subestimada, estando envolta em mitos e preconceitos sociais persistentes (Butler, 1969; Levy, 2009; World Health Organization [WHO], 2021). Entre esses estereótipos destaca-se a percepção do envelhecimento como um processo de decadência, improdutividade e dependência, frequentemente associado à doença, à perda de capacidades cognitivas como a memória, a atenção e a inteligência, e à incapacidade de aprender coisas novas. É comum ouvir que os idosos “já fizeram tudo o que tinham a fazer” e que a sua função agora é apenas cuidar dos netos ou descansar. Estas representações sociais negativas impactam diretamente a avaliação subjetiva que o idoso faz de si mesmo, podendo desencadear sentimentos de inutilidade, tristeza e frustração, afetando negativamente a autoestima.

A autoestima na velhice pode, no entanto, ser preservada e até reforçada através de fatores como a valorização das capacidades remanescentes, a manutenção da autonomia, o apoio social e a prática de atividades significativas. A prática regular de exercício físico, por exemplo, revela efeitos positivos evidentes na autoestima dos idosos, refletindo-se numa percepção mais positiva do corpo e das próprias capacidades cognitivas e sociais. Além disso, promove maior disponibilidade para o convívio social, contribui para a melhoria do estado de saúde geral e favorece o bem-estar psicológico (Safons, 2000).

O envelhecimento implica inevitavelmente alterações físicas e psicológicas. A consciência dessas mudanças, como a diminuição da força, da mobilidade ou das funções cognitivas, pode comprometer a autoestima, sobretudo quando o idoso se vê incapaz de realizar atividades quotidianas de forma autónoma. Atividades básicas como tomar banho, vestir-se, levantar-se da cama ou alimentar-se são fundamentais não só para a manutenção da funcionalidade, mas também para preservar a percepção de valor pessoal. Quando a perda de autonomia se instala de forma precoce ou abrupta, o idoso pode sentir-se um fardo para os outros, comprometendo significativamente a sua autoestima e qualidade de vida (Rodrigues, 2015).

Solidão

A solidão é um sentimento profundamente subjetivo e individual, muitas vezes invisível aos olhos dos outros, mas com impacto significativo no bem-estar emocional de quem a vivencia. Na velhice, este fenómeno torna-se particularmente relevante, uma vez que esta fase da vida é frequentemente marcada por perdas importantes, como a morte de cônjuges e amigos próximos, a saída dos filhos de casa ou a redução das interações sociais. Esses acontecimentos podem contribuir para o isolamento social e para o agravamento de sentimentos de abandono e tristeza (Cacioppo & Patrick, 2008).

Na população idosa, a solidão está associada a um conjunto de fatores de risco que vão além do aspecto emocional. Estudos mostram que indivíduos idosos que se sentem sós apresentam maior fragilidade no sistema imunitário, maior predisposição para o desenvolvimento de doenças crônicas e menor esperança média de vida. A ausência de conexões sociais e de uma rede de apoio pode também contribuir para o declínio cognitivo e para o surgimento de quadros de depressão e ansiedade (Cacioppo & Patrick, 2008).

A prática de exercício físico estruturado surge como uma estratégia eficaz não apenas para melhorar a saúde física, mas também para combater a solidão. Atividades como pilates, tai chi, yoga, dança ou karatê incentivam a socialização, na medida em que exigem a participação em grupos, promovendo a interação entre os participantes. Esta dimensão relacional favorece a criação de novos vínculos, a manutenção de relações interpessoais já existentes e a inserção dos idosos em espaços sociais como centros de dia, associações, parques e cafés. Esses momentos de convívio contribuem significativamente para a redução do isolamento social e para o fortalecimento do bem-estar psicológico (World Health Organization, 2020; Rebar et al., 2015).

Embora a população idosa seja frequentemente associada à solidão, esta relação não é linear nem universal. A solidão, enquanto experiência subjetiva, é influenciada por múltiplos fatores, incluindo características pessoais, traços de personalidade, historial de vida e contexto social. Por exemplo, pessoas com traços de personalidade mais introvertidos ou com poucas competências sociais podem estar mais vulneráveis a sentimentos de solidão, independentemente da presença física de outras pessoas ao seu redor (Victor & Yang, 2012). Além disso, a ausência de uma rede de apoio, a perda de relações significativas e, em alguns casos, o abandono por parte de familiares ou amigos, particularmente em contextos institucionais, contribuem para o isolamento social e a sensação de desconexão emocional.

Ao abordar a promoção do bem-estar e da autoestima na população idosa, bem como a prevenção da solidão, reflete-se simultaneamente sobre a qualidade de vida. A adoção de hábitos saudáveis, especialmente a prática regular de atividade física, constitui uma estratégia eficaz para o fortalecimento das relações sociais, a preservação da autonomia e o aumento do bem-estar geral. Mais do que prolongar os anos de vida, trata-se de garantir que esses anos sejam vividos com vitalidade, satisfação e propósito. Como refere a Organização Mundial da Saúde (2002), o verdadeiro objetivo do envelhecimento ativo é "acrescentar vida aos anos", promovendo uma velhice mais plena e integrada.

Fatores de risco e de proteção face às perdas no envelhecimento

O envelhecimento implica inevitavelmente a experiência de perdas físicas, cognitivas e sociais, que podem comprometer a autonomia, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos indivíduos. Contudo, a forma como estas perdas são vivenciadas depende de uma complexa interação entre fatores de risco e fatores de proteção, que modulam a vulnerabilidade ou a resiliência face às mudanças associadas à idade (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1997).

Entre os fatores de risco destacam-se a presença de doenças crónicas, o isolamento social, a diminuição da rede de apoio e a redução da capacidade funcional. Por outro lado, fatores de proteção incluem o envolvimento em atividades cognitivamente e socialmente estimulantes, a manutenção de hábitos de vida saudáveis e o acesso a suporte emocional e comunitário (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Botella, 2013). A identificação destes fatores é essencial para orientar políticas, programas e intervenções que visem minimizar os impactos negativos das perdas e promover um envelhecimento adaptativo e de qualidade.

Perante as perdas e desafios inerentes ao envelhecimento, torna-se igualmente fundamental identificar estratégias capazes de reforçar os fatores de proteção e atenuar os

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

fatores de risco. Nesse contexto, a prática regular de atividade física surge como uma intervenção eficaz, não apenas para a manutenção da saúde física, mas também para o fortalecimento das dimensões psicológicas e sociais do envelhecimento. Ao promover mobilidade, autonomia, bem-estar emocional e interação social, a atividade física desempenha um papel central na adaptação saudável às mudanças da idade avançada, configurando-se como um recurso preventivo e terapêutico essencial (Warburton & Bredin, 2017; Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005; Ekkekakis, 2015).

Além dos benefícios físicos e sociais, a prática de atividade física também influencia dimensões psicológicas centrais, funcionando como um recurso protetor frente às perdas no envelhecimento. Entre estes construtos destacam-se o otimismo e a esperança. O otimismo disposicional refere-se à expectativa generalizada de que o futuro trará eventos positivos, estando associado a melhores comportamentos de saúde, menor mortalidade e menor sintomatologia depressiva entre idosos. Estes efeitos são parcialmente mediados por comportamentos como a prática de atividade física e pelo suporte de uma rede social sólida (Craig et al., 2023).

A Teoria da Esperança (Snyder, 2002) propõe que a esperança inclui tanto a motivação para estabelecer e perseguir metas (*agency*) quanto a crença na existência de caminhos viáveis para alcançá-las (*pathways*). Ambos os fatores têm demonstrado reduzir sintomas depressivos em intervenções clínicas com idosos, como o *Hope Training*, e favorecer a adaptação positiva diante de perdas fisiológicas ou sociais.

O otimismo e a esperança desempenham um papel fundamental na manutenção da saúde mental na velhice, sendo considerados recursos psicológicos de adaptação às mudanças associadas ao envelhecimento. Estes construtos atuam como fatores protetores contra a depressão, o isolamento social e o stresse, promovendo maior resiliência emocional nesta fase

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão do ciclo vital. A prática regular de atividade física representa um meio eficaz de fortalecer essas qualidades, uma vez que favorece sentimentos de autoeficácia, controlo pessoal e propósito, que são elementos essenciais para a manutenção de uma visão positiva do futuro (Espírito-Santo & Daniel, 2019). Além disso, o envolvimento em contextos de exercício físico, individuais ou em grupo, potencia a socialização e o sentimento de pertença, reforçando crenças de capacidade e agência pessoal. Dessa forma, a atividade física não apenas promove saúde física, mas também facilita o desenvolvimento de recursos psicológicos positivos, essenciais para o envelhecimento ativo e bem-sucedido (McAuley et al., 2000; Netz et al., 2005; Ryan & Deci, 2000).

Fator protetor: papel da atividade física no envelhecimento

A atividade física (AF) é um construto amplamente estudado ao longo das últimas décadas, sendo reconhecida pelos seus benefícios transversais para a saúde física, mental e social. De facto, a prática regular e disciplinada de atividade física traz efeitos positivos a homens e mulheres de todas as idades e etnias, sendo definida como qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num gasto energético superior ao estado de repouso (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

Esta definição abrange diversos tipos de atividade, podendo incluir tanto atividades de lazer (como jardinagem ou caminhadas) quanto atividades ocupacionais (relacionadas à profissão). Por sua vez, o exercício físico (EF) é uma subcategoria da atividade física. Embora todos os exercícios físicos sejam formas de atividade física, nem toda atividade física é considerada exercício físico. O exercício físico é caracterizado como sendo planeado, estruturado e repetitivo, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (Caspersen et al., 1985).

A atividade física é classicamente definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético superior ao nível de repouso (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Esta definição, amplamente aceite na literatura científica, foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) e engloba diferentes formas de movimento, incluindo atividades de lazer, transporte, trabalho e tarefas domésticas, que contribuem para a promoção da saúde e do bem-estar geral (Ministério da Saúde, 2021).

A literatura tem destacado também os múltiplos benefícios da prática regular de atividade física em diferentes domínios. A nível físico, é amplamente reconhecida a sua eficácia na prevenção de doenças crónicas, como doenças cardiovasculares e diabetes, bem como na redução do risco de mortalidade precoce (Warburton, Nicol, & Bredin, 2006; Lee et al., 2012). Para além dos efeitos físicos, a atividade física apresenta benefícios psicológicos importantes, nomeadamente na promoção do relaxamento, redução do stress, fortalecimento da autoestima e melhoria do autoconceito (Biddle & Asare, 2011; Puett & Teas, 2012).

No plano social, a prática regular de exercício favorece a sociabilização, estimula o dinamismo e contribui para a estabilidade emocional, reduzindo o isolamento social (Eime et al., 2013; Holt & Neely, 2011). Em termos económicos, a atividade física associa-se a uma diminuição significativa dos custos com cuidados de saúde, devido à menor incidência de doenças, assim como ao aumento da produtividade dos indivíduos (Ding et al., 2016; Pratt et al., 2012). Por fim, sob a perspetiva ambiental, a atividade física, especialmente quando praticada em espaços exteriores, fomenta o contacto com a natureza, a valorização desses espaços e o desenvolvimento de uma maior consciência ecológica, o que contribui para a melhoria global da qualidade de vida (Pretty et al., 2005; Barton & Pretty, 2010).

Sedentarismo e inatividade física

O sedentarismo é considerado um dos principais fatores de risco para a saúde em qualquer faixa etária, especialmente na população idosa. Define-se como a ausência ou insuficiência de atividade física regular, sendo associado a um estilo de vida predominantemente inativo, com grande parte do tempo passado em comportamentos de baixo gasto energético, como permanecer sentado ou deitado por longos períodos. Esta condição está ligada ao desenvolvimento de múltiplas doenças e ao aumento da incapacidade funcional, tornando-se um dos principais fatores contribuintes para a invalidez nas populações envelhecidas (Wittink, 2011).

Este comportamento tem sido descrito como a “doença do século”, refletindo um padrão de vida moderno marcado pelo conforto e pela tecnologia. A pessoa sedentária é aquela que, mesmo podendo realizar algumas tarefas do dia a dia, não reserva tempo específico para a prática de atividade física estruturada. A epidemiologia comportamental tem estudado cada vez mais esta condição, dada a sua forte ligação com o aumento da morbidade (Sallis & Owen, 1999).

O termo “inatividade física” descreve indivíduos que não cumprem as recomendações mínimas de atividade física moderada a vigorosa, como as definidas pela Organização Mundial da Saúde. Esta distinção é relevante, pois um indivíduo pode ser fisicamente ativo (por exemplo, praticando exercícios regularmente), mas ainda assim apresentar um comportamento sedentário elevado caso passe a maior parte do dia sentado (Sedentary Behaviour Research Network, 2012).

Entre os idosos, a inatividade física pode estar associada a limitações físicas, desmotivação, isolamento social e falta de apoio. Estes fatores aumentam o risco de obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, depressão e problemas

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão osteoarticulares. Consequências adicionais incluem sarcopenia, diminuição da densidade óssea, rigidez articular e agravamento de doenças pré-existentes, levando a maior dependência e a um maior recurso a cuidados médicos (Alves, Mota, Costa & Alves, 2004).

Com a reforma, muitos idosos perdem rotinas ativas associadas ao trabalho, intensificando tanto a inatividade física como o sedentarismo. A redução da mobilidade e da motivação para sair de casa contribui para este fenómeno. A prática regular de atividade física apresenta efeitos positivos significativos na manutenção da funcionalidade, essencial para a autonomia na realização das atividades diárias (Morgadinho, 2012).

Sedentarismo e inatividade física não são sinónimos, embora frequentemente se interrelacionem. Um indivíduo pode não praticar exercício físico estruturado (sendo fisicamente inativo), mas ainda assim manter um estilo de vida ativo se o seu trabalho envolver esforço físico. Alguém que cumpre as recomendações semanais de exercício físico pode ainda assim passar muitas horas em comportamento sedentário, o que também representa riscos à saúde (Dogra & Stathokostas, 2012).

Benefícios físicos e psicológicos da prática da atividade física

A prática regular de exercício físico desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos, trazendo benefícios tanto a nível físico como psicológico.

O exercício físico constitui uma forma específica de atividade física, caracterizada por ser planeada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de melhorar ou manter uma ou mais componentes da aptidão física, como força, resistência, flexibilidade ou composição corporal (Matsudo et al., 2001; Contreira & Corazza, 2009; Maciel, 2010). Em termos conceptuais, todo exercício físico é atividade física, mas nem toda atividade física configura exercício,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

uma vez que este exige intencionalidade e organização orientadas para ganhos concretos na aptidão física.

A aptidão física, por sua vez, não é considerada um comportamento, mas um conjunto de atributos ou capacidades que o indivíduo possui ou desenvolve, permitindo realizar atividades físicas de forma eficiente e segura (Caspersen et al., 1985). Estes atributos incluem potência aeróbica, resistência e força muscular, composição corporal, flexibilidade, agilidade, equilíbrio, coordenação e velocidade de deslocamento e de reação muscular (Matsudo et al., 2001; Maciel, 2010).

A aptidão física pode ser organizada em diferentes componentes, nomeadamente os relacionados com a saúde, resistência cardiorrespiratória, força e resistência muscular, flexibilidade e composição corporal e os relacionados com o desempenho motor, como agilidade, coordenação, velocidade, equilíbrio e potência (ACSM, 2014; Garber et al., 2011). Os primeiros contribuem para a prevenção de doenças e para a manutenção da funcionalidade ao longo do envelhecimento, enquanto os segundos são mais frequentemente trabalhados em contextos desportivos.

A literatura evidencia que níveis adequados de aptidão física constituem um indicador importante de saúde global, promovendo não apenas benefícios fisiológicos como fortalecimento do sistema cardiovascular e musculoesquelético, mas também ganhos psicológicos, incluindo melhor humor, redução de sintomas depressivos e ansiosos, aumento da autoestima e do bem-estar geral (Biddle & Asare, 2011). Assim, promover e manter a aptidão física deve ser uma prioridade tanto nas políticas de saúde pública quanto nas intervenções em Psicologia da Saúde, especialmente na população idosa, em que a preservação da funcionalidade física impacta diretamente a autonomia e a qualidade de vida.

O envolvimento em atividades físicas, mesmo de intensidade moderada, tem sido amplamente associado a múltiplos benefícios psicológicos e sociais. Estudos apontam que a prática regular pode promover sentimentos de autoeficácia e competência, favorecer a interação social e melhorar a imagem corporal e a autoestima (Fox, 2000; Elavsky et al., 2005). Estes fatores assumem particular relevância em fases de transição, como a reforma, perdas afetivas ou declínio da rede social, contextos em que o risco de isolamento e sofrimento emocional tende a aumentar (Hawkley & Cacioppo, 2010).

