

A INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

(2009)

Jorge Veigas

Martinho Gonçalves

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Email:

veigasjorge@hotmail.com

RESUMO

O objectivo deste estudo transversal é compreender o impacto da prática do exercício físico nos níveis de Depressão, Ansiedade e Stress. Participaram neste estudo 207 indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e 55 anos de idade, com uma média de idades de 34,1 anos, sendo 102 sujeitos do sexo masculino e 105 do sexo feminino. Os dados foram recolhidos através de um questionário de auto-avaliação, incluindo, para além de variáveis sócio-demográficas, duas questões para a medição da prática do exercício físico (Prochaska, Sallis, e Long, 2001), e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) desenvolvida Lovibond e Lovibond (1995), adaptada à população Portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004). O nosso estudo indica que a níveis mais elevados de prática de exercício físico, estão associados níveis inferiores de Ansiedade e Depressão. Contudo, apenas a dimensão Stress apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa associada à prática de exercício físico ($r = - 0,252$; $p = 0,000$).

Palavras-chave: Exercício físico, ansiedade, depressão e stress

Este estudo visa estudar a influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress, em que o principal objectivo é verificar se a prática de exercício físico influencia os níveis das três dimensões estudadas (Ansiedade, Depressão e Stress).

Interessa, antes de mais, clarificar os conceitos de exercício físico e actividade física. Caspersen, Powel, e Christenson (1985, cit. por Ribeiro, 1998), definem actividade física como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num consumo de energias”, e exercício físico como o “movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo, executado para melhorar ou manter um ou mais componentes da boa forma física”. Existem muitos tipos e formas de exercício. O exercício pode dizer respeito a uma actividade realizada individualmente ou em grupo; b) um desporto competitivo ou uma actividade física de lazer; c) uma actividade aeróbia ou anaeróbia; d) exercício crónico ou agudo; e) pode-se referir a uma actividade desenvolvida por sujeitos que diferem na sua condição e capacidades físicas. Por tipos de exercícios físicos aeróbios entende-se “o exercício produzido com baixa intensidade num longo espaço de tempo” (American College of Sports Medicine, 1971, cit. por Ribeiro, 1988). O exercício físico anaeróbio é “o exercício produzido num espaço de tempo breve e com muita intensidade” (American College of Sports Medicine, 1971, cit. por Ribeiro, 1988).

Hoje em dia, a necessidade do aumento da qualidade de vida da população tem sido enfatizada por diversos sectores da sociedade. Apesar de ser condicionada por variados factores como, alimentação, situação sócio-económica, meio-ambiente, entre outras, a prática regular de actividades físicas também se encontra presente como meio de melhoria da qualidade de vida da população. Na revisão da literatura, constatamos que o impacto positivo do exercício físico se tem revelado eficaz, quer ao nível da saúde física, quer mental (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss, 2005). O estilo de vida activo e a prática regular de actividades físicas apresentam-se como métodos eficazes na redução dos riscos de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hipertensão arterial, bem como na obtenção de benefícios psicológicos. Entre estes pode-se mencionar o controlo de níveis de ansiedade e de stress, e a redução de estados depressivos (American College of Sports Medicine, 1998; Kesaniemi et al., 2001; Shephard, 2001; U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Segundo Craft e Landers (1998, cit. por Werneck, Filho, & Ribeiro, 2006) a relação entre exercício físico e Depressão tem sido estudada desde 1900. No período anterior à revolução industrial e tecnológica, a actividade física fazia parte das rotinas de vida das pessoas. No século XX ocorreu uma redução substancial na frequência e intensidade da actividade física, por via das facilidades decorrentes do progresso e estilos de vida mais sedentários, o que se repercutiu na saúde das pessoas. Vários estudos encontraram diferenças significativas entre o sedentarismo e a prática de exercício físico, em que níveis mais baixos de depressão, hostilidade e ansiedade são associados à prática de exercício físico, e a falta desta actividade revela ser um factor importante para o aparecimento de depressão e ansiedade. (Doynes, 1987; Francis e Carter, 1982; Scully, Kremer, Mead et. al., 1998; Jane e Lovejoy, 2001; Berger, Owen, Motl et. al., 1998, cit. por Godoy, 2002). Ao mesmo tempo, verifica-se que a actividade física é um excelente meio de descarregar ou libertar tensões, emoções e frustrações, acumuladas pelas pressões e exigências da vida moderna, fruto de sociedades fortemente competitivas. (Godoy, R., 2002). Num estudo com indivíduos que sofriam de stress pós-traumático, verificou-se que 12 sessões de exercícios físicos aeróbios foram

significativas na redução de sintomas de ansiedade. (Manger, T. & Motta, R., 2005, cit. por Araújo, S., Mello, M. & Leite, J., 2007).

