

Qualidade de vida e exercício físico: descrição de uma amostra na ESECS/IPL

M.^a Odília Abreu, Instituto Politécnico de Leiria

Isabel Simões Dias, Instituto Politécnico de Leiria – Núcleo de Investigação e Desenvolvimento em Educação e Centro de Investigação em Qualidade de Vida

RESUMO

A revisão da literatura de Bize, Jeffrey, Johnson e Plotnikoff (2007) revela que a maioria dos estudos conclui pela existência de uma relação direta entre prática de exercício físico e qualidade de vida. Este trabalho, de índole quantitativa, apresenta resultados preliminares que resultam da aplicação do Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) a funcionários da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais (ESECS-IPL) no ano letivo 2014/2015. Com este artigo tem-se como objetivo descrever a amostra constituída por funcionários, docentes e não docentes da ESECS, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, à sua percepção de qualidade de vida e à sua motivação para a prática de exercício físico. Os resultados revelam que os sujeitos têm uma percepção satisfatória ou boa da sua qualidade de vida e que a motivação para praticar exercício físico se enquadra, maioritariamente, na categoria “regulação identificada” (Deci & Ryan, 1985).

Palavras-chave: Qualidade de vida, exercício físico, ensino superior politécnico.

ABSTRACT

Bize, Jeffrey, Johnson and Plotnikoff (2007) systematic review shows that most studies concludes that there is a direct relationship between physical activity and quality of life. This quantitative nature work presents preliminary findings resulting from the application of Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) to employees of the School of Education and Social Sciences (ESECS-IPL) in the academic year 2014/2015. In this article we describe the sample of employees, teachers and staff of ESECS, concerning to sociodemographic variables, their perception of quality of life and their motivation for physical exercise. The results show that the subjects have a satisfactory or good perception of their quality of life and that the motivation for physical exercise falls mainly into the category “identified regulation” (Deci & Ryan, 1985).

Key words: Quality of life, exercise, polytechnic education.

INTRODUÇÃO

A organização mundial de saúde reconhece a atividade física como um dos comportamentos promotores de saúde (WHO, 2011). A este propósito, em 2011, o Instituto de Desporto de Portugal desenvolveu um trabalho de investigação com o objetivo de caracterizar os portugueses no que respeita à prática de atividade física (Baptista, Silva, Santos, Mota, Santos, Vale, Ferreira, Raimundo e Moreira, 2011). Os autores deste trabalho consideraram a definição de Caspersen, Powell & Christenson (1985) que define a atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. De acordo com este estudo, grande parte das pessoas adultas é suficientemente ativa, verificando-se, nos homens, uma prevalência de 76,7 % e nas mulheres uma prevalência de 63,7 %. “Nos homens observa-se uma diminuição da actividade física entre os 10 e os 29 anos. À excepção dos 30-34 e 50-54 anos, onde se evidencia um aumento, a tendência entre os 30 e os 64 anos é de manutenção da actividade física total, seguida de uma redução após esta idade. Nas mulheres verifica-se uma diminuição da actividade física total entre os 10 e os 17 anos com um aumento da actividade até aos 50 anos. Tal como nos homens, a actividade física evidencia uma nova diminuição a partir dos 65 anos. As mulheres apresentam sempre valores mais reduzidos de actividade física do que os homens, à excepção do período entre os 35-49 anos e os 55-59 anos.” (Batista et al, 2011, p. 118). Os mesmos autores defendem que, de acordo com os documentos orientadores da Organização Mundial da Saúde, a União Europeia e os seus Estados-membros recomendam um mínimo de 30 minutos diários de atividade física moderada para adultos e que deverá haver recolha de dados acerca da atividade física da população numa lógica de vigilância de saúde. Por outro lado, o plano nacional de saúde 2012-2016 indica que “a maioria dos portugueses nunca pratica desporto ou exercício físico (55%) e que 11% o faz raramente (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016, pp. 11).