No domínio físico, a atividade física melhora a mobilidade e o equilíbrio, diminuindo o risco de quedas e hospitalizações associadas (Sherrington et al., 2017). Contribui também para o fortalecimento muscular e ósseo, prevenindo doenças como a osteoporose (Chodzko-Zajko et al., 2009). Além disso, auxilia no controle de doenças crônicas, melhora a capacidade respiratória e fortalece o sistema imunitário, reduzindo o risco de infecções (Woods et al., 2012).

Quanto ao plano psicológico, o exercício físico estimula a liberação de endorfinas, neurotransmissores relacionados com a sensação de prazer e redução do stress, promovendo o bem-estar emocional (Craft & Perna, 2004). Reduz sintomas de ansiedade e depressão, sendo recomendado como complemento no tratamento destes (Blumenthal et al., 2012). Também melhora a autoestima e autoconfiança, uma vez que o idoso ativo se sente mais capaz e independente (McAuley et al., 2000). Para além disso, a atividade física estimula funções cognitivas e previne o declínio cognitivo, promovendo melhorias na memória e na atenção (Northey et al., 2018).

A atividade física também exerce influência positiva sobre o funcionamento neuropsicológico. Estudos de neuroimagem demonstram que o exercício aeróbico regular está associado ao aumento do volume do hipocampo, região crítica para a memória e o

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão humor, e à melhoria da conectividade em redes cerebrais envolvidas na regulação emocional (Erickson et al., 2011; Voss et al., 2013).

Benefícios sociais da prática da atividade física

A atividade física em contexto de grupo favorece a socialização, o sentimento de pertença e o reforço da rede de apoio social, mitigando a solidão e promovendo o bem-estar emocional (Cunha & Ribeiro, 2014; Hawkley & Cacioppo, 2010; Bauman et al., 2012; Smith et al., 2017). Programas supervisionados de exercício têm evidenciado melhorias significativas na autoestima e na regulação emocional em idosos (Awick et al., 2017; Windle et al., 2010).

A prática de atividade física em grupo constitui uma oportunidade significativa de socialização para a população idosa, promovendo não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e relacional. Estar inserido num grupo com objetivos semelhantes favorece o estabelecimento de vínculos e o sentimento de pertença, permitindo que os participantes partilhem experiências, reconheçam dificuldades comuns e apoiem-se mutuamente. Essa partilha contribui para reduzir a sensação de isolamento, reforçando a percepção de apoio social e promovendo a coesão entre os membros do grupo (Tulle & Palmer, 2020).

O convívio regular num ambiente seguro e empático cria espaço para que os idosos experimentem novas formas de estar e de se relacionar. Nestes contextos, é possível expressar emoções, testar comportamentos e ganhar confiança, num ambiente protegido, o que por vezes não acontece nos espaços do dia a dia (Dionigi, 2015). Além disso, cada elemento do grupo pode funcionar como modelo ou inspiração para os outros, reforçando a autoestima e o sentimento de utilidade, especialmente quando se sentem valorizados nas suas capacidades e experiências. A participação em atividades físicas coletivas favorece assim a socialização,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão reduz o isolamento e aumenta a qualidade de vida (Holt-Lunstad et al., 2010). A pertença a grupos sociais é essencial para o bem-estar emocional e a coesão social, proporcionando suporte mútuo e saúde mental (Cacioppo & Cacioppo, 2014).

Do ponto de vista filosófico, a importância da interação social para a realização pessoal não é uma ideia recente. Aristóteles defendia que o ser humano apenas alcança a sua plenitude, a eudaimonia, no seio da pólis, ou seja, da comunidade, pois é nela que se desenvolvem a virtude e a razão. Pensadores como Marx e Engels também sublinharam o papel central do trabalho coletivo e das relações sociais na constituição da identidade humana. Estas perspetivas ajudam a compreender que o envolvimento em atividades coletivas, como a atividade física em grupo, não é apenas benéfico para a saúde, mas fundamental para o desenvolvimento da identidade, da autonomia e do sentimento de pertença (Cudd & Andreasen, 2020; MacIntyre, 2007).

Nas sociedades modernas, marcadas por rotinas cada vez mais individualistas e por vezes isoladoras, a integração em grupos ativos representa uma forma de recuperar o controlo sobre o corpo e o tempo pessoal, promovendo saúde e bem-estar de forma integrada. Assim, a atividade física em grupo revela-se uma ferramenta poderosa não só para promover um envelhecimento saudável, mas também para fortalecer os laços sociais e o papel ativo do idoso na comunidade (Tulle & Palmer, 2020; Holt-Lunstad et al., 2010).

A prática de exercício físico na população idosa mostra-se, assim, essencial para a preservação da saúde física e psicológica. Para além de prevenir múltiplas doenças crónicas, o exercício contribui significativamente para a manutenção da autonomia, o reforço da autoestima e a melhoria da qualidade de vida. Ao promover um envelhecimento mais ativo, participativo e saudável, a atividade física torna-se uma estratégia central não apenas de promoção da saúde, mas também de inclusão e valorização social. Nesse sentido, incentivar

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

estilos de vida fisicamente ativos deve constituir uma prioridade nas políticas públicas e nas intervenções em saúde dirigidas à população idosa.

Barreiras à prática de atividade física

Apesar dos inúmeros benefícios associados à prática regular de atividade física, muitos idosos enfrentam obstáculos significativos que dificultam a adoção e a manutenção de um estilo de vida ativo. Estas barreiras podem ser de natureza física, psicológica, social, cultural, educativa, ambiental ou económica, comprometendo a motivação, a adesão e a continuidade das práticas de exercício físico ao longo do tempo (Baert et al., 2011; Franco et al., 2015).

Barreiras físicas e de saúde. Problemas de saúde crónicos, como doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, dores crónicas e outras condições médicas, são frequentemente apontados como limitadores da capacidade funcional dos idosos, dificultando ou impedindo a prática de exercício físico (Paterson & Warburton, 2010). O medo de agravar uma condição já existente ou de sofrer lesões durante a prática também constitui um fator inibidor (Chodzko-Zajko et al., 2009). A redução da mobilidade, a perda de força muscular, o desequilíbrio e a fragilidade associada ao processo de envelhecimento tornam algumas atividades mais difíceis e fisicamente exigentes, contribuindo para o cansaço precoce e para uma perceção elevada de esforço (Sun et al., 2013).

Barreiras psicológicas e motivacionais. Entre os fatores psicológicos mais comuns estão o medo de quedas e lesões, a falta de autoconfiança e sentimentos de baixa autoeficácia, ou seja, a crença de que não são capazes de realizar os exercícios com segurança ou eficácia (Brawley et al., 2003). A ausência de interesse ou prazer nas atividades propostas, bem como a falta de motivação intrínseca, podem ainda limitar significativamente a adesão. Adicionalmente, sintomas depressivos e o isolamento social estão frequentemente associados

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão
a níveis reduzidos de envolvimento em atividades físicas, uma vez que a depressão diminui energia, interesse e disposição geral (Schutzer & Graves, 2004).

Barreiras sociais e culturais. A ausência de apoio familiar ou social é outro fator relevante: idosos que não recebem incentivo dos familiares ou cuidadores têm maior probabilidade de se desmotivarem ou de abandonarem práticas de atividade física (Smith et al., 2012). Além disso, crenças culturais e estereótipos sobre o envelhecimento, como a ideia de que a velhice deve ser uma fase de descanso e inatividade, podem contribuir para atitudes passivas face ao exercício (Franco et al., 2015).

Barreiras relacionadas à educação e ao conhecimento. A falta de informação sobre os benefícios da atividade física e sobre os tipos de exercícios mais adequados para cada faixa etária representa um obstáculo importante. Muitos idosos não sabem como começar, ou receiam executar os movimentos de forma incorreta, levando à inação por insegurança (Baert et al., 2011).

Barreiras ambientais e económicas. A inexistência de espaços acessíveis e seguros, como parques, centros comunitários ou programas gratuitos adaptados, é uma barreira frequentemente mencionada. As condições meteorológicas adversas, como frio ou calor excessivo, também dificultam a prática ao ar livre (Crombie et al., 2004). Acresce ainda o impacto das dificuldades económicas: o custo associado a ginásios, fisioterapia ou transporte pode ser impeditivo para muitos idosos, especialmente os que vivem com rendimentos baixos (Bauman et al., 2012).

Estas barreiras, embora diversas e muitas vezes interligadas, podem ser compreendidas e trabalhadas à luz de modelos teóricos que ajudam a explicar os comportamentos de saúde. O Modelo de Crenças em Saúde, proposto por Rosenstock (1974), defende que a adoção de comportamentos saudáveis depende da perceção dos indivíduos

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

sobre a sua vulnerabilidade a determinadas doenças, os benefícios da ação preventiva e os obstáculos à sua implementação. No caso da população idosa, uma barreira frequente é a falta de percepção dos benefícios da atividade física, o que leva à sua desvalorização como componente essencial da saúde. Para ultrapassar esta limitação, torna-se fundamental investir em estratégias de educação e consciencialização, mostrando de forma acessível como o exercício físico pode prevenir doenças, melhorar a qualidade de vida e contribuir para a manutenção da autonomia (Rosenstock, 1974).

A Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Bandura (1977), oferece uma perspetiva complementar ao focar-se na autoeficácia, ou seja, na crença do indivíduo de que é capaz de executar determinada ação com sucesso. Muitos idosos apresentam baixa autoeficácia relativamente à prática de exercício físico, frequentemente por se sentirem limitados pela idade ou por condições físicas. A modelagem social, através da observação de pares que mantêm estilos de vida ativos, e o reforço positivo, como o reconhecimento de progressos e conquistas, são estratégias eficazes para fortalecer a confiança e promover mudanças comportamentais.

A integração em grupos de atividade física, por exemplo, não só promove o apoio social, como permite que cada participante encontre nos outros modelos de superação e motivação, facilitando a adesão e a continuidade da prática (Bandura, 1977).

Apesar das diversas barreiras identificadas, é importante destacar que estas não são intransponíveis. Reconhecê-las constitui o primeiro passo para a construção de intervenções mais eficazes e adaptadas à realidade da população idosa. Assim, torna-se essencial refletir sobre estratégias que permitam não só minimizar estes obstáculos, mas também criar condições favoráveis à adoção e manutenção de um estilo de vida mais ativo e saudável (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020; Chodzko-Zajko et al., 2009).

Estratégias para superar as barreiras. A promoção da atividade física na população idosa exige estratégias que considerem as suas limitações e necessidades específicas.

Uma das abordagens mais eficazes é a adaptação dos exercícios, que consiste na personalização dos treinos de acordo com as capacidades funcionais e eventuais restrições físicas do idoso. Atividades leves, de baixo impacto e com progressão gradual, como caminhadas, alongamentos e hidroginástica, são frequentemente recomendadas, uma vez que permitem garantir maior segurança e favorecer a adesão à prática regular (Chodzko-Zajko et al., 2009; Nelson et al., 2007).

O apoio social e motivacional também desempenha um papel importante na promoção da prática regular de exercício físico. A participação em grupos de atividade física pode favorecer a socialização, criar um sentido de pertença e aumentar a motivação. O envolvimento de familiares e amigos é igualmente relevante, ao oferecer suporte emocional e incentivo contínuo (Bandura, 1977; Baert et al., 2011).

A educação e sensibilização sobre os benefícios do exercício físico e a desconstrução de mitos associados ao envelhecimento são essenciais para aumentar a adesão. Informar os idosos de que é possível praticar exercício de forma segura, mesmo com limitações físicas, pode fortalecer a autoeficácia e a motivação para iniciar e manter uma rotina ativa (McAuley et al., 2000; Paterson & Warburton, 2010).

Por fim, a acessibilidade e a implementação de programas comunitários são fundamentais para reduzir barreiras estruturais. A criação de políticas públicas que garantam espaços acessíveis e seguros, como praças, parques e centros comunitários, e o desenvolvimento de programas gratuitos voltados para a população idosa seja em unidades de saúde, universidades ou associações locais podem tornar o exercício físico mais viável e

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão atrativo para este grupo etário (World Health Organization, 2002, 2020; Direção-Geral da Saúde, 2016).

Reconhecer os desafios enfrentados pelos idosos e aplicar estratégias eficazes para superá-los contribui significativamente para o aumento da prática de atividade física e, consequentemente, para a promoção de um envelhecimento ativo, autónomo e com melhor qualidade de vida (Rodrigues et al., 2021; Bandura, 1997; World Health Organization, 2002).

Promoção da atividade física no envelhecimento

A adesão à prática de atividade física entre os idosos permanece reduzida, apesar do reconhecimento generalizado dos seus benefícios. Barreiras como as referidas, limitações físicas, medo de lesão, falta de motivação e acesso insuficiente a espaços adequados são frequentemente relatadas em estudos internacionais e nacionais (Baert et al., 2011; Paterson & Warburton, 2010). Perceções negativas acerca da utilidade do exercício podem igualmente contribuir para a inatividade, sobretudo quando os idosos desconhecem os benefícios da prática regular ou enfrentam experiências anteriores de dificuldade ou desconforto (Smith et al., 2017). A compreensão dessas barreiras, bem como dos fatores facilitadores da prática como apoio social, programas supervisionados, segurança e adaptação das atividades às capacidades individuais revela-se essencial para a conceção de intervenções psicológicas e comunitárias mais eficazes (Cunha & Ribeiro, 2014; Netz et al., 2005).

A prática regular de atividade física promove melhorias ao nível do humor, autoestima, força, equilíbrio, resistência e consciência corporal, além de prevenir múltiplas doenças crónicas. A literatura científica indica que programas de exercício, incluindo atividades aeróbicas e de resistência, estão associados a aumentos significativos na autoestima e no bem-estar psicológico em adultos mais velhos (Mijalković et al., 2025;

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão Muñoz Pinto et al., 2025). Além disso, intervenções regulares de atividade física contribuem para a melhoria da força muscular, equilíbrio e mobilidade funcional, reduzindo o risco de quedas e promovendo a autonomia na terceira idade (Silva & Indrakumar, 2024; Silva et al., 2025).

As intervenções psicológicas assumem assim um papel fundamental na promoção da atividade física junto da população idosa, sobretudo no que se refere à motivação, à alteração de comportamentos e à superação de barreiras emocionais e cognitivas. Frequentemente, não é a condição física que limita o envolvimento em atividades, mas sim fatores psicológicos como o medo de lesões, a desmotivação ou a baixa percepção de autoeficácia (Bandura, 1997).

Abordagens de base psicoeducativa têm demonstrado eficácia ao aumentar o conhecimento dos idosos sobre os benefícios da atividade física e ao desconstruir crenças limitadoras associadas ao envelhecimento. Estas intervenções contribuem para uma maior consciencialização dos ganhos físicos e emocionais do exercício regular, promovendo mudanças no estilo de vida (Lachman et al., 2018).

As intervenções cognitivas e comportamentais, por sua vez, centram-se na identificação de pensamentos disfuncionais, promovendo estratégias de reestruturação cognitiva e de enfrentamento. Estas técnicas visam reforçar padrões de pensamento positivos, fomentando a adesão sustentada à prática de atividade física (Netz et al., 2005). Além disso, o estabelecimento de objetivos realistas e personalizados, aliado ao reforço positivo das conquistas, contribui para o aumento da motivação intrínseca e para a manutenção da prática ao longo do tempo (Deci & Ryan, 2000).

A criação de rotinas prazerosas e adaptadas às preferências individuais do idoso potencia o sentimento de controlo e autonomia. Intervenções em grupo, por sua vez, promovem o suporte social e o sentimento de pertença, fatores cruciais para o bem-estar

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão emocional e a autoeficácia percebida, especialmente em contextos de isolamento social (Chogahara et al., 1998).

O envolvimento de psicólogos em programas comunitários ou unidades de saúde permite abordar simultaneamente os aspetos emocionais, cognitivos e comportamentais da prática de exercício físico. Esta integração favorece o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para promover um envelhecimento ativo, autónomo e com maior qualidade de vida (Brawley et al., 2003).

Método

Participantes

O critério de seleção dos participantes baseou-se na idade, incluindo indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, de ambos os géneros. O limite etário foi deliberadamente estabelecido em 55 anos, reconhecendo-se que, embora a adultez tardia seja convencionalmente iniciada a partir dos 60–65 anos (Papalia, Olds & Feldman, 2013; Erikson, 1998; Levinson, 1986), esta faixa mais precoce foi considerada relevante para abranger indivíduos em transição para a velhice, alinhando-se ao objetivo do estudo. Essa opção também permitiu captar alterações emergentes no estilo de vida, no funcionamento físico e na saúde mental.

A estratégia de amostragem adotada foi intencional, de carácter não probabilístico, recorrendo ao método de bola de neve (*snowball*). Participaram no estudo 112 indivíduos, recrutados através de centros comunitários, grupos de convívio sénior, grupos e páginas dedicados a faculdades seniores, através de divulgação em redes sociais, com especial incidência em instituições direcionadas ao desporto sénior e através de redes pessoais de contacto.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 55 anos, capacidade mental e cognitiva para compreender os objetivos e procedimentos para a realização do questionário, para consentir com os mesmos e capacidade física para realizar atividades físicas de intensidade ligeira a moderada.