Duas meta-análises na temática do exercício físico e saúde mental, divulgaram que o exercício físico é tão eficaz na diminuição da ansiedade e da depressão quanto tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos, havendo a vantagem de ser mais saudável e económico. No entanto, torna-se importante gerir a motivação e adaptar o exercício individualmente, já que vários estudos também referem a depressão e baixa motivação como factores de abandono nos programas de exercício físico (Petruzzello et al., 1991; Craft & Landers, 1998; Norvell & Belles, 1993; Raglin, Morgan & Luchsinger, 1990, cit. por Werneck, Filho, & Ribeiro, 2006).

Contudo, Becker (2000, cit. por Godoy, 2002) refere que, para se verificar efeitos substanciais do exercício físico na área emocional, é necessário praticar entre 4 e 20 semanas, tendo em conta a sua intensidade, pois o nível moderado parece ser o mais adequado. A intensidade terá de ser individualmente adaptada de forma a não ultrapassar a capacidade aeróbia máxima, pois a prática de exercício de nível severo está associado à experiência de estados afectivos negativos, bem como à produção em excesso de ácido láctico que poderá possibilitar a ocorrência de ataques de pânico em indivíduos com Transtorno de Ansiedade (Hall, Ekkakis, & Petruzzello, 2002; Araújo, Mello, & Leite, 2007). Por sua vez, Berger (1996, cit. por Werneck, Filho, & Ribeiro, 2006), propõe que o exercício físico, para a melhoria do humor, deve ser agradável, de carácter aeróbio, não competitivo, de intensidade moderada e de duração entre 20 a 40 minutos, regular durante a semana, praticada em ambientes previsíveis e espacialmente fixos. Quanto à duração, há evidências que apontam para uma maior eficiência dos exercícios de longa duração na melhoria dos estados de humor, comparativamente aos de curta duração. Nota-se alguma prudência quanto à prescrição de exercício físico como terapia, ao que deve ser de intensidade leve a moderada, num treino progressivo e controlado (Araújo, Mello, M. & Leite, 2007).

Godoy (2000), conclui que o impacto do exercício físico poderá possibilitar: a redução da ansiedade e depressão, melhorar o auto-conceito, auto-imagem e auto-estima, aumentar o vigor, melhorar a sensação de bem-estar, melhorar o humor, aumentar a capacidade de lidar com os factores psicossociais de stress e diminuir os estados de tensão. Quanto à variável sexo, na meta-análise de Werneck, Filho & Ribeiro (2006) não se encontraram diferenças significativas.

Uma vez que grande parte da população apresenta perturbações emocionais tais como a ansiedade, a depressão e o stress, é importante debruçarmo-nos no bem-estar pessoal e benefícios do exercício físico associados.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), a designação de perturbação de ansiedade abrange diferentes tipos de perturbações tais como ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, fobia especial, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação do stress pós-traumático, perturbação aguda do stress, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade secundária a

um estado físico geral. A perturbação de ansiedade generalizada é aquela que mais se relaciona com a medição efectuada pela escala da EADES-21. Neste sentido, trata-se com uma preocupação exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos ou actividades que ocorre em mais de metade dos dias, denotando dificuldade em controlar essa preocupação, em que estão associados, pelo menos, três dos seguintes sintomas: 1- agitação, nervosismo ou tensão interior; 2- fadiga fácil; 3- dificuldades de concentração; 4- irritabilidade; 5- tensão muscular; e 6- perturbações no sono; interferindo no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área da vida das pessoas. Perante esta perspectiva, a ansiedade pode ser considerada como universal, um fenómeno eminentemente humano, caracterizado por uma antecipação temerosa de um acontecimento futuro desagradável, e uma emoção experimentada pela pessoa como uma ameaça tanto física quanto psíquica que provoca uma reacção de alerta (Kaplan e Sadock, 1984, cit. por Godoy, 2002).

Numa perspectiva mais cognitiva, Andrade e Gorenstein, (1998) abordam a ansiedade numa concepção dualista, diferenciando ansiedade-traço de ansiedade-estado. De acordo com estes autores, a ansiedade-estado tem um carácter transitório, caracterizada por sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos de tensão e apreensão e por um aumento da actividade no sistema nervoso autónomo. A ansiedade-traço insere-se mais nas características da personalidade do sujeito (mais estável), ou seja, existe a tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras intensificando os estados de ansiedade.

A depressão ou perturbação depressiva major, é frequentemente indicado como um estado clínico que requer intervenção. Pode ser definido como um estado mental e físico que é caracterizado por uma mudança de humor, tornando-se infeliz, triste, desencorajado, irritável, *frio*, receoso, desanimado, sem esperança e *abatido* (Winokur, 1981). Uma pessoa deprimida caracteriza-se, fundamentalmente, pela incapacidade que o indivíduo sente para a vida em geral ou, especificamente, no seu trabalho e ambiente social e familiar, estando esta relacionada com a gravidade da depressão (Vaz Serra, 1994).