A atividade física configura-se, assim, como um meio privilegiado de melhorar a saúde (mental e física) e pode ser motivada por uma variedade de razões (Fox, Stathi, McKenna, & Davis, 2007; Weinberg, & Gould, 2007; Ingledeu, & Markland, 2008; Ingledeu, Markland, & Ferguson, 2009). A teoria da autodeterminação de Deci & Ryan (1985) proporciona um quadro teórico explicativo que se sustenta em três forças do comportamento motivado: motivação intrínseca, extrínseca e amotivação. Estes autores postulam que a satisfação da necessidade de autonomia ou de autodeterminação (esforço individual, desejo de experiências, *locus* de controle interno), de capacidade (controlar o resultado) e de relação social (estabelecer relações, experiência de satisfação com o mundo social) leva à internalização de comportamentos motivados extrinsecamente e à adaptação comportamental (Moustaka, Vlachopoulos, Vazou, Kaperoni, & Markland, 2010).

De acordo com Calmeira e Matos (2004), este modelo assenta na(s) ideia(s) de que i) os comportamentos intrinsecamente motivados são autônomos e autodeterminados, ii) a motivação intrínseca é mantida através de sentimentos de competência e desafio e iii) o impacto motivacional das recompensas depende do seu significado funcional (i.e., terão um impacto motivacional positivo se forem percebidas pelo indivíduo como contingentes à sua competência e um impacto negativo se servirem para controlarem o comportamento) – a motivação intrínseca e extrínseca formam um contínuo onde se considera que o comportamento pode ser regulado, externa ou internamente, por vários níveis de autodeterminação.

Na perspetiva de Deci & Ryan (1985, 1991, 2008), a motivação extrínseca varia no contínuo da autodeterminação, passando por um contínuo que vai desde: i) uma regulação externa em que o comportamento é regulado por recompensas e ameaças; ii) seguida de uma regulação introjectada ou interiorizada em que a participação resulta de uma tentativa de ganhar a aprovação de outros ou evitar sentimentos de culpa; iii) de uma regulação identificada, na qual o indivíduo não se envolve pelo prazer, mas sim porque é um meio para obter determinados objetivos por si valorizados; iv) e de uma regulação integrada em que o indivíduo pratica atividade física pela importância que ela tem na realização de objetivos pessoais (Calmeira e Matos, 2004).

Quanto mais se evolui no sentido da regulação identificada e regulação intrínseca, mas fortes são os sentimentos de investimento pessoal e autonomia, que conduzirão a um maior envolvimento no exercício. Assim, condições que facilitem a satisfação das necessidades de autonomia, competência e afiliação com os mais significativos terão um impacto positivo na motivação. Pelo contrário as condições que tenham um impacto negativo nas percepções de autonomia competência e afiliação são mais prováveis de prejudicar a motivação. Assim, intenções comportamentais medidas em termos de autonomia (eu quero) prezzem melhor a prática de atividade física do que intenções medidas em termos de obrigação (eu devo).

O conceito “Qualidade de vida” é complexo e multifatorial remontando aos anos vinte a utilização do termo pela primeira vez (Pais-Ribeiro, 2009). A Organização Mundial de Saúde foi uma das primeiras organizações e entidades a tentar descrever e apresentar este construto tendo-o definido como: “(...) percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28).

A Qualidade de vida em adultos tem vindo a ser estudada no que respeita à sua relação com diversas variáveis, de entre as quais destacamos a prática de exercício físico (Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007; Vuillemin, Boini, Bertrais, Tessier, Oppert, Hercberg, Guillemin, Brianc, 2005; Brown, Balluz, Heath, Moriarty, Ford, Giles, Mokdada, 2003). Assim, a prática de exercício físico parece associar-se a uma percepção elevada de Qualidade de Vida relacionada com a saúde. De acordo com Baptista, Silva, Santos, Mota, Santos, Vale, Ferreira, Raimundo e Moreira (2011, p.127), “A actividade física, para além de reduzir os factores de risco de muitas doenças não transmissíveis, beneficia significativamente a sociedade, ao aumentar a interacção social e a participação da comunidade. A maioria da população não atinge os níveis de actividade recomendados. Deste modo, os esforços para aumentar a actividade física devem ser encarados como medidas essenciais de saúde pública pelas seguintes razões: influenciam muitos dos problemas mais frequentes na sociedade; existem provas da sua efectividade e muito poucas evidências relacionando-se como causa de algum potencial negativo; são acessíveis e pouco dispendiosos para a maioria da população; e os benefícios gerais na sociedade são tão grandes, que compensam o investimento efectuado.”