Atendendo ao objetivo do estudo, centrado na compreensão das relações entre a prática de atividade física e a saúde mental, e não na representatividade estatística da amostra, optou-se por critérios de inclusão amplos, não tendo sido definidos critérios de exclusão adicionais à partida.

Para as análises especificamente relacionadas com a prática de atividade física, foram considerados apenas os participantes que referiram praticar atividade física regular, constituindo uma subamostra de 67 participantes, a partir da amostra total de 112 participantes.

Foram também recolhidos dados sociodemográficos (idade, género, habilitações literárias, estado civil, participação em atividades de interesse e tipos de apoio), com o objetivo de caracterizar a amostra e contextualizar as análises. O questionário incluía perguntas sobre condições médicas ou psiquiátricas graves que poderiam constituir critérios de exclusão, nomeadamente se incapacitassem ou contraindicassem a prática de atividade física. Nenhuma destas respostas levou, efetivamente, à exclusão de participantes, pois em vários casos, os participantes indicaram a presença de alguma condição, mas continuavam a praticar atividade física regularmente, pelo que foram mantidos na amostra.

Amostra total

A amostra foi constituída por 112 participantes, com idades compreendidas entre os 55 e os 89 anos ($M = 64.21$, $DP = 8.72$). A maioria era do sexo feminino, com 71 participantes (63.4%), enquanto 41 participantes eram do sexo masculino (36.6%).

Observou-se uma maior concentração nas faixas etárias mais jovens do intervalo considerado, particularmente entre os 55 e os 63 anos, verificando-se uma diminuição progressiva da frequência nas idades mais avançadas, o que sugere uma distribuição etária tendencialmente concentrada no início do período da adultez tardia.

Em termos sociodemográficos, observa-se uma distribuição relativamente equilibrada quanto ao sexo, uma predominância de participantes com níveis de escolaridade mais elevados e uma inserção maioritária no mercado de trabalho ou em situação de reforma. No

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

que respeita à situação familiar, a maioria encontra-se em união conjugal ou com parceiro (64.3%), sendo também elevada a proporção de participantes com filhos (81.3%).

Relativamente ao nível de escolaridade, 18.8% possuíam ensino básico, 44.6% ensino secundário e 36.6% ensino superior. Quanto à ocupação profissional, 60.8% da amostra encontrava-se ativa ou reformada com atividade profissional, enquanto 39.3% estavam desempregados ou apenas reformados.

No que se refere à participação em atividades de interesse, destacaram-se jardinagem, leitura, passeios/viagens, atividades desportivas, encontros sociais e artes. Da amostra total, 54.5% participavam em 1 a 2 atividades, 40.2% em 3 a 4 atividades e 5.4% em 5 a 6 atividades (ver Tabela 1).

Amostra de praticantes de atividade física (subamostra)

A subamostra de participantes que indicaram praticar atividade física foi composta por 67 participantes, com idades compreendidas entre os 55 e os 82 anos ($M = 64.55$, $DP = 8.20$). A maioria era do sexo feminino, com 41 participantes (61.2%), enquanto 26 eram do sexo masculino (38.8%).

Quanto ao estado civil, 61.2% eram casados ou viviam com parceiro, 16.4% solteiros, 11.9% divorciados e 10.4% viúvos.

Relativamente ao nível de escolaridade, 19.5% possuíam ensino básico, 34.3% ensino secundário e 46.3% ensino superior. Quanto à ocupação profissional, 52.3% estavam ativos ou reformados com atividade profissional, enquanto 47.8% encontravam-se desempregados ou apenas reformados.

No que se refere à participação em atividades de interesse, destacaram-se jardinagem, leitura, passeios/viagens, atividades desportivas, encontros sociais e artes. Da subamostra,

44.8% participavam em 1 a 2 atividades, 46.3% em 3 a 4 atividades e 9% em 5 a 6 atividades (ver Tabela 1).

Relativamente às variáveis referentes à prática de atividade física indicam níveis globalmente elevados, com um total médio de 3971.23 MET-minutos por semana (DP = 3516.38), valor consistente com a proporção de participantes classificados como muito ativos (46.3%).

Ao nível das diferentes intensidades, a atividade vigorosa apresentou o valor médio mais elevado (M = 1805.45; DP = 2307.66), seguida da caminhada (M = 1232.25; DP = 1566.27) e da atividade moderada (M = 860.92; DP = 1029.84).

Relativamente ao comportamento sedentário, os participantes reportaram uma média de 1995.00 minutos semanais (DP = 1192.24), evidenciando uma quantidade considerável de tempo em atividades sedentárias (ver Tabela 2).

Tabela 1

Resultados da análise descritiva das variáveis demográficas da amostra total e da amostra de praticantes de atividade física

Características sociodemográficas	Amostra total (N=112)		Amostra de praticantes (N=67)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	71	63.4	41	61.2
Masculino	41	36.6	26	38.8
Situação conjugal				
Casado(a)/ c/parceiro(a)	72	64.3	41	61.2
Solteiro(a)	13	11.6	11	16.4
Divorciado(a)	12	10.7	8	11.9
Viúvo(a)	15	13.4	7	10.4
Filhos				
Sim	91	81.3	50	74.6
Não	21	18.8	17	25.4
Habilitações literárias				
1º ciclo, ensino básico	11	09.8	5	7.5
2º ciclo, ensino básico	4	3.6	3	4.5

Características sociodemográficas	Amostra total (N=112)		Amostra de praticantes (N=67)	
	n	%	n	%
3º ciclo, ensino básico	6	5.4	5	7.5
Ensino secundário	50	44.6	23	34.3
Ensino superior	41	36.6	31	46.3
Ocupação profissional				
Atividade profissional ativa	62	55.4	32	47.8
Desempregado(a)	4	3.6	3	4.5
Reformado(a)	40	35.7	29	43.3
Reformado(a) com atividade ativa	6	5.4	3	4.5
Reside sozinho				
Sim	26	23.2	18	26.9
Não	85	75.9	48	71.6
Quantidade de atividades de interesse				
1 atividade	26	23.2	11	16.4
2 atividades	35	31.3	19	28.4
3 atividades	38	25.0	17	25.4
4 atividades	17	15.2	14	20.9
5 atividades	5	4.5	5	7.5
6 atividades	1	0.9	1	1.5
Doença crônica ou deficiência física				
Sim	32	28.6	20	29.9
Não	80	71.4	47	70.1

Nota. *n* = frequência absoluta; % = percentagem. A amostra total é composta por 112

participantes, dos quais 67 são praticantes de atividade física

Tabela 2

Resultados da análise descritiva da prática de atividade física (MET-minutos/semana) e comportamento sedentário

Variáveis atividade física			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Caminhada semanal (MET)	66	1232.25	1566.27
Atividade moderada semanal (MET)	65	860.92	1029.84
Atividade vigorosa semanal (MET)	66	1805.45	2307.66
Total (MET's)	64	3971.23	3516.38
Tempo sentado semanal	67	1995.00	1192.24

Nota. MET = metabolic equivalent; DP = desvio-padrão. Total de METs corresponde à soma

dos valores de caminhada, atividade moderada e vigorosa. O tamanho da amostra (*n*) varia

devido a valores em falta nas diferentes variáveis.

Instrumentos

Na presente investigação recorreu-se a um conjunto de instrumentos que permitiram recolher informação sociodemográfica, avaliar os níveis de atividade física, o bem-estar subjetivo, a autoestima e os sentimentos de solidão dos participantes. Os questionários foram aplicados maioritariamente de forma autónoma pelos próprios participantes, em formato digital. No entanto, alguns participantes com menor familiaridade com dispositivos digitais ou dificuldades motoras receberam apoio para o preenchimento, garantindo que todos os participantes conseguiram completar os instrumentos de forma adequada. O tempo médio de preenchimento era de aproximadamente 10 minutos.

Questionário Sociodemográfico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico de construção própria, elaborado para o presente estudo, com o objetivo de recolher informação sobre as características pessoais, familiares e contextuais dos participantes, nomeadamente idade, género, nacionalidade, área de residência, habilitações literárias, situação conjugal e ocupação profissional. Estas variáveis permitiram a caracterização da amostra e a contextualização dos resultados obtidos.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão curta, 8 itens)

O International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), versão curta de 8 itens, foi utilizado para avaliar os níveis de atividade física. Este instrumento, amplamente utilizado em diferentes países e contextos culturais, permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diversos domínios do quotidiano, como transporte, tarefas domésticas e lazer, bem como o tempo despendido em atividades sedentárias (Sardinha & Campaniço, 2016).

As respostas possibilitaram o cálculo do nível de atividade física em MET-minutos/semana, permitindo classificar os participantes em categorias de baixo, moderado ou

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão elevado nível de atividade física. A pontuação e interpretação dos resultados seguiram as recomendações do protocolo oficial do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ Research Committee, 2005).

Escala de Bem-Estar Pessoal (Personal Wellbeing Index – Adult)

O bem-estar subjetivo foi avaliado através da Escala de Bem-Estar Pessoal (*Personal Wellbeing Index – Adult*, PWI-A), adaptada e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Cummins (2008). O instrumento foi desenvolvido no âmbito do *International Wellbeing Group*, com base na Comprehensive Quality of Life Scale (Cummins, McCabe, Romeo & Gullone, 1994).

A escala é composta por sete itens, correspondentes a diferentes domínios da vida (nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade e segurança no futuro), acrescidos de um item geral de satisfação com a vida. As respostas foram dadas numa escala de 0 (extremamente insatisfeito) a 10 (extremamente satisfeito), sendo os resultados transformados numa pontuação de 0 a 100 (porcentagem). Estudos nacionais demonstraram boas qualidades psicométricas, com níveis adequados de consistência interna e validade convergente (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

Nesta amostra de estudo o instrumento de bem-estar apresentou consistência interna adequada, com alfa de Cronbach = 0.97, indicando excelente fiabilidade dos itens.

Escala de Autoestima de Rosenberg

A perceção global de autoestima foi avaliada através da Escala de Autoestima de Rosenberg traduzida e adaptada por José Pedro Leitão Ferreira (2001). Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Rosenberg (1965) e resulta de uma modificação da escala original de Gutman (1953), numa tentativa de atingir uma medida unidimensional da autoestima global. Esta escala é constituída por dez itens, dos quais cinco são positivos e cinco

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão
são negativos, no entanto não são apresentados consecutivamente para reduzir o perigo de resposta direcionada.

As respostas são fornecidas numa escala tipo Likert de 4 pontos, variando entre 1 (Discordo completamente) e 4 (Concordo completamente). Para se obter o valor total relativo à autoestima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, variando o valor total da escala entre os 10 e 40 pontos. De salientar que quanto maior for o resultado obtido, mais elevado será o nível da Autoestima global de cada indivíduo e vice-versa.

A escala apresenta boa consistência interna e validade, sendo amplamente utilizada em diferentes contextos e populações, incluindo idosos (Ferreira, 2001).

Nesta amostra de estudo o instrumento de autoestima também apresentou consistência interna adequada, com alfa de Cronbach = 0.91, evidenciando excelente fiabilidade dos itens.

Escala de Solidão UCLA – versão reduzida (UCLA-16)

Os sentimentos de solidão foram avaliados com recurso à Escala de Solidão UCLA-16, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pocinho e Farate (2005). Esta versão reduzida deriva da escala original de Russell, Peplau e Ferguson (1978), composta por 20 itens, dos quais 4 foram eliminados devido a baixa correlação e fraca contribuição para a consistência interna (Pocinho, 2010).

A versão final ficou constituída por 16 itens, respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos (1 = nunca a 4 = frequentemente). A pontuação total variou entre 16 e 64 pontos, sendo que valores mais elevados indicaram maiores sentimentos de solidão. A escala avalia duas dimensões principais: isolamento social e afinidades. Estudos realizados em Portugal demonstraram boas propriedades psicométricas e consistência interna adequada (Pocinho, 2010). A partir desta divisão, foram calculadas médias e desvios-padrão para cada dimensão,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

além da pontuação total da escala, e foram examinadas as correlações entre estas subescalas e as restantes variáveis do estudo.

Nesta amostra em estudo o instrumento de solidão demonstrou consistência interna adequada, com alfa de Cronbach = 0.95, refletindo excelente fiabilidade dos itens. Quanto às suas dimensões, a dimensão isolamento apresentou alfa de Cronbach = 0.92 e a dimensão afinidades apresentou alfa de Cronbach = 0.91, indicando boa consistência interna em ambas.

Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário online construído especificamente para este estudo. Antes de aceder ao questionário, os participantes tiveram de ler e aceitar o consentimento informado, onde estavam descritos o objetivo da investigação, a finalidade da utilização dos dados, os critérios de participação, o carácter voluntário da colaboração, a confidencialidade da informação e as diretrizes éticas seguidas. Apenas após a aceitação explícita do consentimento foi possível prosseguir com o preenchimento.

O questionário incluiu, por esta ordem, os seguintes instrumentos: (1) Questionário Sociodemográfico; (2) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ, versão curta, 8 itens); (3) Escala de Bem-Estar Pessoal (PWI-A); (4) Escala de Autoestima de Rosenberg; e (5) Escala de Solidão UCLA-16.

A divulgação do questionário decorreu em formato digital e presencial. Em formato digital, o acesso foi disponibilizado através de um *QR Code* e de um link partilhado via redes sociais, e-mail e envio a universidades seniores. Em formato presencial, os questionários foram aplicados em associações e instituições ligadas à atividade física sénior, com o intuito de facilitar o acesso a participantes menos familiarizados com ferramentas digitais.

Dada a faixa etária em estudo, alguns participantes receberam apoio no preenchimento, garantindo a compreensão dos itens e a correta introdução das respostas. O tempo médio de preenchimento foi de cerca de 10 minutos.

A estratégia de amostragem seguiu o método bola de neve (*snowball sampling*), de carácter não probabilístico, recorrendo à partilha do questionário entre contactos pessoais e institucionais para ampliar o alcance da amostra.

Procedimentos de análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao IBM SPSS Statistics (versão 30.0.0.0).

Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas, através de frequências absolutas e relativas, bem como médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas.

A consistência interna dos instrumentos e das respetivas dimensões foi avaliada através do alfa de Cronbach, tendo todas as escalas apresentado valores indicativos de boa a excelente fiabilidade nesta amostra.

As associações entre variáveis sociodemográficas, psicológicas e comportamentais (relativas à prática de atividade física) foram analisadas através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ), tendo em conta a natureza das variáveis em estudo.

Foram realizadas análises de regressão linear hierárquica para examinar os preditores do bem-estar, considerando num primeiro modelo as variáveis psicológicas (autoestima e solidão) e, num segundo modelo, a inclusão de variáveis de atividade física e comportamento sedentário.

Para a comparação entre grupos de participantes (dicotômicos e categóricos), foram utilizados testes de comparação entre grupos adequados à natureza das variáveis.

As análises relativas à atividade física (IPAQ) foram realizadas apenas na subamostra de participantes que reportaram prática de atividade física.

Resultados

Resultados da análise descritiva

Resultados da análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra total

A análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra total (N = 112) indicou perfis de bem-estar moderado, maioritariamente positivos em autoestima, e níveis relativamente baixos de solidão, isolamento social e afinidades.

Quanto ao bem-estar (M= 60.77, DP = 25,03) em uma escala de 0 a 100, tendo tido o mínimo de 12.86 e o máximo de 97.14, indicando níveis moderados, com variabilidade individual considerável, refletindo que os participantes se sentem geralmente satisfeitos com a vida, mas há espaço para melhoria na percepção de qualidade de vida.

Em termos de autoestima (M= 31.55, DP = 6.35), considerando o intervalo possível de 10 a 40, indicando percepção global positiva de si mesmo. Observando a distribuição por categorias/níveis de autoestima (baixa, moderada e elevada), 67.0% dos participantes apresentaram autoestima elevada, 14.3% média e 18.8% baixa, sugerindo que a maior parte da amostra faz uma avaliação subjetiva positiva sobre si mesma e possuindo recursos internos sólidos para lidar com desafios emocionais.

A variável solidão apresentou (M=29.48, DP = 10.76) em uma escala de 16 a 64, indicando níveis relativamente baixos; a dimensão isolamento (M = 14.06, DP = 5.46) sugeriu baixo sentimento de isolamento social, enquanto afinidades (M = 15.42, DP = 5.62) apontou para relações sociais percebidas como moderadamente positivas.

De forma geral, tanto a assimetria como a curtose situaram-se dentro de limites considerados aceitáveis ($|assimetria| < 1$; $|curtose| < 1$), sugerindo que as distribuições não apresentam desvios acentuados da normalidade. Estes resultados indicam uma distribuição aproximadamente simétrica e mesocúrtica das variáveis psicológicas em estudo, não se observando violações significativas ao pressuposto de normalidade (ver Tabela 3).