Segundo o DSM-IV-TR (2002) a perturbação depressiva major apresenta um diagnóstico com 5 das seguintes características, durante pelo menos duas semanas e que alteram o funcionamento prévio: humor depressivo, alterações de apetite, agitação ou lentificação psicomotora, desvalorização ou culpa, pensamentos recorrentes acerca da morte, perda de prazer, alterações do sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da concentração ou indecisão.

Para Wetzel (1984) a depressão pode ter causas exógenas e/ou endógenas. Este autor refere que os sintomas da depressão podem ser divididos em quatro grandes áreas de avaliação: a) Afectiva – humor disfórico; medo; ódio; culpa; desânimo e irritabilidade; b) Cognitiva – visão negativa do mundo, de si e do futuro; crenças irracionais; ideias de morte e suicídio; baixa auto estima; indecisão; lentidão cognitiva; desinteresse em actividades, pessoas e prazeres; fraca concentração e agitação cognitiva; c) Actividade Comportamental – dependência; submissão; fraca assertividade; fraca aptidão comunicacional; inactividade; aparência descuidada; lentidão

motora e respostas motoras agitadas; d) Funcionamento Físico – pouca energia; fraqueza; fadiga; insónias ou hipersónias; perda ou ganho de peso; distúrbios alimentares; indigestão; constipação; diarreia; náuseas; problemas sexuais; lentidão ou agitação de reflexos psicomotores; dores musculares e enxaquecas.

Winokur (1981) salienta a importância da “variação diurna”, indicando que durante a manhã, o indivíduo sente-se mais deprimido e desanimado, melhorando o seu sentimento até ao final do dia. Esta questão poderá ter interesse no que se refere à prática do exercício físico como meio de gerir esta perturbação.

O stress, considerado como um estado afectivo ou emocional, é utilizado para descrever um conjunto de mudanças internas que as pessoas sofrem em situações que as mesmas reconhecem como potencialmente ameaçadoras ao seu bem-estar (Keefe, 1988) e que envolve respostas fisiológicas, sentimentos subjectivos e desconforto e comportamentos observáveis (Auerbach & Gramling, 1998). No entanto, para Lipp (1984, cit. por Lipp & Tanganelli, 2002), o stress pode ser originado por fontes internas e externas, o que indica que por vezes não é o acontecimento em si que é stressante, mas a maneira como é interpretado pela pessoa, o que nos remete, por exemplo, para os esquemas cognitivos adaptativos ou inadaptativos.

Para Hans Selye (1935, cit. por Bensabat, 1987), após várias experiências efectuadas, o stress manifesta-se como um síndrome específico, sendo todavia, induzido de forma não específica. Chamou-lhe então de “Síndrome geral de adaptação”, ou seja, uma reacção fisiológica ao stress que intervém ao nível do organismo. Esta reacção comporta três fases - Alarme, Resistência e Esgotamento – sendo que os sintomas se diferenciam pelo nível de stress. Na primeira fase há uma estimulação do organismo para a sua defesa, desencadeada pelo impacto do agente stressante. Na segunda, o agente de stress não desaparece e o organismo procura recuperar a energia perdida e reparar danos causados. Na última fase, há uma diminuição da resistência no caso de o organismo não conseguir dominar e gerir o stress. Nesta fase são reveladas diferentes respostas individuais ao stress, bem como energia e capacidades de resistência diferenciadas. Neste sentido, e entendendo o indivíduo numa perspectiva monista, este reage de forma a adaptar-se à situação experienciada.

No DSM-IV-TR (2002), o factor de stress pode ser um acontecimento isolado (por exemplo, uma ruptura afectiva) ou constituído por múltiplos factores (por exemplo, graves dificuldades nos negócios). Os factores de stress podem ser recorrentes (por exemplo, associados a crises sazonais nos negócios) ou contínuos (por exemplo, habitar em zonas de alta criminalidade). Os agentes de stress podem ser divididos em três factores de origem: Psico-emocionais (ex. frustração), físicos (ex. doença somática) e biológicos (ex. má nutrição). De acordo com o ranking de Greener (1996), algumas das situações que mais favorecem a ocorrência de stress são: 1º morte do cônjuge; 2º divórcio; 3º separação marital; 4º prejuízo ou doença profissional; 5º despedimento; 6º reforma; 7º problemas sexuais; etc. Os efeitos do stress podem ser positivos, pois este produz um nível óptimo de exigência de forma a aumentar o

desempenho. Efeitos negativos do stress podem ser, por exemplo, a fadiga e tensão muscular (Everly, 1995, cit por Lipp & Tanganelli, 2002). A situação de stress pode afectar um sujeito isolado, toda a família, um grupo mais extenso ou até mesmo uma comunidade inteira (DSM-IV-TR, 2002). Os efeitos do stress excessivo e contínuo não se limitam a meras consequências na saúde do indivíduo, interferindo também na qualidade de vida e produtividade. Assim, a intervenção terá efeitos que vão muito além do próprio sujeito e revela a atenção de que é alvo na compreensão das causas e sua redução.