Com este trabalho, de índole quantitativa, pretende-se descrever a amostra constituída por funcionários, docentes e não docentes da ESECS, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, à sua percepção de qualidade de vida e à sua motivação para a prática de exercício físico.

MÉTODO

Amostra

Participaram neste estudo 45 funcionários da ESECS-IPL (36 mulheres, 80%; 9 homens, 20%) com escolaridade entre o 7.º e 9.º ano (4 sujeitos, 8,9%), o 10.º e o 12.º ano (7 sujeitos, 15,6%), com estudos universitários (9 sujeitos, 20%) e com formação pós-graduada (25 sujeitos, 55,6%). Profissionalmente, 4 sujeitos eram administrativos (9,3%), 2 sujeitos eram assistentes operacionais (4,7%), 1 era assistente técnico (2,3%) e outro desempregado (2,3%), 30 eram docentes (69,8%) e 5 eram técnicos superiores (11,6%). A grande maioria era do concelho de Leiria (73,3%), havendo sujeitos das Caldas da Rainha (2,2%), de Coimbra (4,4%), da Marinha Grande (4,4%), de Pombal (2,2%), de Porto Mós (4,4%) e de Soure (2,2%). Relativamente ao estado civil, 28 sujeitos eram casados (62,2%), 7 eram solteiros (15,6%), 6 divorciados (13,3%), 3 viviam em união de facto (6,7%) e um era separado (2,2%).

Instrumentos

Foram administrados a todos os participantes três instrumentos:

“Contextualização da prática do exercício físico”: este instrumento de recolha de dados, construído para este estudo, procura aceder aos dados sociodemográficos dos participantes bem como à informação acerca da prática do exercício físico (modalidades, frequência, duração) na última semana, no último ano, nos últimos 5 anos e nos últimos 20 anos. Organizado em oito itens, contempla questões fechadas e abertas.

“Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ)”: O BREQ é um instrumento de avaliação da regulação comportamental em contexto de exercício físico da autoria de Markland e Tobin. Surgindo em 2004, o BREQ-2 apresenta 19 itens, organizados em 5 subescalas: amotivação (4 itens), regulação externa (4 itens), regulação introjetada (3 itens), regulação identificada (4 itens) e motivação intrínseca (4 itens), excluindo de avaliação a regulação integrada. As respostas surgem numa escala tipo likert de 5 pontos que vai de 0 (não é verdade para mim) a 4 (muitas vezes é verdade para mim) (Moustaka et al, 2010). Para Markland e Tobin (2010, p. 93), “The BREQ-2 has been shown to have good factorial validity (...) and is a widely used measure of exercise motivation”.

O BREQ-3 segue a versão original BREQ-2 e a escala IG de Wilson, Rodgers, Loitz e Scime (2006). Incluindo 24 itens, integra 6 subescalas: amotivação (4 itens), regulação externa (4 itens), regulação introjetada (4 itens), regulação identificada (4 itens), a regulação integrada (4 itens) e motivação intrínseca (4 itens). Esta nova versão revelou propriedades psicométricas adequadas para o contexto espanhol, conforme atestam Sicilia, Sáenz-Alvarez, González-Cutre e Ferriz (2014, p. 116), “This study obtained alpha values of .83 for intrinsic motivation, .89 for integrated regulation, .77 for identified regulation, .71 for introjected regulation, .77 for external regulation, and .74 for amotivation”. Tal como a BREQ-2, as respostas surgem numa escala tipo likert de 5 pontos que vai de 0 (não é verdade para mim) a 4 (muitas vezes é verdade para mim).