Tabela 3

Resultados da análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra total

Variáveis psicológicas							
	n	M	DP	Assimetria	DP	Curtose	DP
Bem-estar	112	60.77	25.03	-0.67	0.23	-0.68	0.45
Autoestima	112	31.55	6.35	-0.68	0.23	0.28	0.45
Solidão	112	29.48	10.76	0.79	0.23	0.12	0.45
Isolamento	112	14.06	5.46	0.94	0.23	0.40	0.45
Afinidades	112	15.42	5.62	0.59	0.23	-0.19	0.45

Nota. n = número de participantes; M = média; DP = desvio-padrão.

Resultados da análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra de praticantes

A análise descritiva das variáveis psicológicas para o grupo de participantes praticantes de atividade física ($n = 67$) indicou perfis semelhantes aos observados na amostra total, com bem-estar moderado, com autoestima predominantemente elevada, e níveis relativamente baixos de solidão.

Quanto ao bem-estar ($M = 58.78$, $DP = 27.66$) em uma escala de 0 a 100, indicando níveis moderados, com variabilidade individual considerável, refletindo uma percepção geral de satisfação com a vida similar à da amostra total.

Em termos de autoestima ($M = 31.94$, $DP = 6.58$), considerando o intervalo possível de 10 a 40, indicando percepção positiva de si mesmo. Observando a distribuição por categorias, 68,7% dos participantes apresentaram autoestima elevada, 13,4% média e 17,9%

baixa, sugerindo que a maioria dos praticantes possui recursos internos favoráveis para lidar com desafios emocionais.

A variável solidão ($M = 28.54$, $DP = 11.10$) em uma escala de 16 a 64, indicando níveis relativamente baixos; a dimensão isolamento ($M = 13.90$, $DP = 5.57$) sugeriu baixo sentimento de afastamento social, enquanto afinidades ($M = 14.64$, $DP = 5.80$) apontou para percepções moderadas de conexão social.

Os indicadores de assimetria e curtose mantiveram-se dentro de limites aceitáveis, sugerindo distribuição aproximadamente normal das variáveis (ver Tabela 4).

Tabela 4

Resultados da análise descritiva das variáveis psicológicas da amostra dos praticantes de atividade física

Variáveis psicológicas							
	n	M	DP	Assimetria	DP	Curtose	DP
Bem-estar	67	58.78	27.66	-0.43	0.29	-1.26	0.58
Autoestima	67	31.94	6.58	-0.74	0.29	0.33	0.58
Solidão	67	28.54	11.10	0.77	0.29	-0.22	0.58
Isolamento	67	13.90	5.57	0.94	0.29	0.14	0.58
Afinidades	67	14.64	5.80	0.59	0.29	-0.57	0.58

Nota. n = número de participantes; M = média; DP = desvio-padrão.

Resultados da análise de associação

Foram analisadas as associações entre as variáveis em estudo através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ).

Resultados das associações entre variáveis demográficas/contextuais e variáveis psicológicas (amostra total)

Foram realizadas correlações de Spearman para analisar as associações entre variáveis demográficas e contextuais e as variáveis psicológicas estudadas.

Os resultados indicaram uma correlação negativa, fraca e significativa entre a idade e o bem-estar ($\rho = -.25$, $p < 0.01$), sugerindo que níveis mais elevados de idade estão associados a menores níveis de bem-estar. As restantes associações da idade com a autoestima, solidão, isolamento social e afinidades não foram estatisticamente significativas, tendo-se observado correlações fracas.

As habilitações literárias apresentaram uma correlação positiva, moderada e significativa com o bem-estar ($\rho = .36$, $p < 0.01$) e uma correlação positiva, fraca a moderada e significativa com a autoestima ($\rho = .35$, $p < 0.01$), indicando que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a maiores níveis de bem-estar e autoestima. Por outro lado, verificaram-se correlações negativas, fracas e significativas com a solidão ($\rho = -.28$, $p < 0.01$), o isolamento social ($\rho = -.27$, $p < 0.01$) e as afinidades ($\rho = -.27$, $p < 0.01$), sugerindo que maior escolaridade está associada a menores níveis destas variáveis.

A quantidade de atividades de interesse apresentou uma correlação positiva, fraca e significativa com o bem-estar ($\rho = .23$, $p < 0.05$), indicando que um maior número de atividades de interesse se associa a maiores níveis de bem-estar. As restantes associações com a autoestima ($\rho = .17$), solidão ($\rho = -.16$), isolamento social ($\rho = -.14$) e afinidades ($\rho = -.16$) não foram estatisticamente significativas, tendo-se observado correlações fracas (ver Tabela 5).

Tabela 5

Resultados das associações entre variáveis demográficas e variáveis psicológicas

Variáveis	Bem-estar	Autoestima	Solidão	Isolamento	Afinidades
Idade	-.25**	-.16	.10	.13	.07
Habilitações literárias	.36**	.35**	-.28**	-.27**	-.27**
Quantidade de atividades de interesse	.23*	.17	-.16	-.14	-.16

Nota. ρ = correlação de Spearman; $p < 0.05$ (*), $p < 0.01$ (**)

Resultados das associações entre variáveis psicológicas (amostra total)

Foram calculadas correlações de Spearman (ρ) para analisar as associações entre as variáveis psicológicas estudadas: bem-estar, autoestima e solidão (incluindo as suas dimensões de isolamento social e afinidades) na amostra total.

Os resultados indicaram que o bem-estar apresentou uma correlação positiva, moderada e significativa com a autoestima ($\rho = .45, p < 0.01$), sugerindo que níveis mais elevados de bem-estar estão associados a maior autoestima.

O bem-estar correlacionou-se negativamente de forma moderada e significativa com a solidão ($\rho = -.41, p < 0.01$), com o isolamento social ($\rho = -.41, p < 0.01$) e com as afinidades ($\rho = -.38, p < 0.01$), indicando que níveis mais elevados de bem-estar estão associados a menor solidão e menor percepção de isolamento social e afinidades.

A autoestima apresentou correlações negativas fortes e significativas com a solidão ($\rho = -.64, p < 0.01$), com o isolamento social ($\rho = -.64, p < 0.01$) e com as afinidades ($\rho = -.60, p < 0.01$), sugerindo que níveis mais elevados de autoestima estão associados a menores níveis de solidão e menor percepção de isolamento social e afinidades (ver Tabela 6).

Tabela 6*Resultados das associações entre as variáveis psicológicas na amostra total*

Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5
1-Bem-estar	112	60.77	25.03	—				
2-Auto-estima	112	31.55	6.35	.45**	—			
3-Solidão	112	29.48	10.76	-.41**	-.64**	—		
4-Isolamento_solidão	112	14.06	5.46	-.41**	-.64**	.96**	—	
5-Afinidade_solidão	112	15.42	5.62	-.38**	-.60**	.98**	.88**	—

Nota. $n = 112$; M = média; DP = desvio-padrão; ρ = correlação de Spearman; $p < 0.05$ (*), $p < 0.01$ (**)

Resultados das associações entre atividade física e comportamento sedentário com variáveis psicológicas na amostra de praticantes

Foram calculadas correlações de Spearman (ρ) para analisar as associações entre o volume de atividade física (frequência e duração semanal), comportamento sedentário (tempo sentado semanal) e variáveis psicológicas na amostra de praticantes de atividade física.

Verificou-se uma associação positiva, fraca a moderada e estatisticamente significativa entre a caminhada semanal (MET) e o bem-estar ($\rho = .30, p < .01$), indicando que níveis mais elevados de caminhada se associam a maiores níveis de bem-estar.

A caminhada semanal apresentou ainda correlações negativas, fracas e significativas com a solidão ($\rho = -.23, p < .05$), o isolamento social ($\rho = -.24, p < .05$) e as afinidades ($\rho = -.22, p < .05$), sugerindo que maior envolvimento em caminhada está associado a menores níveis destas variáveis.

Não se verificou associação significativa entre a caminhada semanal e a autoestima ($\rho = .13, p > .05$), sendo esta uma associação positiva fraca.

Relativamente à atividade física moderada semanal, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis psicológicas, tendo-se observado associações negativas fracas com bem-estar ($\rho = -.30$), autoestima ($\rho = -.03$), solidão ($\rho = -.11$), isolamento social ($\rho = -.10$) e afinidades ($\rho = -.10$), todas não significativas ($p > .05$). De igual modo, a atividade física vigorosa semanal não apresentou associações significativas com as variáveis psicológicas estudadas, verificando-se correlações negativas fracas com bem-estar ($\rho = -.01$), autoestima ($\rho = -.09$), solidão ($\rho = -.04$), isolamento social ($\rho = -.01$) e afinidades ($\rho = -.06$), todas não significativas ($p > .05$).

No que respeita ao total de atividade física semanal (METs), observou-se uma correlação negativa, fraca e significativa com as afinidades ($\rho = -.19, p < .05$), indicando que

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

maiores níveis de atividade física se associam a menores níveis nesta variável. As restantes associações com o bem-estar ($\rho = .14$; positiva fraca), autoestima ($\rho = -.02$; negativa fraca), solidão ($\rho = -.18$; negativa fraca) e isolamento social ($\rho = -.16$; negativa fraca) não foram estatisticamente significativas ($p > .05$). Por fim, o tempo sentado semanal não apresentou associações estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis psicológicas, observando-se correlações negativas fracas com bem-estar ($\rho = -.14$), autoestima ($\rho = -.06$) e solidão ($\rho = -.05$), bem como correlações positivas fracas com isolamento social ($\rho = .05$) e afinidades ($\rho = .02$), todas não significativas ($p > .05$) (ver Tabela 7).

Tabela 7

Resultados das associações entre o volume de atividade física semanal e comportamento sedentário com as variáveis psicológicas

Variáveis	Bem-estar	Autoestima	Solidão	Isolamento	Afinidades
Caminhada semanal (MET)	.30**	.13	-.23*	-.24*	-.22*
Atividade moderada semanal (MET)	-0.3	-.03	-.11	-.10	-.10
Atividade vigorosa semanal (MET)	-.01	-.09	-.04	-.01	-.06
Total (MET's)	.14	-.02	-.18	-.16	-.19*
Tempo sentado semanal	-.14	-.06	-.05	.05	.02

Nota. ρ = correlação de Spearman; $p < 0.05$ (*), $p < 0.01$ (**)

Resultados das comparações entre grupos

Para a comparação entre grupos independentes, utilizaram-se os testes de Mann–Whitney U para os grupos dicotômicos (sexo, contexto de residência, presença de doença ou deficiência, e a prática de atividade física e nível de atividade) e Kruskal–Wallis para os grupos categóricos (situação conjugal, ocupação profissional).

Resultados das comparações das variáveis psicológicas entre grupos dicotômicos

Resultado da comparação das variáveis psicológicas segundo sexo. A comparação das variáveis psicológicas em função do sexo, através do teste de Mann-Whitney, não revelou

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo feminino e masculino no bem-estar ($U = 1345.50$, $p = .506$), autoestima ($U = 1207.00$, $p = .132$), solidão ($U = 1311.00$, $p = .382$), isolamento ($U = 1261.50$, $p = .239$) e afinidades ($U = 1345.50$, $p = .505$).

A análise dos postos médios indica que os participantes do sexo feminino apresentaram valores mais elevados de bem-estar ($MR = 58.05$ vs. 53.82), solidão ($MR = 58.54$ vs. 52.98), isolamento ($MR = 59.23$ vs. 51.77) e afinidades ($MR = 58.05$ vs. 53.82), em comparação com os participantes do sexo masculino. Por outro lado, os participantes do sexo masculino apresentaram valores mais elevados de autoestima ($MR = 62.56$ vs. 53.00). Ainda assim, os tamanhos do efeito foram muito reduzidos (r entre $-.14$ e $-.06$), indicando uma fraca magnitude das diferenças entre os grupos (ver Tabela 8).

Tabela 8

Resultados da comparação por sexo

Variáveis psicológicas	MR(F)	MR(M)	U	Z	p	r
Bem-estar	58.05	53.82	1345.50	-0.67	0.506	-0.06
Autoestima	53.00	62.56	1207.00	-1.50	0.132	-0.14
Solidão	58.54	52.98	1311.00	-0.87	0.382	-0.08
Isolamento	59.23	51.77	1261.50	-1.18	0.239	-0.11
Afinidades	58.05	53.82	1345.50	-0.67	0.505	-0.06

Nota. MR(F) = posto médio do grupo feminino; MR(M) = posto médio do grupo masculino.

U = estatística U de Mann–Whitney; Z = valor padronizado; r = tamanho do efeito ($Z/\sqrt{N}$). N = tamanho total da amostra (feminino: $n = 71$; masculino: $n = 41$).

Resultados da comparação das variáveis psicológicas segundo o contexto de residência.

Relativamente ao contexto de residência (residir sozinho vs. acompanhado), os resultados do teste de Mann-Whitney indicaram ausência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis analisadas: bem-estar ($U = 1012.50$, $p = .519$), autoestima ($U = 923.00$, $p = .204$), solidão ($U = 975.00$, $p = .365$), isolamento ($U = 920.50$, $p = .197$) e afinidades ($U = 1006.00$, $p = .490$). A análise dos postos médios indica que os participantes que residem sozinhos

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão apresentaram valores ligeiramente mais elevados em todas as variáveis analisadas, nomeadamente no bem-estar (MR = 59.56 vs. 54.91), autoestima (MR = 63.00 vs. 53.86), solidão (MR = 61.00 vs. 54.47), isolamento (MR = 63.10 vs. 53.83) e afinidades (MR = 59.81 vs. 54.84), em comparação com os participantes que residem acompanhados. Ainda assim, os tamanhos do efeito foram reduzidos (r entre -0.12 e -0.06), indicando uma fraca magnitude das diferenças entre os grupos (ver Tabela 9).

Tabela 9

Resultados da comparação segundo o contexto de residência

Variáveis psicológicas	MR(S)	MR(A)	U	Z	<i>p</i>	<i>r</i>
Bem-estar	59.56	54.91	1012.50	-0.64	0.519	-0.06
Autoestima	63.00	53.86	923.00	-1.27	0.204	-0.12
Solidão	61.00	54.47	975.00	-0.91	0.365	-0.09
Isolamento	63.10	53.83	920.50	-1.29	0.197	-0.12
Afinidades	59.81	54.84	1006.00	-0.69	0.490	-0.07

Nota. MR(S) = posto médio do grupo que reside sozinho; MR(A) = posto médio do grupo que reside acompanhado. U = estatística U de Mann–Whitney; Z = valor padronizado; r = tamanho do efeito ($Z/\sqrt{N}$). N = tamanho total da amostra (reside sozinho: $n = 26$; reside acompanhado: $n = 85$).

Resultados da comparação das variáveis psicológicas segundo presença de doença ou deficiência. A comparação entre participantes com e sem doença/deficiência revelou diferenças estatisticamente significativas no bem-estar ($U = 774.50$, $Z = -3.26$, $p = .001$), com um tamanho do efeito de magnitude moderada ($r = .31$). A análise dos postos médios indica que os participantes sem doença/deficiência apresentaram níveis mais elevados de bem-estar (MR = 63.82), em comparação com os participantes com doença/deficiência (MR = 40.70).

Para as restantes variáveis, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente na autoestima ($p = .240$), solidão ($p = .171$), isolamento ($p =$

.156) e afinidades ($p = .170$). Ainda assim, a análise dos postos médios sugere que os participantes sem doença/deficiência apresentaram valores ligeiramente superiores de autoestima (MR = 58.78 vs. 50.81). Por outro lado, os participantes com doença/deficiência apresentaram valores mais elevados de solidão (MR = 63.14 vs. 53.84), isolamento (MR = 63.36 vs. 53.76) e afinidades (MR = 63.14 vs. 53.84).

Os tamanhos do efeito foram reduzidos nas variáveis não significativas ($r \approx .11-.13$), indicando uma fraca magnitude das diferenças entre os grupos (ver Tabela 10).

Tabela 10

Resultados da comparação de acordo com a presença de doença ou deficiência

Variáveis psicológicas	MR(P)	MR(A)	U	Z	p	r
Bem-estar	40.70	63.82	774.50	-3.26	0.001	0.31
Autoestima	50.81	58.78	1098.00	-1.18	0.240	0.11
Solidão	63.14	53.84	1067.50	-1.37	0.171	0.13
Isolamento	63.36	53.76	1060.50	-1.42	0.156	0.13
Afinidades	63.14	53.84	1067.50	-1.37	0.170	0.13

Nota. MR(P) = posto médio do grupo que sofre de doença/deficiência; MR(A) = posto médio do grupo que não sofre de doença/deficiência. U = estatística U de Mann–Whitney; Z = valor padronizado; r = tamanho do efeito ($Z/\sqrt{N}$). N = tamanho total da amostra (presença de doença/deficiência: $n = 32$, ausência de doença/deficiência: $n = 80$).

Resultados da comparação das variáveis psicológicas segundo a prática de atividade física.