A concepção desenvolvida por Lazarus e Folkman (1984) defende a importância dos factores subjectivos, isto é, a maneira como um acontecimento stressante é percebido no decurso das interacções que o indivíduo desenvolve no seu contexto. De acordo com Taylor (1986, cit por Bensabat, S., 1987), o stress é um processo interactivo no qual intervêm três elementos: 1º avaliação dos acontecimentos; 2º reacção das respostas possíveis; 3º respostas efectivas.

No que concerne à dimensão stress, importa referenciar o exercício físico como um meio que facilita a adaptação a situações geradoras de stress. Neste seguimento, estratégias de coping são consideradas como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, a prática de exercício físico pode ser considerada uma estratégia de coping positiva na medida em que implica benefícios na saúde dos indivíduos.

Após o exposto anteriormente, consideramos as seguintes hipóteses de investigação neste estudo:

H1 – indivíduos mais activos na prática de exercício físico apresentam níveis significativamente inferiores de Ansiedade, Depressão e Stress.

H02 – não há diferenças significativas nas variáveis sexo, idade, local de residência, habilitações literárias, estado civil e rendimentos auferidos, quando correlacionadas com as variáveis dependentes (Ansiedade, Depressão e Stress).

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo correlacional e transversal insere-se num modelo nomotético, visto que se procura a compreensão dos padrões gerais do comportamento, com base nos pressupostos normativos. Assim, trata-se de uma investigação quasi-experimental, identificando-se com o paradigma quantitativo que apresenta uma concepção global positivista, hipotético-dedutivo e orientado para os resultados e confirmação das hipóteses propostas neste estudo.

Amostra

Este estudo contou com a participação voluntária de 207 sujeitos residentes no Distrito de Vila Real, com idades compreendidas entre os 20 e os 55 anos, com uma média de 34,1 anos de idade. Relativamente à distribuição por sexo, responderam 102 sujeitos do sexo masculino e 105 do sexo feminino. Desta amostra, 61,8% habitam em meio urbano e os restantes 38,2% em meio rural, sendo que a sua maioria está também empregada (80,7% empregados, 9,2% desempregados e 10,1% estudantes) e com rendimentos superiores a 500€ (36,2% de 0€ a 500€, 33,8% de 500€ a 1000€, 22,2% de 1000€ a 1500€, 5,3% de 1500€ a 2000€ e 2,4% com mais de 2000€ de rendimento mensal). No que concerne ao estado civil dos sujeitos inquiridos, a amostra apresenta na sua maioria sujeitos casados (55,1%), em que os sujeitos solteiros correspondem a 35,7% e divorciados a 6,8% da nossa amostra. Quanto às habilitações literárias, o maior número de sujeitos refere ter completado o ensino secundário (58%), seguido do grupo com o ensino superior (27,5%), e por fim o ensino básico com 14,5%. Considerando o exercício físico ou qualquer outra actividade que faça aumentar a pulsação e/ou transpirar: 34,8% são inactivos (0 dias de práticas de exercício físico), 40,6% insuficientemente activos (1 a 2 dias), 28,8% moderadamente activos (3 a 4 dias) e 5,8% dos sujeitos são muito activos (5 a 7 dias).

Instrumentos

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é uma adaptação da Depression Anxiety Stress Scales (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995, cit. por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), e foi aferida à população portuguesa no estudo de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, (2004), sendo composta por um questionário de auto-avaliação, num total de 21 itens (a versão original Inglesa comporta 42 itens). Na base desta escala está o modelo tripartido de Watson (1991, cit. por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) em que os sintomas de Depressão e Ansiedade se agrupam em três estruturas básicas, sendo elas: afecto negativo (com sintomas responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão), tensão somática e hiperactividade (específicas da ansiedade), e anedonia e ausência de afecto positivo (específicos da depressão).