“World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF): Este instrumento é uma versão abreviada do instrumento original, WHOQOL-100. Este último integra 100 questões divididas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças, pessoais/religiosidade. Ambos os instrumentos estão aferidos e validados para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006, in Vaz Serra et al., 2006; Canavarro et al, 2010). O WHOQOL-BREF é constituído por duas questões gerais acerca da perceção da qualidade de vida geral e satisfação com a saúde e por 26 itens que se organizam em torno de quatro domínios: físico, relações sociais, ambiente e psicológico. O WHOQOL-BREF tem, relativamente ao WHOQOL-100, a vantagem de reduzir a quantidade de tempo despendida, tanto por investigador como por sujeito, o que permite uma melhor adesão aos protocolos de investigação (Galesic & Bosnjak, 2009). As características psicométricas do instrumento têm revelado uma boa consistência interna (Canavarro e colaboradores (2006, in Vaz Serra et al., 2006; Canavarro et al, 2010) tendo já sido utilizado em diversos trabalhos de investigação na população portuguesa (Silva, Vaz, Areias, Vieira, Proença, Viana, Moura & Areias, 2011; Macedo, 2012).

Procedimento

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de conveniência. Contactou-se a direção da ESECS para solicitar autorização para a realização deste estudo e, com a sua anuência, deixou-se o protocolo de investigação nos gabinetes e nos cacifos dos diferentes funcionários da escola. Foram distribuídos 182 questionários, tendo havido uma taxa de retorno de 25%.

Análise de dados

O tratamento e análise estatística dos dados foram efetuados no programa SPSS (versão 21.0 para *Windows*) e incluiu procedimentos de recodificação de variáveis, nomeadamente, reorganização de variáveis nominais (por exemplo, modalidades de exercício físico) e de cálculo da pontuação dos domínios do WHOQOL-BREF e das subescalas do BREQ-3. Os resultados do WHOQOL-BREF foram convertidos para uma escala de 0 a 100 (Canavarro et al, 2006, in Vaz Serra et al., 2006; Canavarro et al, 2010). Foram, ainda, calculadas as frequências simples e as medidas de tendência central (média e desvio padrão) necessárias à descrição da amostra tendo em conta as duas variáveis selecionadas para este estudo.

Resultados

Os resultados do questionário “Contextualização da prática do exercício físico” revelaram que na última semana 48,9% da amostra praticou exercício físico duas vezes por semana (15,6%), três vezes (13,3%), uma vez (8,9%), quatro vezes (6,7%) e mais de quatro vezes (4,4%). A prática deste exercício físico teve uma duração média de 60 minutos por sessão (24,4%), 30 minutos (6,7%), 40 minutos (4,4%), 90 minutos (4,4%) ou 35, 50, 180 e 240 minutos (2,2%, respetivamente). A modalidade praticada foi, fundamentalmente, a caminhada (8,9%) e a caminhada/hidroginástica (4,4%).

No último ano, 82,2% dos sujeitos da amostra praticaram exercício físico duas vezes por semana (26,7%), uma vez por semana (17,8%), três vezes (15,6%), quatro vezes (11,1%), mais de quatro vezes (6,7%), duas vezes e meia (2,2%) ou menos de uma vez (2,2%). Esta prática teve uma duração média por sessão de 60 minutos (33,3%), 30 minutos (22,2%), 40 minutos (8,9%), 90 minutos (4,4%), 20 minutos (2,2%), 45 minutos (2,2%), 50 minutos (2,2%), 120 minutos (2,2%) e 180 minutos (2,2%). A modalidade mais praticada foi a caminhada (11,1%), logo seguida da caminhada/corrida (6,7%), da caminhada/hidroginástica (4,4%) e do futebol/corrida (trail)/ciclismo (4,4%).