A análise comparativa entre participantes que praticam e não praticam atividade física não revelou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicológicas estudadas: bem-estar ($U = 1467.00$, $p = .810$), autoestima ($U = 1344.00$, $p = .331$), solidão ($U = 1255.50$, $p = .134$), isolamento ($U = 1387.00$, $p = .473$) e afinidades ($U = 1178.50$, $p = .050$).

A análise dos postos médios indica que os participantes que não praticam atividade física apresentaram valores ligeiramente mais elevados de bem-estar (MR = 57.40 vs. 55.90)

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão e de isolamento (MR = 59.18 vs. 54.70). Por outro lado, os participantes que praticam atividade física apresentaram valores mais elevados de autoestima (MR = 58.94 vs. 52.87).

Relativamente à solidão (MR = 62.10 vs. 52.74) e às afinidades (MR = 63.81 vs. 51.59), os valores foram mais elevados no grupo que não pratica atividade física, sendo esta última variável próxima do limiar de significância estatística ($p = .050$). Ainda assim, os tamanhos do efeito foram reduzidos (r entre .02 e .19), indicando uma fraca magnitude das diferenças entre os grupos (ver Tabela 11).

Tabela 11

Resultados da comparação segundo a prática de atividade física

Variáveis psicológicas	MR(S)	MR(N)	U	Z	<i>p</i>	<i>r</i>
Bem-estar	55.90	57.40	1467.00	-0.24	0.810	0.02
Autoestima	58.94	52.87	1344.00	-0.97	0.331	0.09
Solidão	52.74	62.10	1255.50	-1.50	0.134	0.14
Isolamento	54.70	59.18	1387.00	-0.72	0.473	0.07
Afinidades	51.59	63.81	1178.50	-1.96	0.050	0.19

Nota. MR(S) = posto médio do grupo que pratica atividade física; MR(N) = posto médio do grupo quem não pratica atividade física. U = estatística U de Mann–Whitney; Z = valor padronizado; r = tamanho do efeito ($Z/\sqrt{N}$). N = tamanho total da amostra (pratica atividade física: $n = 67$, não pratica atividade física: $n = 45$).

Resultados da comparação das variáveis psicológicas segundo nível de atividade física na amostra de praticantes. A análise das diferenças em função do nível de atividade física na amostra de praticantes foi inicialmente conduzida considerando três grupos (insuficientemente ativo, moderadamente ativo e altamente ativo). No entanto, devido à reduzida dimensão do grupo insuficientemente ativo ($n = 5$), optou-se por agrupar os níveis insuficiente e moderado, formando uma variável dicotômica (insuficientemente/moderadamente ativos vs. altamente ativos).

A análise comparativa através do teste U de Mann–Whitney não revelou diferenças estatisticamente significativas no bem-estar ($U = 389.00$, $p = .10$), autoestima ($U = 496.00$, $p = .83$), solidão ($U = 411.50$, $p = .18$), isolamento ($U = 401.50$, $p = .14$) e afinidades ($U = 424.00$, $p = .24$).

A análise dos postos médios sugere que os participantes altamente ativos apresentaram valores mais elevados de bem-estar ($MR = 36.45$) em comparação com os participantes insuficientemente/moderadamente ativos ($MR = 28.79$).

Por outro lado, os participantes insuficientemente/moderadamente ativos apresentaram valores mais elevados de solidão ($MR = 35.53$ vs. 29.27), isolamento ($MR = 35.83$ vs. 28.95) e afinidades ($MR = 35.15$ vs. 29.68), bem como ligeiramente superiores de autoestima ($MR = 32.03$ vs. 33.00), embora esta última diferença seja praticamente inexistente.

Ainda assim, os tamanhos do efeito foram reduzidos (r entre $-.21$ e $-.03$), indicando uma fraca magnitude das diferenças entre os grupos (ver Tabela 12).

Tabela 12

Resultados da comparação segundo o nível de atividade física

Variáveis psicológicas	MR(I/M)	MR(A)	U	Z	p	r
Bem-estar	28.79	36.45	389.00	-1.65	0.100	-0.21
Autoestima	32.03	33.00	496.00	-0.21	0.834	-0.03
Solidão	35.53	29.27	411.50	-1.35	0.178	-0.17
Isolamento	35.83	28.95	401.50	-1.49	0.137	-0.19
Afinidades	35.15	29.68	424.00	-1.18	0.237	-0.15

Nota. MR(I/M) = posto médio do grupo de participantes insuficientemente e moderadamente ativos; MR(A) = posto médio do grupo de participantes altamente ativos. U = estatística U de Mann–Whitney; Z = valor padronizado; r = tamanho do efeito ($Z/\sqrt{N}$). N = tamanho total da amostra (insuficientemente ativo/ moderadamente ativo: $n = 33$, altamente ativo: $n = 31$).

Resultados das comparações das variáveis psicológicas entre grupos categóricos***Resultados da comparação das variáveis psicológicas segundo a situação conjugal.*** Os

resultados do teste de Kruskal-Wallis indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de situação conjugal no bem-estar ($H(3) = 11.45$, $p = .010$, $\eta^2H = .07$), autoestima ($H(3) = 14.45$, $p = .002$, $\eta^2H = .11$), solidão ($H(3) = 8.73$, $p = .033$, $\eta^2H = .05$) e afinidades ($H(3) = 8.82$, $p = .032$, $\eta^2H = .05$).

A análise dos postos médios revelou que os participantes solteiros apresentaram os níveis mais elevados de bem-estar ($MR = 80.27$), enquanto os participantes viúvos apresentaram os valores mais baixos ($MR = 40.27$).

Relativamente à autoestima, os participantes divorciados apresentaram os valores mais elevados ($MR = 83.38$), enquanto os viúvos apresentaram novamente os valores mais baixos ($MR = 45.43$).

No que diz respeito à solidão, os participantes viúvos apresentaram os níveis mais elevados ($MR = 78.00$), enquanto os solteiros evidenciaram os valores mais baixos ($MR = 45.50$). De forma semelhante, na dimensão afinidades, os participantes viúvos apresentaram os valores mais elevados ($MR = 78.03$), enquanto os solteiros apresentaram os valores mais baixos ($MR = 45.54$).

Para a dimensão isolamento não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($H(3) = 7.70$, $p = .053$), embora se observe uma tendência para valores mais elevados no grupo dos viúvos ($MR = 76.77$). Os tamanhos do efeito variaram entre pequenos e moderados (ver Tabela 13).

Tabela 13***Resultados da comparação segundo a situação conjugal***

Variáveis psicológicas	MR(S)	MR(C)	MR(D)	MR(V)	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	η^2H
Bem-estar	80.27	54.53	62.83	40.27	11.45	3	0.010	0.07
Autoestima	71.54	51.61	83.38	45.43	14.45	3	0.002	0.11
Solidão	45.50	55.14	49.71	78.00	8.73	3	0.033	0.05
Isolamento	46.00	55.01	51.46	76.77	7.70	3	0.053	0.04
Afinidades	45.54	55.18	49.38	78.03	8.82	3	0.032	0.05

Nota. MR(S) = posto médio do grupo de solteiros; MR(C) = posto médio do grupo de casados; MR(D) = posto médio do grupo de divorciados; MR(V) = posto médio do grupo de viúvos. *H* = estatística de Kruskal-Wallis; *gl* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; η^2H = tamanho do efeito de Kruskal-Wallis. N = tamanho total da amostra (casado(a)/c/parceiro(a): n=72, solteiro(a): n=13, divorciado(a): n=12), viúvo(a): n=15).

Resultados da comparação das variáveis psicológicas segundo ocupação

profissional. A análise pelo teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas no bem-estar, ($H(3) = 14.93$, $p = .002$, $\eta^2H = .11$), indicando um efeito de magnitude média. A análise dos postos médios sugere que os participantes com atividade profissional ativa (MR = 66.44) apresentaram níveis mais elevados de bem-estar, enquanto os participantes reformados (MR = 41.06) apresentaram os valores mais baixos.

Verificaram-se igualmente diferenças significativas na autoestima total, ($H(3) = 10.58$, $p = .014$, $\eta^2H = .07$), também com efeito de magnitude média, observando-se valores mais elevados no grupo com atividade profissional ativa (MR = 65.24) e mais reduzidos no grupo de participantes desempregados (MR = 36.75).

Relativamente à dimensão isolamento da solidão, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, ($H(3) = 9.37$, $p = .025$, $\eta^2H = .06$), correspondendo a um efeito de pequena a média magnitude. Os participantes reformados apresentaram os valores mais elevados de isolamento (MR = 67.78), enquanto os reformados com atividade profissional ativa evidenciaram os valores mais baixos (MR = 33.33). Por outro lado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na solidão total, ($H(3) = 6.39$, $p = .094$,

$\eta^2H = .03$), nem na dimensão afinidades da solidão, ($H(3) = 4.44$, $p = .217$, $\eta^2H = .01$), sendo os tamanhos do efeito nestas variáveis reduzidos (ver Tabela 14).

Importa, contudo, salientar que dois dos grupos apresentaram dimensão da amostra reduzida (Desempregado(a), $n = 4$; Reformado(a) com atividade profissional ativa, $n = 6$), o que pode limitar a estabilidade das estimativas e o poder estatístico do teste. Assim, as conclusões relativas às diferenças entre grupos devem ser interpretadas com cautela.

Tabela 14

Resultados da comparação segundo a ocupação profissional

Variáveis psicológicas	MR(A)	MR(D)	MR(R)	MR(R/A)	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	η^2H
Bem-estar	66.44	53.25	41.06	58.92	14.93	3	0.002	0.11
Autoestima	65.24	36.75	45.74	51.08	10.58	3	0.014	0.07
Solidão	52.19	46.88	66.36	41.67	6.39	3	0.094	0.03
Isolamento	51.64	53.88	67.78	33.33	9.37	3	0.025	0.06
Afinidades	52.84	43.50	64.75	48.00	4.44	3	0.217	0.01

Nota. MR(A) = posto médio do grupo de participantes com atividade profissional ativa;

MR(D) = posto médio do grupo de participantes desempregados; MR(R) = posto médio do

grupo de participantes reformados; MR(R/A) = posto médio do grupo de participantes

reformados com atividade profissional ativa. *H* = estatística de Kruskal-Wallis; *gl* = graus de

liberdade; *p* = valor de significância; η^2H = tamanho do efeito de Kruskal-Wallis. *N* =

tamanho total da amostra (atividade profissional ativa: $n = 62$, desempregado(a): $n = 4$,

reformado(a): $n = 40$, reformado(a) com atividade ativa: $n = 6$).

Resultados do estudo dos preditores

Com o objetivo de analisar os preditores do bem-estar, foi conduzida uma regressão linear hierárquica, incluindo variáveis psicológicas e de atividade física.

Resultados da regressão linear hierárquica para a predição do bem-estar na amostra de praticantes

De seguida, apresentam-se os resultados da regressão linear hierárquica realizada para a predição do bem-estar, considerando um primeiro modelo com variáveis psicológicas (autoestima e solidão) e um segundo modelo que integrou variáveis de atividade física e comportamento sedentário.

No Modelo 1, que incluiu as variáveis psicológicas autoestima e solidão, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(2,61) = 3.44$, $p = .038$, explicando 10,1% da variância do bem-estar ($R^2 = .101$; R^2 ajustado = .072). Nenhum dos preditores apresentou efeito estatisticamente significativo ($ps > .05$).

No Modelo 2, foram adicionadas as variáveis de atividade física e comportamento sedentário, observando-se um aumento da variância explicada ($\Delta R^2 = .158$), com o modelo total a explicar 25,9% da variância do bem-estar ($R^2 = .259$; R^2 ajustado = .181), $F(6,57) = 3.33$, $p = .007$.

Ao nível dos preditores individuais, apenas a atividade física leve apresentou um efeito positivo significativo ($B = 0.005$, $SE = 0.002$, $\beta = 0.29$, $p = .032$). O comportamento sedentário apresentou uma tendência negativa, não significativa ($p = .084$), enquanto os restantes preditores não se revelaram estatisticamente significativos ($ps > .05$) (ver Tabela 15).

Não foram identificados problemas de multicolinearidade entre os preditores (VIF entre 1.18 e 1.95).

Tabela 15

Regressão linear hierárquica para a predição do bem-estar a partir de variáveis psicológicas e de atividade física

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

Efeito	B	<i>EP</i>	β	95% IC		<i>p</i>	<i>Tolerância</i>	<i>VIF</i>
				<i>LI</i>	<i>LS</i>			
Modelo 1								
Constante	51.96	27.78	—	-3.59	107.52	0.066	—	
Autoestima	0.66	0.63	0.16	-0.59	1.92	0.295	0.66	1.51
Solidão	-0.50	0.37	-0.20	-1.24	0.24	0.185	0.66	1.51
Modelo 2								
Constante	36.65	33.90	—	-31.24	104.53	0.284	—	—
Autoestima	0.97	0.670	0.23	-0.37	2.32	0.152	0.51	1.95
Solidão	-0.21	0.39	-0.08	-0.98	.56	0.593	0.54	1.84
Atividade leve	0.01	0.00	0.29	0.00	0.01	0.032	0.77	1.30
Atividade moderada	0.00	0.00	0.08	-0.01	0.01	0.567	0.64	1.57
Atividade vigorosa	-0.00	0.00	-0.05	-0.00	0.00	0.728	0.63	1.59
Comportamento sedentário	-0.01	0.00	-0.22	-0.01	0.00	0.084	0.85	1.18

Estatísticas do modelo. Modelo 1: $R^2 = .101$; R^2 ajustado = .072; $F(2.61) = 3.44$; $p = .038$.

Modelo 2: $R^2 = .259$; R^2 ajustado = .181; $F(6.57) = 3.33$; $p = .007$.

$\Delta R^2 = .158$.

Nota. VD = Bem-estar. Modelo 1 inclui variáveis psicológicas (autoestima e solidão);

Modelo 2 adiciona variáveis de atividade física e comportamento sedentário. B = coeficiente

não padronizado; EP = erro-padrão; IC 95% = intervalo de confiança a 95%; LI = limite

inferior; LS = limite superior; p = nível de significância; ΔR^2 = variação da variância

explicada entre modelos. Não foram identificados problemas de multicolinearidade (VIF <

5).

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo permitem explorar a influência da prática de atividade física regular na saúde mental da população idosa, nomeadamente ao nível do bem-estar, da autoestima e da solidão. De forma global, os dados obtidos sugerem que estes indicadores psicológicos são influenciados por um conjunto de fatores psicológicos, sociodemográficos e comportamentais.

Verifica-se que o bem-estar subjetivo se configura como um fenómeno multidimensional, sendo influenciado por variáveis psicológicas, como a autoestima e a solidão, por variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade e a escolaridade, e ainda por fatores comportamentais, como a prática de atividade física e os níveis de comportamento sedentário.

Estes resultados sugerem que o bem-estar na população idosa não pode ser compreendido de forma isolada ou unidimensional, mas antes como o resultado da interação entre diferentes domínios da experiência humana. Assim, a presença de recursos psicológicos positivos, aliada a condições sociodemográficas favoráveis e a estilos de vida ativos, parece contribuir para níveis mais elevados de bem-estar subjetivo.

Este padrão encontra-se em consonância com a literatura clássica, que conceptualiza o bem-estar subjetivo como um constructo complexo, resultante da articulação entre dimensões emocionais, cognitivas e sociais (Diener et al., 1985; Ryff, 1989). No contexto específico do envelhecimento, estes fatores assumem particular relevância, uma vez que este processo implica transformações biológicas, psicológicas e sociais que exigem constantes ajustamentos por parte do indivíduo.

Neste sentido, os resultados obtidos reforçam a perspetiva de que a adaptação ao envelhecimento depende, em larga medida, da capacidade de mobilizar recursos internos e

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão externos, tal como proposto por Baltes e Baltes (1990), no âmbito do modelo de seleção, otimização e compensação. Esta leitura é particularmente relevante quando se considera a natureza dinâmica do envelhecimento, enquanto processo marcado pela interação entre ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, os resultados indicam que a idade apresenta uma associação negativa com o bem-estar, sugerindo que o aumento da idade pode estar relacionado com uma diminuição progressiva do funcionamento psicológico positivo. Importa, contudo, interpretar este resultado com cautela, tendo em conta o carácter exploratório do estudo, podendo este padrão refletir não apenas o efeito do envelhecimento cronológico em si, mas também o impacto cumulativo de perdas ao nível funcional, social e psicológico.

À luz do modelo de envelhecimento bem-sucedido de Baltes e Baltes (1990), este resultado pode ser compreendido considerando que o envelhecimento adaptativo depende da capacidade de seleção, otimização e compensação de recursos. Assim, uma diminuição do bem-estar poderá estar associada a uma menor disponibilidade ou eficácia destes mecanismos adaptativos, o que poderá aumentar a vulnerabilidade psicológica em idades mais avançadas. Ainda assim, importa salientar que, de acordo com a literatura, o envelhecimento não segue necessariamente uma trajetória linear de declínio, podendo coexistir com estabilidade ou mesmo melhorias em determinadas dimensões do funcionamento psicológico, dependendo dos recursos individuais e contextuais disponíveis (Carstensen, 1992; Charles & Carstensen, 2010).