Esta mesma escala de tipo Likert, com quatro opções de resposta, avalia três distintas dimensões, ou seja, apresenta 3 sub-escalas, sendo elas: Ansiedade, Depressão e Stress. Numa caracterização geral destas três sub-escalas, Lovibond e Lovibond (1995, cit. por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) referem o seguinte: a depressão caracteriza-se, principalmente, pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Para cada perturbação psicológica, inclui-se 7 do total dos 21 itens na respectiva escala. Cada item corresponde a uma frase afirmativa (ex. Tive dificuldades em me acalmar.) que remete para sintomas emocionais negativos, em que o sujeito identifica o seu estado emocional relativamente à sua última semana, optando pelas seguintes respostas: “Não se aplicou nada a mim”; “Aplicou-se a mim algumas vezes”; “Aplicou-se a mim muitas vezes” e “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A EADS fornece três pontuações, uma para cada sub-escala (Depressão, Ansiedade e Stress), em que a mínima é “0” e a máxima “21”. Para se obter o resultado de cada uma das sub-escalas somam-se os valores dos sete itens correspondentes. Quanto mais elevada for a pontuação mais negativos são os estados emocionais.

As perturbações depressão, ansiedade e stress, de acordo com a EADS-21, são perturbações psicológicas conceptualizadas e avaliadas em termos dimensionais e não categoriais, ou seja, são essencialmente diferenças de grau (sujeitos normais Vs sujeitos com perturbação psicológica) que vão de “normal” a “muito grave”.

Através da análise factorial e de acordo com conceitos clínicos, os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma:

Depressão – item 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; Ansiedade – item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e o Stress – item 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas sub-escalas foram utilizados os seguintes construtos:

Depressão – Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3) e Inércia (item 5).

Ansiedade – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9); Experiências subjectivas de ansiedade (itens 15 e 20).

Stress – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Facilmente agitado/chateado (item 18); Irritável/reacção exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14).

Physical Activity Measures (medição do exercício físico). Os critérios para a medição do exercício físico foram desenvolvidos por Prochaska, Sallis & Long (2001), a partir de uma

amostra de adolescentes com uma média de idades de 15, 13 e 12 anos nos respectivos estudos. Para chegar à versão final, os autores desenvolveram três estudos, sendo que o último apresentou uma escala com uma maior consistência. No primeiro estudo concluíram que as medições compostas mostraram mais confiança, no segundo que uma única escala avalia melhor o exercício físico moderado a vigoroso. Por fim, a escala correlacionou-se significativamente com os dados do acelerómetro, evidenciando valores razoáveis para a validação da escala.

Desta forma, a medição do exercício físico foi levado a cabo apenas por dois itens, em que um avalia a prática de exercício físico numa semana normal e o outro a frequência na última semana. Em ambos os itens, para a avaliação da frequência do exercício físico, definiu-se uma escala ordinal que varia entre 0 (Inactivo) e 7 (Muito activo). No entanto, convém salientar que os autores da escala pretenderam avaliar a intensidade do exercício físico moderado a vigoroso, concluindo que é recomendável a prática de exercício físico de pelo menos 60 minutos acumulados na maioria dos dias da semana.

No presente estudo, na adaptação da escala de exercício físico de Prochaska, Sallis & Long (2001), usamos a mesmo número de opções de resposta quanto à avaliação da frequência do exercício físico (0 a 7 dias por semana), mas não foi utilizado o mesmo critério para avaliar a duração do exercício físico, ou seja, não se pretendeu avaliar a passagem do exercício físico do moderado a vigoroso, mas sim diferenciar entre indivíduos inactivos e activos na prática do exercício físico e suas implicações nos níveis de ansiedade, depressão e stress. Desta forma, e de acordo com Pate, Pratt, & Blair (1995), foi utilizada a medida referência de 30 minutos, como o mínimo de duração no exercício físico moderado a intensa na maioria dos dias da semana. Desta forma, e de acordo com as definições de exercício aeróbios e anaeróbios anteriormente descritos, este estudo pretende analisar a prática de exercício físico de tipo aeróbio, como evidenciado nos exemplos referidos no item de medição do exercício físico utilizado no questionário.

PROCEDIMENTOS

Para a realização deste estudo procedeu-se à elaboração de um questionário auto-avaliativo (ver anexo A), sua aplicação numa amostra aleatória, isto é, seleccionando-se pessoas que se mostraram disponíveis para participar, garantindo a confidencialidade e anonimato dos resultados e participantes, respectivamente. Antes do preenchimento dos questionários, foi explicado aos sujeitos que o objectivo deste estudo era meramente académico, inserindo-se na disciplina de Psicologia do Exercício e da Saúde. Foi distribuído um questionário a cada sujeito que englobava a versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scales – DASS (Lovibond e Lovibond, 1995) que aqui designamos de Escala de Ansiedade Depressão e Stress - EADS-21- (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e a Physical Activity Measures de (Prochaska, Sallis & Long, 2001) que designamos por Medição da Actividade Física. Na folha de rosto do questionário foram também

recolhidos alguns dados sócio-demográficos: sexo, idade, local de residência, habilitações literárias, estado civil, situação profissional e nível de rendimentos auferidos.