Neste enquadramento, a Teoria da Seletividade Socioemocional (Carstensen, 1992) oferece uma perspetiva complementar, ao sugerir que, com o avançar da idade, os indivíduos tendem a privilegiar relações emocionalmente significativas, o que pode funcionar como um

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

mecanismo de regulação emocional e de proteção do bem-estar. No entanto, quando existem limitações funcionais, redução das redes sociais ou experiências de isolamento social, este processo pode ser comprometido, o que poderá ajudar a compreender a associação negativa observada entre idade e bem-estar.

Relativamente à escolaridade, verificou-se uma associação positiva com o bem-estar e com a autoestima, e uma associação negativa com a solidão e o isolamento social. Este resultado pode ser interpretado à luz do modelo de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), que identifica a educação como um determinante central do envelhecimento saudável, ao promover maior literacia em saúde, autonomia e participação social.

Adicionalmente, a escolaridade pode ser entendida como um indicador de recursos acumulados ao longo do ciclo de vida, estando associada a trajetórias de desenvolvimento psicológico mais favoráveis e a uma maior capacidade de mobilização de estratégias de coping adaptativas (Lachman et al., 2015). Neste sentido, níveis mais elevados de escolaridade poderão facilitar processos de adaptação mais eficazes, nomeadamente ao nível da definição de objetivos, da utilização de recursos disponíveis e da compensação face a perdas, tal como proposto pelo modelo de seleção, otimização e compensação. Assim, a escolaridade emerge não apenas como uma variável sociodemográfica, mas como um fator potencialmente protetor no envelhecimento psicológico.

A relevância da dimensão social, particularmente evidenciada no papel da solidão, é consistente com a literatura que enfatiza a importância da qualidade das relações interpessoais no bem-estar em idades avançadas. Em consonância com a Teoria da Seletividade Socioemocional, os resultados sugerem que não é apenas a quantidade de interações sociais que assume importância, mas sobretudo a perceção de qualidade,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

intimidade e significado dessas relações. A solidão, enquanto experiência subjetiva de desconexão emocional, pode refletir uma discrepância entre as necessidades socioemocionais do indivíduo e a sua realidade relacional, sendo amplamente reconhecida como um dos principais preditores de menor bem-estar psicológico na população idosa (Cacioppo & Cacioppo, 2018).

No que diz respeito à autoestima, os resultados podem ser enquadrados nas perspectivas do desenvolvimento do self ao longo do ciclo de vida, que a conceptualizam como um recurso psicológico central na regulação emocional. Uma autoestima positiva poderá atuar como fator protetor, contribuindo para a adaptação face às perdas normativas associadas ao envelhecimento e promovendo maior resiliência psicológica. Deste modo, a manutenção de uma autoavaliação positiva parece desempenhar um papel relevante na preservação do bem-estar subjetivo, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

Relativamente à atividade física, os resultados sugerem que formas leves e mais facilmente integradas no quotidiano poderão estar associadas a níveis mais elevados de bem-estar, em comparação com atividades de maior intensidade. Este padrão pode indicar que, nesta população, a regularidade e a sustentabilidade da prática assumem maior relevância do que a intensidade em si. Tal interpretação é consistente com a literatura que sublinha que os benefícios psicológicos da atividade física não dependem exclusivamente da resposta fisiológica, mas também de fatores como o prazer, a perceção de competência, a autonomia e as oportunidades de interação social (Penedo & Dahn, 2005; Biddle et al., 2019).

Por outro lado, a ausência de associações significativas entre atividade física moderada ou vigorosa e o bem-estar poderá refletir limitações relacionadas com a própria amostra, nomeadamente a menor frequência deste tipo de prática em populações idosas ou a sua concentração em subgrupos específicos, o que poderá reduzir a sensibilidade para a

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

deteção de efeitos estatisticamente significativos. Assim, este resultado não invalida a importância da atividade física, mas sugere que o seu impacto psicológico poderá depender da forma como é experienciada e integrada no quotidiano dos indivíduos.

Por fim, a tendência observada entre comportamento sedentário e menor bem-estar, ainda que não significativa, é coerente com modelos que conceptualizam a inatividade como um fator de risco no envelhecimento. O sedentarismo poderá influenciar o bem-estar de forma indireta, ao limitar oportunidades de estimulação cognitiva, interação social e reforço de sentimentos de competência pessoal, funcionando, deste modo, como um fator de risco cumulativo no ajustamento psicológico.

De forma global, estes resultados são consistentes com as perspetivas contemporâneas que conceptualizam o envelhecimento como um processo multidimensional e dinâmico, no qual o bem-estar resulta da interação entre recursos psicológicos, sociais e comportamentais, bem como das oportunidades proporcionadas pelo contexto. Assim, mais do que depender de um único fator isolado, o envelhecimento psicológico parece refletir a capacidade de adaptação do indivíduo face às exigências e desafios associados a esta etapa do ciclo de vida, uma ideia que se articula diretamente com os modelos de envelhecimento ativo e envelhecimento bem-sucedido e que será retomada na análise integrada dos resultados.

Os resultados descritivos evidenciam que o bem-estar subjetivo na amostra parece estar associado a um conjunto de variáveis psicológicas e comportamentais, destacando-se a autoestima como um fator com associação positiva e a solidão como um dos principais fatores com associação negativa. Este padrão sugere, de forma geral, que dimensões internas de regulação emocional e percepções subjetivas das relações interpessoais assumem um papel relevante na experiência de bem-estar em idade avançada.

A análise das correlações reforça esta tendência, evidenciando que a solidão se destaca como um dos principais correlatos negativos do bem-estar, enquanto a autoestima apresenta uma associação positiva consistente. Estes resultados são congruentes com a literatura que identifica a solidão como um fator de risco robusto para o declínio do bem-estar psicológico na população idosa (Cacioppo & Cacioppo, 2018), bem como com estudos que conceptualizam a autoestima como um recurso psicológico central no envelhecimento, associado a maior resiliência emocional e melhor adaptação às perdas associadas à idade (Orth & Robins, 2014).

No que respeita às variáveis comportamentais, os resultados indicam que a atividade física leve, particularmente a caminhada regular, tende a associar-se a níveis mais elevados de bem-estar e a menores níveis de solidão e isolamento. Este padrão é consistente com a evidência que sugere que atividades físicas de baixa intensidade são particularmente adequadas para populações idosas, não só pela sua acessibilidade, mas também pela sua maior probabilidade de adesão e manutenção ao longo do tempo (Reiner et al., 2013). Em linha com o modelo de envelhecimento ativo (WHO, 2002), estes resultados sugerem que a atividade física pode contribuir simultaneamente para benefícios físicos, psicológicos e sociais, nomeadamente através da promoção da participação e do envolvimento comunitário.

Por outro lado, a atividade física moderada e vigorosa não apresentou associações estatisticamente significativas com o bem-estar, o que poderá indicar que, nesta amostra, a intensidade da prática não constitui o principal fator associado ao bem-estar, sendo possivelmente mais relevante a regularidade e a integração da atividade na rotina diária. De forma semelhante, o comportamento sedentário evidenciou uma tendência negativa com o bem-estar, ainda que não significativa, o que está em consonância com estudos que associam o sedentarismo a piores indicadores de saúde mental e qualidade de vida, embora salientando a complexidade desta relação e a influência de fatores contextuais (de Rezende et al., 2014).

A análise de regressão linear hierárquica permite aprofundar estes resultados, sugerindo que a inclusão de variáveis comportamentais contribui para um aumento da variância explicada do bem-estar subjetivo. Este dado reforça a ideia de que o bem-estar não depende exclusivamente de características psicológicas individuais, mas resulta da interação entre diferentes dimensões, incluindo comportamentos do quotidiano. Este padrão é consistente com abordagens ecológicas do desenvolvimento humano, como o modelo de Bronfenbrenner (1979), que enfatiza a influência de múltiplos sistemas interdependentes na explicação do comportamento e do bem-estar.

Importa salientar que, no modelo final, apenas a atividade física leve emergiu como preditor significativo do bem-estar. Este resultado reforça a ideia de que, em populações adultas mais velhas, a viabilidade, acessibilidade e sustentabilidade dos comportamentos podem ser mais determinantes do que a sua intensidade. Atividades como a caminhada, pela sua simplicidade e facilidade de integração no quotidiano, poderão promover não só benefícios físicos, mas também ganhos ao nível psicológico e social, como a perceção de autonomia, o reforço da autoeficácia e oportunidades de interação social informal, aspetos particularmente relevantes no contexto do envelhecimento.

A ausência de efeitos significativos da atividade física moderada e vigorosa poderá refletir, por um lado, uma menor prevalência deste tipo de prática na amostra e, por outro, possíveis diferenças na forma como estas atividades são experienciadas. É possível que atividades mais intensas não sejam percecionadas como igualmente acessíveis ou prazerosas por todos os indivíduos, o que poderá atenuar o seu impacto no bem-estar psicológico.

Adicionalmente, a não significância da autoestima e da solidão no modelo final poderá sugerir que o seu impacto no bem-estar é, em parte, indireto ou partilhado com outras variáveis incluídas no modelo, nomeadamente comportamentos do quotidiano. Neste sentido,

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

a atividade física leve poderá funcionar como um mecanismo transversal, influenciando simultaneamente dimensões psicológicas e sociais, por exemplo através da melhoria do humor, do aumento da interação social e do reforço de sentimentos de competência pessoal.

Por sua vez, o comportamento sedentário, embora não tenha emergido como preditor significativo, poderá atuar como um fator de risco indireto, associado a uma menor estimulação global. A literatura sugere que níveis elevados de sedentarismo podem limitar oportunidades de envolvimento social, estimulação cognitiva e experiências de eficácia pessoal, contribuindo de forma cumulativa para um menor ajustamento psicológico (de Rezende et al., 2014).

Por outro lado, a ausência de associações significativas entre atividade física moderada a vigorosa e os indicadores psicológicos pode ser explicada pelo facto de este tipo de exercício exigir maior capacidade funcional, planeamento e esforço percebido, o que pode limitar a sua prática regular nesta faixa etária, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade física ou psicológica (Paterson & Warburton, 2010). Assim, ainda que este tipo de atividade possa apresentar benefícios fisiológicos importantes, a sua menor adesão pode reduzir o impacto observável ao nível dos indicadores psicológicos avaliados.

Este padrão reforça a importância de intervenções adaptadas ao envelhecimento, que privilegiem atividades progressivas, seguras e integradas no quotidiano dos idosos, bem como estratégias de promoção da autoeficácia e da motivação para a prática regular de atividade física (Bandura, 1997; McAuley et al., 2000). Neste contexto, abordagens baseadas no suporte social e na realização de atividades em grupo podem desempenhar um papel fundamental na promoção da adesão e na manutenção de estilos de vida ativos, contribuindo para um envelhecimento mais saudável e psicologicamente ajustado.

Atividades leves como a caminhada apresentam frequentemente uma componente contextual relevante, uma vez que podem ser realizadas em ambientes exteriores e, muitas vezes, em companhia, potenciando o contacto social e contribuindo para a redução de sentimentos de solidão. Este aspeto é consistente com a evidência que destaca o papel do suporte social e da interação interpessoal na manutenção da motivação e na promoção do bem-estar psicológico em idosos (Baert et al., 2011; Netz et al., 2005).

De forma global, os resultados apontam para a relevância de considerar o bem-estar subjetivo na população idosa como um fenómeno influenciado pela articulação entre recursos psicológicos, sociais e comportamentais. Ainda que, devido ao carácter exploratório do estudo, não seja possível estabelecer relações de causalidade, os padrões observados sugerem que intervenções orientadas para a promoção de atividade física leve e regular, aliadas ao reforço de recursos psicológicos e sociais, poderão constituir estratégias promissoras na promoção do bem-estar nesta população.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, importa considerar um conjunto de limitações metodológicas que condicionam a sua interpretação e a generalização das conclusões. Ainda assim, os dados contribuem de forma pertinente para a compreensão do bem-estar subjetivo na população idosa, ao explorar a associação entre variáveis psicológicas, sociodemográficas e comportamentais, reforçando a natureza multifatorial deste constructo.

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com o seu desenho transversal, o qual impede a inferência de relações causais entre as variáveis analisadas. Embora tenham sido identificadas associações entre o bem-estar, fatores psicológicos e comportamentais, não é possível determinar a direção temporal dessas relações. Deste modo, permanece em aberto a possibilidade de causalidade bidirecional, particularmente no que se refere à relação entre atividade física e bem-estar, não sendo possível concluir se a prática de atividade física

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

promove o bem-estar ou se, inversamente, indivíduos com níveis mais elevados de bem-estar tendem a adotar estilos de vida mais ativos. Esta limitação é amplamente reconhecida na literatura, especialmente em estudos de natureza correlacional no domínio do envelhecimento, reforçando a importância de investigações longitudinais que permitam analisar os processos de mudança ao longo do tempo.

Adicionalmente, importa considerar as características da amostra, que parece apresentar um perfil relativamente funcional, com níveis moderados a elevados de bem-estar e baixa percepção de solidão. Esta relativa homogeneidade pode ter reduzido a variabilidade dos dados, limitando a capacidade de detetar associações mais robustas entre variáveis. Em termos metodológicos, a restrição de amplitude pode conduzir à subestimação dos efeitos, constituindo um fator relevante na interpretação dos resultados. Para além disso, a possível presença de viés de seleção, associada à participação voluntária em contextos comunitários, pode ter favorecido a inclusão de indivíduos mais ativos, saudáveis e socialmente integrados. Este aspeto limita a generalização dos resultados a populações idosas mais vulneráveis, nomeadamente indivíduos em situação de isolamento social, institucionalização ou maior fragilidade funcional, que poderão apresentar padrões distintos ao nível do bem-estar e dos comportamentos de saúde.

Outra limitação relevante prende-se com a utilização de medidas de autorrelato na avaliação da atividade física, as quais podem introduzir enviesamentos associados à memória e à tendência para reportar comportamentos de forma mais favorável. Embora este tipo de medida seja amplamente utilizado na investigação psicológica, poderá não refletir com total precisão a frequência, duração ou intensidade real da atividade praticada. A literatura sugere que medidas subjetivas tendem a sobrestimar os níveis de atividade física, o que pode influenciar a magnitude das associações observadas. Neste sentido, a utilização de medidas

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

objetivas, como dispositivos de monitorização da atividade física, poderá constituir uma mais-valia em investigações futuras, aumentando a precisão dos dados recolhidos.

Para além disso, a análise das diferentes intensidades de atividade física de forma isolada constitui também uma limitação, na medida em que não permite uma compreensão global dos padrões de movimento nem do contexto em que a atividade ocorre. A evidência sugere que o impacto da atividade física no bem-estar não depende exclusivamente da intensidade, mas também de fatores como o significado atribuído à atividade, o seu contexto social e o grau de integração na rotina diária. A ausência de informação qualitativa sobre a experiência subjetiva da atividade física limita, assim, a compreensão dos mecanismos subjacentes aos resultados observados, não sendo possível, por exemplo, distinguir se atividades como a caminhada ocorrem em contextos sociais ou solitários, nem de que forma são percecionadas pelos indivíduos.

Não obstante estas limitações, o presente estudo apresenta relevância tanto ao nível científico como aplicado. Do ponto de vista científico, contribui para a exploração do bem-estar subjetivo na população idosa, evidenciando a importância de considerar simultaneamente fatores psicológicos, sociodemográficos e comportamentais. Estes resultados vão ao encontro das perspetivas contemporâneas do envelhecimento, que enfatizam a sua natureza multidimensional e dinâmica, tal como discutido anteriormente.

Do ponto de vista aplicado, os resultados obtidos poderão ter implicações relevantes para o desenvolvimento de intervenções dirigidas à população idosa, nomeadamente em contextos comunitários e clínicos. Em particular, reforçam a importância da promoção de formas acessíveis e sustentáveis de atividade física, bem como da valorização de recursos psicológicos e sociais, como a autoestima e a qualidade das relações interpessoais. Neste sentido, intervenções que integrem estas diferentes dimensões poderão revelar-se mais

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

eficazes na promoção do bem-estar global em idade avançada, articulando-se com os modelos de envelhecimento ativo e bem-sucedido previamente discutidos.

No que respeita a estudos futuros, seria pertinente a realização de investigações longitudinais que permitam analisar a direção e a evolução das relações entre atividade física e bem-estar ao longo do tempo. Este tipo de desenho metodológico permitiria ultrapassar as limitações inerentes aos estudos transversais, possibilitando compreender se alterações nos níveis de atividade física estão associadas a mudanças subsequentes no bem-estar psicológico ou se, inversamente, é o próprio bem-estar que facilita a adoção de estilos de vida mais ativos. Este tipo de abordagem seria particularmente relevante no contexto do envelhecimento, uma vez que os processos de adaptação psicológica e comportamental ocorrem de forma dinâmica e gradual ao longo do tempo.