RESULTADOS

Analisando o quadro 1 (em anexo B), que reporta para a análise descritiva da nossa amostra, verificamos estar perante uma distribuição não normal, uma vez que os valores de Skewness (assimetria) e Kurtosis (achatamento) não se encontram dentro do intervalo] -1,1 [. Consequentemente, utilizamos testes não paramétricos para a caracterização dos resultados. Na avaliação da consistência interna do instrumento utilizado (EADES-21) determinou-se o alpha de cronbach, o qual indica uma boa consistência da escala, visto apresentar os seguintes valores: ansiedade $\alpha = 0,771$, depressão $\alpha = 0,792$ e stress $\alpha = 0,848$.

Depois de definidos os níveis mínimos recomendados para a prática do exercício físico, verificou-se que a nossa amostra apresenta 94,2% de sujeitos que não atingem os mínimos, ao passo que apenas 5,8% de sujeitos atingem, ou seja, estamos perante uma amostra muito sedentária.

Categorizando a variável independente exercício físico em dois grupos (0= não atinge os mínimos recomendados de prática de exercício físico; 1= atinge os mínimos recomendados de prática de exercício físico) aplicou-se o Mann-Whitney Test para comparação de médias nas variáveis dependentes Ansiedade, Depressão e Stress. Com estas pontuações, observamos que quem atinge os mínimos de exercício físico recomendado apresenta médias inferiores nas variáveis ansiedade, depressão e stress, comparativamente aos que não atingem, embora a um nível estatisticamente não significativo (ver quadro 2, em anexo B). Posteriormente, e após uma re-categorização da variável independente exercício físico quanto à frequência de exercício físico durante uma semana (Inactivo = 0 dias de prática de exercício físico; Insuficientemente Activo = 0,1 a 2,0 dias de pratica de exercício físico; Moderadamente Activo = 2,1 a 4,0 dias de pratica de exercício físico e Muito Activo = 4,1 dias de pratica de exercício físico), na aplicação do teste Kruskal – Wallis, não se encontraram diferenças significativas, embora se tenha verificado que o nível moderadamente activo indica ser o mais indicado para a gestão do stress e da ansiedade, ou seja, não se torna necessário frequências elevadas de exercício físico para se observar implicações positivas nestas duas dimensões (ver quadro 3 em anexo B). Correlacionando a variável de exercício físico (resultado da média das duas questões do nosso questionário), com as nossas variáveis dependentes Ansiedade, Depressão e Stress, verificou-se, em todas elas, uma correlação negativa, em que apenas o stress evidencia diferenças estatisticamente significativas ($r = - 0,252$; $p < 0,01$) - quadro 4 (em anexo B). Estes resultados foram obtidos a partir do teste correlacional de Spearman. Os resultados indicam que a passagem de ausência de prática de exercício físico para níveis de actividade mínima e, posteriormente, a níveis moderados, está

associada a indicadores de saúde mais satisfatórios. Verificando os resultados do teste correlacional não paramétrico de Spearman encontrou-se uma forte correlação positiva entre as três dimensões da EADES-21.

Quando analisados os resultados estatísticos nas variáveis independentes sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, local de residência e rendimentos mensais auferidos e os três factores da EADES-21, não se encontraram diferenças significativas (ver quadro 5,6,7,8, 9 e 10 em anexo B).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a hipótese de que a prática de exercício físico promove a regulação dos níveis de ansiedade, depressão e stress. Assim, e depois de interpretados os dados estatísticos verificamos que estes vão de encontro à produção científica por nós consultada.

Na gestão da prática de exercício, verifica-se que a níveis moderados de exercício físico estão associados índices de ansiedade e stress razoáveis. Para os índices aceitáveis de depressão estão associadas práticas de exercício físico muito activas. Isto leva-nos a reforçar a ideia de que o exercício físico de tipo aeróbio, de intensidade moderada, poderá ser um importante meio na gestão dos transtornos analisados no nosso questionário. No nosso estudo, o resultado mais evidente obteve-se na perturbação de stress, evidenciando diferenças significativas entre os indivíduos inactivos e os moderadamente activos, em que estes pontuaram mais baixo nesta dimensão. Com isto, indicamos que, das três dimensões estudadas pela EADS-21, o exercício físico de nível moderado parece ser o mais eficaz na regulação da perturbação de stress. Isto leva-nos à formulação do exercício físico como estratégia de coping positiva.

Importa salientar os dados obtidos na variável Idade. Assim, o exercício físico poderá ter o impacto mais relevante na regulação da ansiedade e stress na população Jovem e adulta, ao passo que, na depressão a eficácia será mais relevante em pessoas com idades superiores. Seria conveniente confirmar esta hipótese em estudos subsequentes.