Adicionalmente, seria importante considerar a inclusão de amostras mais heterogêneas, abrangendo idosos com diferentes níveis de funcionalidade física, graus de isolamento social e condições de saúde. Esta diversificação permitiria aumentar a generalização dos resultados e analisar se os padrões observados se mantêm em populações mais vulneráveis, frequentemente sub-representadas na investigação nesta área. Para além disso, possibilitaria explorar diferenças entre subgrupos, nomeadamente entre idosos institucionalizados e comunitários, ou entre indivíduos mais ativos e mais sedentários.

Futuros estudos poderiam ainda beneficiar da utilização de medidas mais objetivas de atividade física, como acelerometria ou outros dispositivos de monitorização, de forma a complementar os dados de autorrelato e reduzir vieses associados à memória e à tendência de apresentação socialmente mais favorável dos comportamentos. Em paralelo, seria igualmente relevante integrar indicadores contextuais e qualitativos da prática de atividade física, tais como a sua realização em grupo ou de forma individual, o carácter recreativo ou instrumental

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão da atividade e o contexto em que ocorre. Esta abordagem permitiria uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos através dos quais a atividade física influencia o bem-estar, alinhando-se com perspectivas contemporâneas que valorizam o significado subjetivo da experiência na saúde psicológica.

Para além disso, investigações futuras poderiam explorar modelos explicativos mais complexos, nomeadamente através da análise de variáveis mediadoras e moderadoras na relação entre atividade física e bem-estar. Em particular, seria pertinente considerar o papel de variáveis como a solidão, a autoestima, o suporte social percebido e outros fatores emocionais e cognitivos. Este tipo de análise permitiria clarificar os processos psicológicos subjacentes aos efeitos observados, contribuindo para uma compreensão mais fina dos mecanismos de influência. Neste sentido, a atividade física poderá não atuar diretamente sobre o bem-estar, mas sim através de vias indiretas, como o aumento do contacto social, a melhoria da autoeficácia ou a redução da solidão.

De forma global, os objetivos do estudo foram parcialmente alcançados, na medida em que se confirmou a relevância de fatores psicológicos e comportamentais na explicação do bem-estar subjetivo, ainda que nem todas as variáveis tenham apresentado efeitos estatisticamente significativos no modelo final. Ainda assim, os padrões observados são consistentes com a literatura existente e reforçam a importância de uma abordagem multidimensional do envelhecimento, que integre simultaneamente dimensões emocionais, sociais e comportamentais.

Globalmente, os resultados obtidos sustentam as perspectivas teóricas do envelhecimento ativo (World Health Organization, 2002) e do envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1997), ao evidenciar que o bem-estar não depende exclusivamente de fatores biológicos ou da ausência de doença, mas também da manutenção de relações sociais

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão significativas, da percepção positiva do self e da participação regular em atividades físicas ajustadas às capacidades individuais. Em articulação com modelos desenvolvimentais do envelhecimento, estes resultados reforçam a ideia de que este processo deve ser entendido como uma adaptação contínua, na qual os indivíduos mobilizam recursos internos e externos para manter o equilíbrio psicológico ao longo do tempo.

Desta forma, este estudo contribui para a compreensão dos mecanismos associados ao envelhecimento psicológico saudável, reforçando a pertinência de intervenções multidimensionais que promovam simultaneamente a atividade física, o reforço de competências emocionais e a promoção de redes sociais significativas. Em termos aplicados, estes resultados sugerem que programas de intervenção dirigidos à população idosa devem integrar estratégias combinadas de promoção de estilos de vida ativos, fortalecimento de recursos psicológicos e incentivo à participação social, de forma a potenciar a qualidade de vida na idade avançada.

Os resultados obtidos, nomeadamente a associação positiva entre a prática de caminhada e o bem-estar psicológico, bem como a ausência de efeitos significativos da atividade física de intensidade moderada a vigorosa, podem igualmente ser compreendidos à luz da importância das dinâmicas sociais associadas à prática de atividade física na população idosa. De facto, atividades de menor intensidade, como a caminhada, tendem a ser mais facilmente integradas no quotidiano e frequentemente ocorrem em contextos informais ou grupais, o que pode potenciar o contacto social, o suporte interpessoal e a redução de sentimentos de solidão, fatores consistentemente associados ao bem-estar nesta faixa etária (Baert et al., 2011; McAuley et al., 2000).

Neste sentido, é plausível que o impacto positivo observado na caminhada não se explique apenas pela dimensão física da atividade, mas também pelos seus componentes

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

psicossociais, nomeadamente o envolvimento social e a experiência partilhada, que funcionam como mecanismos adicionais de promoção do bem-estar. Em contraste, atividades de intensidade moderada a vigorosa, embora potencialmente mais eficazes do ponto de vista fisiológico, podem ser menos frequentemente realizadas em contexto social e implicar maiores barreiras percecionadas, como esforço físico elevado ou menor autoeficácia, o que pode limitar tanto a adesão como os seus efeitos psicológicos observáveis (Bandura, 1997; Paterson & Warburton, 2010).

Desta forma, os resultados reforçam a pertinência de intervenções que não se limitem à promoção da atividade física enquanto comportamento isolado, mas que integrem deliberadamente componentes sociais e educativas, promovendo o envolvimento dos idosos em contextos de prática partilhada. A evidência sugere que programas comunitários estruturados, que combinem exercício físico com interação social e reforço da literacia em saúde, são particularmente eficazes na promoção da adesão e na melhoria do bem-estar psicológico, contribuindo simultaneamente para a redução da solidão e o aumento da motivação intrínseca para a prática regular (Netz et al., 2005; World Health Organization, 2020).

Assim, mais do que promover exclusivamente níveis mais elevados de intensidade de exercício, os resultados deste estudo sugerem que estratégias centradas na acessibilidade, na dimensão social e na experiência subjetiva da prática poderão ser mais adequadas para a população idosa, contribuindo de forma mais consistente para a promoção do bem-estar e para um envelhecimento ativo e psicologicamente saudável.

Referências

- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). *A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life*. *Ageing & Society*, 31(4), 683–712.
- Almeida, J., Antunes, A., & Marques, A. (2020). Physical activity interventions in older adults: A systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), ckaa165.812. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.812>
- Almeida, M., Santos, J., & Pereira, C. (2020). *Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Alves, A. (2020). *Psicologia do envelhecimento: Perspetivas teóricas e práticas*. Lisboa: Pactor.
- Alves, D. (2020). *Psicogerontologia: Intervenção psicológica com pessoas idosas*. Lisboa: Pactor.
- Alves, D. (2020). *Psicologia do desenvolvimento ao longo da vida*. Lisboa: Pactor.
- Alves, J. G., Mota, J., Costa, M. C., & Alves, J. V. (2004). Sedentarismo em idosos: Consequências e estratégias de intervenção. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(2), 65–74.
- Alves, L. (2020, 13 de junho). Erik Erikson: Os estágios psicossociais do desenvolvimento. *Ensaios e Notas*. <https://ensaiosnotas.com/2020/06/13/erik-erikson-os-estagios-psicossociais-do-desenvolvimento/>
- Alves, R. V., Mota, J., Costa, M. C., & Alves, J. G. B. (2004). Aptidão física relacionada à saúde de idosos: Influência da hidroginástica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10(1), 31–37.

- Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão
- American College of Sports Medicine (ACSM). (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- American College of Sports Medicine (ACSM). (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Antunes, F. P. V. (2016). *Atividade física no idoso: Revisão bibliográfica* (Doctoral dissertation).
- Antunes, G., Mazo, G. Z., & Balbé, G. P. (2011). Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista da Educação Física/UEM*, 22(4). <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v22i4.10825>
- Awick, E. A., Ehlers, D. K., Fanning, J., Phillips, S. M., Wójcicki, T. R., Mackenzie, M. J., & McAuley, E. (2017). Effects of a randomized exercise trial on physical activity, psychological distress and quality of life in older adults. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.01.001>
- Awick, E. A., Ehlers, D. K., Fanning, J., Wójcicki, T. R., Kramer, A. F., & McAuley, E. (2017). Effects of a 12-week exercise intervention on psychological health in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(2), 307–314. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0103>
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C., & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 464–474. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Barton, J., & Pretty, J. (2010). What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environmental Science & Technology*, 44(10), 3947–3955. <https://doi.org/10.1021/es903183r>
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258–271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Bauman, A., Murphy, N., & Bull, F. (2012). *Physical activity in older adults: Health benefits and practical strategies*. Geneva: World Health Organization.
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Bherer, L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). *A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults*. Journal of Aging Research, 2013, Article 657508.
- Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886–895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Biddle, S., Ciaccioni, S., Thomas, G., & Vergeer, I. (2019). *Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of*

causality. *Psychology of Sport and Exercise*, 42, 146–155.

<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.08.011>

Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401–415.

Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655–691.

Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211.

<https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>

Boudiny, K. (2013). ‘Active ageing’: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 33(6), 1077–1098. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X>

Boudiny, K. (2013). Intergenerational programs and projects as a proposal for psychosocial action in the promotion of active aging. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/379763365_Intergenerational_Programs_and_Projects_as_a_Proposal_for_Psychosocial_Action_in_the_Promotion_of_Active_Aging

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331(7531), 1548–1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331(7531), 1548–1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>

Brawley, L. R., Rejeski, W. J., & King, A. C. (2003). Promoting physical activity for older adults: The challenges for changing behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3 Suppl 2), 172–183. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00182-X](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00182-X)

- Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Butler, R. N. (1969). *Age-ism: Another form of bigotry*. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. W.W. Norton & Company.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195–217.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156.
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carvalho, C. (2021). *Grupos terapêuticos: O que são e como funcionam?* WeCareOn.
<https://wecareon.com/grupos-terapeuticos/>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3920711/>
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults.

Medicine & Science in Sports & Exercise, 41(7), 1510–1530.

<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>

Chogahara, M., Cousins, S. O., & Wankel, L. M. (1998). Social influences on physical activity in older adults: A review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6(1), 1–17.

Civinski, C. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. *Revista da Unifebe*, 163–175.

<https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/RevistaUnifebe/article/view/68>

Clínica, R. P. (2020, March 11). O homem é um ser social: 3 teorias científicas. *Psicanálise Clínica*. <https://www.psicanaliseclinica.com/o-homem-e-um-ser-social/>

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684.

Comissão Europeia. (2020). *Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity*.

Contreira, A. R., & Corazza, S. T. (2009). A prática de exercícios físicos e a melhoria nos elementos perceptivo-motores: Estudo de revisão. *Revista Digital, Buenos Aires*, 14, 132.

Contreira, C., & Corazza, M. (2009). *Atividade física e saúde: Conceitos, recomendações e prescrição*. Manole.

Contreira, M. A., & Corazza, S. S. (2009). *Atividade física e saúde: Conceitos e aplicações*. São Paulo: Phorte.

Cossu, G. (2025). Promoting healthy aging through intergenerational exchange and digital empowerment: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1637181>

Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346–1363.

Crombie, I. K., Irvine, L., Williams, B., McGinnis, A. R., Slane, P. W., Alder, E. M., & McMurdo, M. E. T. (2004). Why older people do not participate in leisure time

- physical activity: A survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing*, 33(3), 287–292. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh089>
- Cudd, A., & Andreasen, R. (2020). *Feminist theory: A philosophical anthology* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Cummins, R. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64, 225–256.
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, 307–334.
- Cummins, R. A. (2001). The subjective well-being of people caring for a severely disabled family member at home: A review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26(1), 83–100.
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., & Gullone, E. (1994). The Comprehensive Quality of Life Scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 372–382.
- Cunha, J., & Ribeiro, J. L. P. (2014). O papel da atividade física no envelhecimento ativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 345–357.
- Cunha, L., & Ribeiro, J. L. P. (2014). *Promoção da atividade física na terceira idade: Envelhecimento ativo e qualidade de vida*. Edições Sílabo.
- Cunha, M., & Ribeiro, J. L. P. (2014). *Manual de promoção da saúde: Teoria e prática*. Climepsi.
- Cunha, M., & Ribeiro, O. (2014). Barriers to physical activity in older adults in Portugal. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 14(1), 12–23.
- Cunha, P., & Ribeiro, O. (2014). Physical activity in the elderly: Determinants and barriers. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 14(Supl. 2), 17–26. <https://doi.org/10.5628/rpcd.14.sup2.17>

- Dardenne, C. (2004). *Um olhar crítico sobre as recomendações para a prática de atividade física* (Tese de doutoramento).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Dempsey, P. C., et al. (2014). *Associations of sedentary behaviour with health indicators in older adults: a systematic review*. *Ageing Research Reviews*, 18, 73–93.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). *Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: A systematic review and critical appraisal. *British Journal of Sports Medicine*, 50(21), 1392–1409. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>
- Dionigi, R. A. (2015). Stereotypes of aging: Their effects on the health of older adults. *Journal of Geriatrics*, 2015, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2015/954027>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. DGS.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Dogra, S., & Stathokostas, L. (2012). Sedentary behavior and physical activity are independent predictors of successful aging in middle-aged and older adults. *Journal of Aging Research*, 2012, Article ID 190654. <https://doi.org/10.1155/2012/190654>

Dogra, S., Ashe, M., Biddle, S., Brown, W., Buman, M., Chastin, S., ... Copeland, J. (2017).

Sedentary time in older men and women: An international consensus statement and research priorities. *British Journal of Sports Medicine*, 51, 1526–1532.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097209>

Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults:

Informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 135.

<https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-135>

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*.

Science, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Ekkekakis, P. (2015). *Exercise and subjective well-being in older adults: A psychological perspective*. Springer.

Ekkekakis, P. (2015). *Routledge handbook of physical activity and mental health*. Routledge.

Ekkekakis, P. (2015). *The measurement of affect, mood, and emotion: A guide for health-behavioral research*. Cambridge University Press.

Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R. W., Konopack, J. F., Marquez, D. X., Hu, L., & Diener, E.

(2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: Efficacy, esteem, and affective influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(2), 138–145.

Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., ... &

Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017–3022.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. W. W. Norton.

- Espírito Santo, R. (2015). *Bem-estar psicológico: Validação da Escala Psychological General Well-Being para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado).
https://www.tnaijournal-nji.com/admin/assets/article/pdf/9897_pdf.pdf
- Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (Coords.). (2019). *Trajetos do envelhecimento: Perspetivas teóricas e empíricas*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1737-4>
- Faff, J. (2004). Physical activity, physical fitness, and longevity. *Biology of Sport*, 21(1), 3–24.
- Faria, A., & Marinho, R. (2004). Envelhecimento ativo: Estratégias para uma melhor qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 67–74.
- Faria, L., & Marinho, C. (2004). Atividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 93–104.
- Fernandes, L., Silva, A., & Sá, L. (2021). *Saúde mental no envelhecimento: Desafios contemporâneos*. Escolar Editores.
- Fernandes, M. E. P., & Andrade, M. K. D. (2016). Envelhecimento e suporte social: Repercussões no bem-estar subjetivo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 419–429. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150173>
- Fernandes, M. H., & Garcia, F. M. (2010). Envelhecimento ativo: Um paradigma para o bem-estar na terceira idade. *Revista Kairós: Gerontologia*, 13(2), 29–45.
- Fernandes, M. H., Andrade, C. A., & Nunes, D. P. (2021). Determinants of health and well-being in older adults: A review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(1), e210058.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22–30.
- Fernández-Ballesteros, R. (2019). *The psychology of aging: From mind to society*. Springer.

- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. Á., Schettini, R., & Santacreu, M. (2013). Promoting active aging through training and self-learning programs: An evaluation study. *Gerontology*, 59(5), 406–414. <https://doi.org/10.1159/000351327>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Botella, F. (2013). Active ageing: An empirical approach. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2013/252015>
- Fonseca, A. M., Ribeiro, O., Paúl, C., & Pereira, M. G. (2008). *Psicologia do envelhecimento: Temas emergentes*. Climepsi.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3), 411–418.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 228–240.
- Fragoso, M. (2020). *Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso: Um estudo em Vila Nova de Santo André (Ser e EnvelheSer)* [Dissertação de mestrado]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34533>
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1268–1276. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094015>
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., Nieman, D. C., & Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand: Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*,

43(7), 1334–1359.

<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>

Gonçalves, A., Martin, M., Guedes, A., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Avaliação da marcha e do equilíbrio em idosos institucionalizados. *Revista Kairós*, 9(1), 1–16.

Gonçalves, D. C. (2009). Envelhecimento e saúde mental. In M. A. Almeida (Ed.), *Psicologia e velhice* (pp. 85–106). Papirus.

Hamer, M., Lavoie, K. L., & Bacon, S. L. (2014). Physical activity and risk of depression: Evidence from prospective studies. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 1–8.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.004>

Hamer, M., Lavoie, K. L., & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: The English Longitudinal Study of Ageing. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 239–243.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092993>

Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.

<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality. *Psychological Science*, 25(7), 1482–1486.

<https://doi.org/10.1177/0956797614531799>

Holt, N. L., & Neely, K. C. (2011). Positive youth development through sport: A review. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(2), 299–316.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.

<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Envelhecimento da população residente em Portugal*.

<https://www.ine.pt/>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas demográficas 2021*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas demográficas 2020*. Lisboa: INE.

International Wellbeing Group. (2013). *Personal Wellbeing Index: 5th edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

<https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-english.pdf>

IPAQ Research Committee. (2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms*.

Consultado em <https://sites.google.com/view/ipaq/score>

Jodra, P., Maté-Muñoz, J., & Domínguez, R. (2019). Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. *Revista de Psicología del Deporte / Journal of Sport Psychology*, 28(2), 127–134.

https://www.researchgate.net/publication/335601978_Percepcion_de_salud_autoestima_y_autoconcepto_fisico_en_personas_mayores_en_funcion_de_su_actividad_fisica

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108.

- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.
- <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Lachman, M. E. (2006). Perceived control over aging-related declines. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 282–286.
- Lachman, M. E., Lipsitz, L., Lubben, J., Castaneda-Sceppa, C., & Jette, A. M. (2018). When adults don't exercise: Behavioral strategies to increase physical activity in sedentary middle-aged and older adults. *Innovation in Aging*, 2(1), igy007.
- <https://doi.org/10.1093/geroni/igy007>
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229.
- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Levy, B. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B*, 58(4), 203–211.
- Li, F., et al. (2018). *Physical activity and well-being among older adults: examining the role of social engagement*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 26(2), 234–242.
- Machado, W. de L., Bandeira, D. R., & Pawlowski, J. (2013). Validação da *Psychological Well-being Scale* em uma amostra de estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 263–272.
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200017
- Maciel, C. R. (2010). *Fundamentos da atividade física e do exercício físico*. Rio de Janeiro: Shape.

- Maciel, D. (2010). *Atividade física, exercício e aptidão física: Fundamentos e aplicação prática*. Phorte Editora.
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz. Journal of Physical Education, UNESP*, 1024–1032.
- MacIntyre, A. (2007). *After virtue: A study in moral theory* (3rd ed.). University of Notre Dame Press.
- Maria. (2024). *Andrea Marinho Becker - Tese de mestrado* [Dissertação]. Scribd.
<https://pt.scribd.com/document/352220790/Andrea-Marinho-Becker-Tese-de-mestrado-pdf>
- Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58–69.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Matsudo, S. M. M. (2009). Envelhecimento, atividade física e saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, (47), 76–79.
- Matsudo, V., Araújo, T., Matsudo, S., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L., & Braggion, G. (2001). Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 6(2), 5–18.
- Matsudo, V., Matsudo, S., Andrade, D., Araújo, T., Andrade, E., & Braggion, G. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e recomendações*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T., & Mihalko, S. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 131–139.

- McAuley, E., Elavsky, S., Jerome, G. J., Konopack, J. F., & Marquez, D. X. (2000). Physical activity-related well-being in older adults: Social cognitive influences. *Psychology and Aging, 18*(3), 375–383.
- Melo, C. (2014). *Bem-estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas* (Dissertação de Mestrado, M. Medeiros, Ed.).
<https://core.ac.uk/download/pdf/61445784.pdf>
- Mijalković, S., Stojanović, S., Lilić, A., Ilić, T., Ilbak, I., Kasicki, K., Niewczas-Czarny, P., & Ambroży, T. (2025). *The effects of physical activity on self-esteem in older adults: A systematic review*. *Frontiers in Public Health, eCollection*.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1595087>
- Ministério da Saúde. (2021). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- Morgadinho, R. (2012). *O contributo da atividade física para a saúde e bem-estar da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Morgadinho, R., & Sousa, R. (2013). *Promoção da saúde em idosos: Exercício físico 2012*.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0670.pdf>
- Muñoz Pinto, M., Montalva-Valenzuela, F., Fariás-Valenzuela, C., Ferrero Hernández, P., Ferrari, G., & Castillo-Paredes, A. (2025). *Effects of physical activity or exercise on depressive symptoms and self-esteem in older adults: A systematic review*. *Psychiatry International, 6*(2), 46. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6020046>
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., Macera, C. A., & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the

Atividade Física e Saúde Mental na Idade Adulta Tardia: Bem-Estar, Autoestima e Solidão

American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094–1105.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185650>

Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*.

Atheneu.

Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies.

Psychology and Aging, 20(2), 272–284.

<https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272>

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*.

<https://www.who.int/publications/i/item/active-ageing-a-policy-framework>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Decade of Healthy Ageing: 2020–2030*.

<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. Geneva: WHO.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: WHO.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: Current concepts. *Sports Medicine*, 29(3), 167–180.

<https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>

- Paterson, D. H., & Warburton, D. E. R. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: A systematic review related to Canada's physical activity guidelines. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 38.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-38>
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). *Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity*. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189–193. doi:10.1097/00001504-200503000-00013
- Pereira, C. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Contextos Comunitários). Universidade dos Açores.
- Pereira, C. (2012). O bem-estar em psicologia: Uma abordagem integrativa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 46(1), 13–28.
- Peters, R., et al. (2021). Intergenerational programmes bringing together older adults and children: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 68, 101327.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101327>
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Sentimentos de solidão e estratégias de enfrentamento em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2301–2310.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.14482016>
- Pocinho, M., & Mecdo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades*, 32, 53–66.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 18.
<https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

- Pratt, M., Sarmiento, O. L., Montes, F., Ogilvie, D., Marcus, B. H., Perez, L. G., & Brownson, R. C. (2012). The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for physical activity and health. *Journal of Physical Activity and Health*, 9 Suppl 1, S286–S296.
- Pretty, J., Peacock, J., Sellens, M., & Griffin, M. (2005). The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research*, 15(5), 319–337.
<https://doi.org/10.1080/09603120500155963>
- Puett, R., & Teas, J. (2012). Physical activity and mental health: Current concepts. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 10(2), 89–94.
<https://doi.org/10.1016/j.jesf.2012.10.001>
- Quan, M., & Wang, J. (2022). *Psychological benefits of leisure activities in older adults: a review*. *Aging & Mental Health*, 26(8), 1589–1597.
- Raj, C. (2021). Effectiveness of Tai Chi exercise on elderly depression and self-esteem.
https://www.tnaijournal-nji.com/admin/assets/article/pdf/9897_pdf.pdf
- Ramvalho, A., Petrica, J., Serrano, J., Paulo, R., Duarte-Mendes, P., & Rosado, A. (2014). Consequências do comportamento sedentário no bem-estar psicossocial: Estudo qualitativo com idosos residentes em Portugal.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7986309.pdf>
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelandotte, C. (2015). *A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations*. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>
- Redonda, M. (2006). Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20, 135–137.

- Reid, N., et al. (2010). *Sedentary behaviour and health outcomes among older adults: a systematic review*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 72.
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Rodrigues, F., Teixeira, D. S., Neiva, H. P., Cid, L., & Monteiro, D. (2021). Predicting older adults' adherence to exercise: A multi-theory perspective approach. *Journal of Aging and Physical Activity*, 29(3), 428–437.
<https://doi.org/10.1123/japa.2020-0045>
- Rodrigues, P. (2015). *Ansiedade, autoestima e qualidade de vida: Estudo comparativo em idosos praticantes e não praticantes de atividade física* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida.
<https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/...>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141–156.
<https://doi.org/10.2307/2096350>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149.
<https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). *Successful aging*. Pantheon Books.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.

<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104.

<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 21–45.

<https://doi.org/10.1007/s10902-013-9481-9>

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.

<https://doi.org/10.1159/000353263>

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28.

https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1

Safons, M. P. (2000). Contribuições da atividade física para a melhoria da autoimagem e autoestima de idosos. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 5(22).

<http://www.efdeportes.com>

Safons, M. P. (2000). O idoso na sociedade atual: A questão da autoestima. *Revista Kairós*, 3(1), 77–85.

<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/12936>

Sallis, J. F., & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Sage Publications.

Sánchez-Cazalla, V., & Gutiérrez-Domingo, T. (2025). Impact of intergenerational programmes on older adults for active ageing: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*, 2(3), 100176.

<https://doi.org/10.1016/j.aggp.2025.100176>

Sant' Helena, D. P., Silva, P. C. da, & Gonçalves, A. K. (2020). Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. In R. F. S. Freitas & M. J. L. Almeida (Orgs.), *Envelhecimento humano: Desafios contemporâneos* (Vol. 1, pp. 204–218). Editora Inovar.

<https://doi.org/10.37885/200901493>

Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho.

Santos, R., Ribeiro, O., & Duarte, N. (2019). Social support and loneliness among older adults: A comparative study using SHARE data. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2), 71–90.

Santos, R., Silva, P., & Ramos, A. (2019). Physical activity and well-being among older adults in Portugal: Findings from the SHARE study. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 37(2), 151–160.

- Santos, V. (2015). *Percepção de saúde: Validação do The Health Perceptions Questionnaire para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona.
https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/7176/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oConclu%C3%ADda_VanessaSantos_CD.pdf
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell’Aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395–403.
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Schutzer, K. A., & Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine*, 39(5), 1056–1061.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.003>
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(3), 540–542.
<https://doi.org/10.1139/h2012-024>
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Silva, A., & Indrakumar, J. (2024). *Benefits of physical activity on physical and mental health of older adults living in care settings: A systematic review of meta-analyses*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 6226.

- Silva, A., et al. (2025). *Effect of low-intensity exercise on physical and cognitive health in older adults: A systematic review*. Sports Medicine – Open.
- Silva, L., & Sá, L. (2018). Envelhecer com qualidade: Promoção da saúde mental em idosos. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 52(1), 87–104.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspetiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137–156). Climepsi Editores.
- Silva, P. A. (2016). Bem-estar psicológico em idosos: Uma revisão da literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(2), 180–193.
- Smith, G. L., Banting, L., Eime, R., O’Sullivan, G., & van Uffelen, J. G. Z. (2012). The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 112.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-112>
- Smith, G. L., Banting, L., Eime, R., O’Sullivan, G., & van Uffelen, J. G. Z. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 56.
<https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>
- Smith, L., et al. (2024). *Physical activity and mental health: a systematic review and best-evidence synthesis of mediation and moderation studies*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21, 76.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61346-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61346-7)

- Sun, F., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Physical activity in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 449.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-449>
- Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., & Narici, M. (2004). Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, 22(8), 703–725.
<https://doi.org/10.1080/02640410410001712421>
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26–32.
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Toros, T., Ogras, E. B., Toy, A. B., Kulak, A., Esen, H. T., Ozer, S. C., & Celik, T. (2023). The impact of regular exercise on life satisfaction, self-esteem, and self-efficacy in older adults. *Behavioral Sciences*, 13(9), 714. <https://doi.org/10.3390/bs13090714>
- Tulle, E., & Palmer, C. (2020). Engaging with ageing: Cultural, social and political perspectives. In S. Katz, B. Marshall, & J. Phillipson (Eds.), *Ageing in context* (pp. 73–88). Routledge.
- Vaillant, G. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard Study of Adult Development*. Little, Brown and Company.
- Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), 313–331.
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 85–104.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

- Voss, M. W., Prakash, R. S., Erickson, K. I., Basak, C., Chaddock, L., Kim, J. S., ... Kramer, A. F. (2013). Neurobiological markers of exercise-related brain plasticity in older adults. *Brain, Behavior, and Immunity*, 28, 90–99.
- Voss, M. W., Vivar, C., Kramer, A. F., & van Praag, H. (2013). Bridging animal and human models of exercise-induced brain plasticity. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(10), 525–544.
- Walker, A. (2009). *Commentary: The emergence and application of active aging in Europe*. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75–93.
<https://doi.org/10.1080/08959420802529986>
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *CMAJ*, 174(6), 801–809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>
- Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017). Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541–556.
<https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017). Reflections on physical activity and health: What should we recommend? *Canadian Journal of Cardiology*, 33(4), 504–515.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.12.024>
- Windle, G. (2011). What is resilience? *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152–169.
<https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, R. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652–669. <https://doi.org/10.1080/13607861003713232>
- Wittink, H. (2011). Physical inactivity and older adults: Causes, consequences and prevention strategies. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34(1), 2–5.
<https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e318204e0f7>

Wittink, H., Engelbert, R., & Takken, T. (2011). The dangers of inactivity: Exercise and inactivity physiology for the manual therapist. *Manual Therapy*, 16(3), 209–216.

<https://doi.org/10.1016/j.math.2010.10.003>

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: Baseline report. World Health Organization.

Anexos

Consentimento informado

Exmo(a), Senhor(a),

Eu, Beatriz Gonçalves, encontro-me a frequentar o 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa. A presente investigação subordinada ao título "Bem-estar, autoestima e solidão em idosos: o papel da prática do exercício físico", sob a orientação da Professora Doutora Túlia Maia Cabrita, tem como principal objetivo reconhecer o impacto da prática de atividade física no bem-estar, autoestima e solidão na população idosa.

Venho por este meio solicitar-lhe a sua livre participação nesta investigação, que contará com a aplicação de um conjunto de questionários, como um questionário sociodemográfico, um questionário relativo à prática de atividade física e três relativos ao bem-estar, autoestima e solidão. Os participantes devem ter idade superior a 55 anos de idade. O seu contributo é fundamental para aprofundar o conhecimento científico nesta área.

Este projeto foi desenvolvido segundo as diretrizes éticas presentes na Declaração de Helsínquia, onde os dados recolhidos serão anónimos, codificados e armazenados numa entidade de acesso restrito, destinando-se exclusivamente para fins de investigação. Com este trabalho não se pretende avaliá-lo, apenas recolher um conjunto de dados que permitam compreender melhor a temática em estudo.

A participação é voluntária podendo ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, e é livre de não participar sem ter de dar qualquer justificação e sem que com isso tenha qualquer prejuízo ou inconveniente.

Em caso de dúvida, poderá entrar em contacto através do seguinte endereço de e-

mail: 11112320@lis.ulusiada.pt

Agradeço a colaboração,

Beatriz Gonçalves

Declaro ter sido informado e sinto-me esclarecido sobre os objetivos do estudo, no qual aceito participar, facultando o meu consentimento para a recolha de dados do presente trabalho de investigação.

Questionários

Questionário sociodemográfico

O presente questionário destina-se à recolha de dados sociodemográficos. Por favor, responda às seguintes questões de acordo com a sua situação atual.

1. Qual a sua idade? _____ anos

2. Qual o seu sexo?

() Feminino

() Masculino

3. Qual a sua situação conjugal?

() Solteiro(a)

() Solteiro(a) c/ parceiro(a)

() União de Facto/ Casado(a)

() Separado(a)

() Separado(a) c/ parceiro(a)

() Divorciado(a)

() Divorciado(a) c/ parceiro (a)

() Viúvo(a)

() Viúvo(a) c/ parceiro(a)

4. Tem filhos?

() Sim

() Não

5. Quais são as suas habilitações literárias?

() Não frequentou o sistema de ensino formal

() 1º ciclo do ensino básico (1º ao 4º ano)

() 2º ciclo do ensino básico (5º ao 6º ano)

() 3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano)

() Ensino secundário (10º ao 12º ano)

() Ensino superior

6. Qual é a sua ocupação profissional atualmente?

() Atividade profissional ativa

() Desempregado(a)

() Reformado(a)

() Reformado(a) com atividade profissional ativa

7. Qual é ou qual foi a sua profissão principal? _____

8. Qual é a sua nacionalidade? _____

9. Reside em que distrito? _____

10. Com quem reside atualmente?

() Familiar(es) dependente(s)

() Marido/Esposa

() Filho(s)

() Outro(s) familiar(es)

11. Tem algum tipo de apoio?

() Higiene

() Limpeza doméstica

() Alimentação

() Outro(a). Qual/Quais?

12. Atividades do seu interesse. (pode assinalar mais do que uma opção)

() Leitura

() Jardinagem

() Passeios/Viagens

() Centros de convívio

() Caminhadas

() Cuidar de familiares/amigos

() Outras. Quais?

13. Sofre de alguma doença crónica ou deficiência física grave?

() Sim. Qual?

() Não

14. Como avalia o seu estado de saúde?

() 1 - (Muito bom)

() 2

() 3

() 4

() 5 - (Muito mau)

15. Sofre de alguma doença neurocognitiva ou perturbação psiquiátrica grave que o impossibilitem de praticar atividade física?

() Sim...Qual?

() Não

16. Possui alguma condição médica grave que contraindique a prática de atividade física?

() Sim...Qual?

() Não

(Nova secção) Atividade Física

A atividade física constitui "qualquer movimento produzido pelos músculos que resulte no gasto energético propositado".

Para saúde e bem-estar, a OMS recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana

17. Pratica atividade física?

() Sim

() Não