Um outro dado interessante refere-se ao estado civil. Nesta variável, o grupo que referiu estar em união de facto (apesar de as diferenças não serem significativas), é aquele que apresenta pontuações mais satisfatórias nas três dimensões da EADS-21. Isto poderá indicar que os níveis de comprometimento, responsabilidade, aliados à pressão social, podem influenciar positivamente a qualidade de vida das pessoas.

Apesar de a EADS-21 ter demonstrado uma boa consistência interna, quando se verificou a assimetria e o achatamento da curva na distribuição da nossa amostra, entendemos que a escala

ao não apresentar alguns itens invertidos, provocou uma maior homogeneidade nas respostas dos sujeitos inquiridos.

Numa sociedade com índices de sedentarismo elevados e taxas epidemiológicas substanciais ao nível das perturbações de ansiedade, depressão e stress, a prática de exercício físico deve ser levada em conta, dado o impacto positivo significativo que tem na saúde física e mental da população em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290.

Araújo, S., Mello, M. & Leite, J. (2007). Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2), 164-171.

Associação Psiquiátrica Americana (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4^a- ed.) (Almeida, J., trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

Auerbach, S., & Grameling, S. (1998). *Stress Management Psychological Foundations*. New Jersey: Prentice Hall.

Dunn, A., Trivedi, M., Kampert, J., Clark, C., & Chambliss, H. (2005). Exercise treatment for depression efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 1-8.

Godoy, R. (2002). Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento*, 8 (2), 7-16.

Greener, M. (1996). *The Witch? Guide to managing stress*. London: Penguin Books.

Keefe, T. (1988). Stress-coping Skills: Anounce of prevention in direct practice. *Social Casework*, 69, 475-482.

Hall, E., Ekkakis, P., & Petruzzello, S. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited. *British Journal of Health Psychology*, 7, 47-66.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lipp, M. & Tanganelli, M. (2002). Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 537-548.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lavibond e Lavibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Pate, R., Pratt, M., & Blair, S. (1995). Physiological activity and public health, a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention. *American College of Sports Medicine*, 273, 402 – 407.

Petruzzello S., Landers D., Hatfield B., Kubitz K., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. *Sports Med*, 11(3):143-82.

Prochaska, J., Sallis, J., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 155, 554-599.

Ribeiro, J. (1988). Efeitos psicológicos da actividade física. *Jornal de Psicologia*, 7, 5, 10-14.

Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Wetzel, J. (1984). *Clinical Handbook of Depression*. New York: Gardner Press.

Werneck, F., Filho, M., & Ribeiro, L. (2006). Efeitos do Exercício Físico sobre os estados de humor: uma revisão. *Revista Brasileira de Psicologia do Desporto e do Exercício*, 0, 22-54.

Winokur, G. (1981). *Depression: the facts*. Oxford: Oxford University Press.

Anexo A

QUESTIONÁRIO

Este estudo inscreve-se no programa curricular da disciplina de Psicologia do Exercício e da Saúde, do curso de Psicologia da Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro.

O questionário é anónimo, confidencial e de resposta voluntária, no entanto, para posterior análise estatística, pedimos que responda às seguintes questões:

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____(anos)

3. **Habilitações escolares:** Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior

4. **Estado Civil:** Solteiro(a) Casado(a) União de facto Viúvo(a) Divorciado(a)

5. **Local de Residência:** Rural Urbano

6. **Situação Profissional:** Empregado Desempregado Estudante

7. **Rendimentos mensais auferidos:**

0€a 500€ 500€a 1000€ 1000€a 1500€ 1500€a 2000€ +2000€

8. **Prática de Exercício Físico:**

Considerando o exercício físico como qualquer actividade que aumenta a sua pulsação, ao ponto de ficar ofegante (*respirar depressa e com dificuldade*) e/ou transpirar (*exemplos: caminhada, corrida, andar de bicicleta, entre outros deste género*):

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

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

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

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

De seguida, pede-se que leia cada uma das afirmações abaixo, e **assinale 0, 1, 2 ou 3** para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

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

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Anexo B

Quadro 1: Análise descritiva das variáveis (EADES-21)

	Média	Desvio padrão	Skewness	Kurtosis	α
Ansiedade Item 2	1,64	,730	,909	,254	
Ansiedade Item 4	1,31	,569	1,650	1,734	
Ansiedade Item 7	1,33	,654	2,060	3,894	
Ansiedade Item 9	1,46	,688	1,551	2,318	
Ansiedade Item 15	1,27	,603	2,622	7,451	
Ansiedade Item 19	1,59	,776	1,037	,079	
Ansiedade Item 20	1,41	,631	1,511	2,139	
Depressão Item 3	1,52	,696	1,145	,668	
Depressão Item 5	1,69	,690	,763	,454	
Depressão Item 10	1,37	,600	1,412	,937	
Depressão Item 13	1,71	,733	,738	-,003	
Depressão Item 16	1,36	,598	1,739	3,230	
Depressão Item 17	1,29	,558	2,010	3,908	
Depressão Item 21	1,27	,543	2,092	4,404	
Stress Item 1	1,81	,764	,804	,495	
Stress Item 6	1,91	,745	,497	-,041	
Stress Item 8	1,84	,769	,605	-,124	
Stress Item 11	1,91	,748	,573	,167	
Stress Item 12	1,97	,806	,614	,046	
Stress Item 14	1,60	,674	,865	,410	
Stress Item 18	2,07	,728	,736	,939	
Ansiedade Global	10,019	3,032	1,938	5,102	,771
Depressão Global	10,202	2,962	1,243	1,349	,792
Stress Global	13,111	3,788	,907	,766	,848

Quadro 2: Análise comparativa das variáveis por E.F. Recomendado

	Não atinge M±DP	Atinge M±DP	Z	p
Ansiedade	104,43±2,962	97,08±4,158	-,417	,677
Depressão	105,10±2,988	86,08±2,466	-1,079	,281
Stress	105,06±3,724	86,79±4,871	-1,030	,303

Quadro 3: Análise comparativa das variáveis por grupos de E.F. Final

	Inactivo M±DP	Insuficiente Activo M±DP	Moderado Activo M±DP	Muito Activo M±DP	<i>F</i>	<i>p</i>
Ansiedade	10,527±3,703	9,821±2,239	9,435±2,702	10,250±4,158	1,304	0,260
Depressão	10,430±3,227	10,381±2,882	9,641±2,738	9,416±2,466	0,992	0,340
Stress	14,041±3,843	13,059±3,486	11,692±3,599	12,500±4,871	3,504	0,005

Quadro 4: Análise correlacional entre as variáveis e E.F. Global

	<i>R</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-,089	,204
Depressão	-,129	,063
Stress	-,252**	,000

**p < 0,001

Quadro 5: Análise comparativa das variáveis por sexos

	Masculino M±DP	Feminino M±DP	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade	9,617±2,333	10,409±3,550	-1,123	,261
Depressão	10,019±2,536	10,381±3,326	-,220	,826
Stress	12,411±3,351	13,790±4,070	-2,233	,026

Quadro 6: Análise comparativa das variáveis por grupos de Idade

	20 anos M±DP	21 a 30 anos M±DP	31 a 40 anos M±DP	41 a 55 anos M±DP	<i>F</i>	<i>p</i>
Ansiedade	12,166±4,427	9,281±2,287	9,746±2,401	10,807±3,772	5,166	,002
Depressão	11,416±3,502	9,929±2,652	10,029±2,844	10,491±3,317	1,132	,337
Stress	14,000±4,451	12,408±3,631	13,000±3,817	13,929±3,707	1,968	,120

Quadro 7: Análise comparativa das variáveis por grupo de Habilitações Literárias

	Ensino Básico M±DP	Ensino Secundário M±DP	Ensino Superior M±DP	<i>F</i>	<i>P</i>
Ansiedade	10,566±3,328	10,158±3,201	9,438±2,398	1,671	,191
Depressão	10,866±2,617	10,316±3,227	9,894±2,540	,424	,655
Stress	13,866±3,692	13,141±3,902	12,649±3,583	1,025	,361

Quadro 8: Análise comparativa das variáveis por Estado Civil.

	Solteiro M±DP	Casado M±DP	União de Facto M±DP	Divorciado M±DP	F	P
Ansiedade	9,810±2,753	10,219±3,89	9,000±1,224	9,857±3,634	,480	,697
Depressão	10,418±2,828	10,017±2,935	8,600±1,341	11,142±4,016	,242	,295
Stress	12,743±3,289	13,377±3,976	10,400±2,408	13,857±4,753	1,464	,225

Quadro 9: Análise comparativa das variáveis por Local de Residência.

	Rural M±DP	Urbano M±DP	Z	p
Ansiedade	9,962±2,757	10,054±3,200	-,296	,767
Depressão	9,924±2,510	10,375±3,206	-,443	,658
Stress	13,075±3,426	13,132±4,008	-,358	,721

Quadro 10: Análise comparativa das variáveis por Rendimentos Auferidos.

	0 a 500€M±DP	500 a 1000€ M±DP	1000 a 1500€ M±DP	1500 a 2000€ M±DP	+2000€M±DP	F	P
Ans.	10,400±3,000	9,885±2,956	9,847±3,353	10,000±2,792	7,800±,836	1,037	,389
Dep.	10,706±2,985	9,928±2,830	10,065±3,186	9,727±2,533	8,800±3,033	1,070	,372
Str.	13,186±3,797	12,871±3,725	13,065±3,985	13,636±3,905	14,600±3,361	,321	,864