Nos últimos cinco anos, 91,1% dos participantes referiram ter praticado exercício físico com uma periodicidade de duas vezes por semana (37,8%), uma vez (20%), três vezes (13,3%), menos de uma vez por semana (6,7%), quatro vezes (4,4%), duas vezes e meia (2,2%) e mais de quatro vezes (2,2%). Esta prática teve uma duração média por sessão de 60 minutos (40%), 30 minutos (20%), 45 minutos (8,9%), 50 minutos (8,9%) ou 20 minutos (2,2%). A caminhada foi a modalidade mais referida (15,6%), seguida da caminhada/corrida (4,4%), dança (4,4%), futebol (4,4%), ginástica (4,4%), hidroginástica, 4,4%) e natação (4,4%).

Nos últimos vinte anos, 77,8% dos participantes revelaram ter praticado exercício físico duas vezes por semana (40%), três vezes por semana (8,9%), uma vez (8,9%), duas vezes e meia (6,7%), mais de quatro vezes (6,7%), menos de uma vez por semana (4,4%) e quatro vezes por semana (4,4%). Cada sessão teve uma duração média de 60 minutos (37,8%), 30 minutos (11,1%), 40 minutos (6,7%), 45 minutos (6,7%), 50 minutos (6,7%), 90 minutos (4,4%) e 120 minutos (2,2%). As modalidades mais referenciadas foram a caminhada (6,7%), o futebol (4,4%) e o ginásio (4,4%).

Dos 45 participantes, 35 (77,8%) apresentam razões para interromper a prática do exercício físico, nomeadamente, 42,9% referem razões de saúde, 25,7% referem razões de agenda, 14,3% referem razões académicas e profissionais e 8,6% referem razões familiares. Vinte e quatro dos sujeitos da amostra (53,3%) apresentam razões para reiniciarem a prática do exercício físico, especificamente, 58,3% razões de saúde mental e física, 29,2% razões afetivas, 8,3% razões de agenda e, uma minoria de 4,2%, apresenta outras razões.

No que se refere à avaliação da perceção da qualidade de vida, os resultados do WHOQOL-BREF revelam que: 72,1 % da amostra percebe a sua qualidade de vida como boa ou muito boa (gráfico 1) e 76,8% está satisfeito ou muito satisfeito com a sua saúde (gráfica 2).

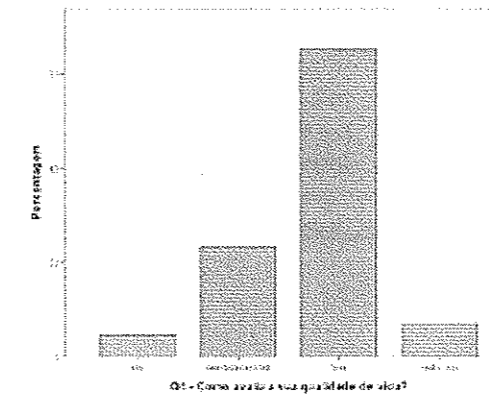


Gráfico 1 Avaliação da Qualidade de vida

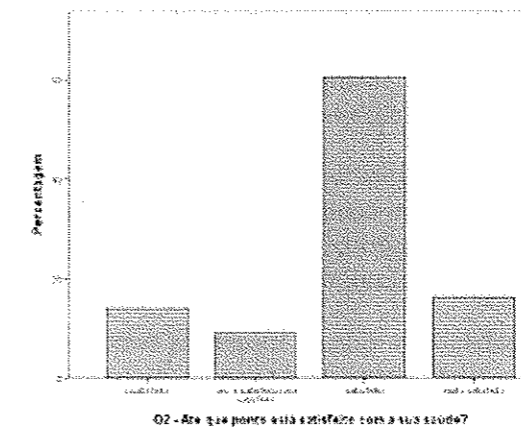


Gráfico 2 Avaliação do Grau de satisfação com a Saúde

Relativamente às 4 dimensões avaliadas pelo instrumento de medida, os sujeitos pontuam acima de 75 pontos distribuindo-se nos domínios da seguinte forma (Tabela 1):

		D. Físico	D. Psicológico	D. Relações Sociais	D. Ambiente
N	Válidos	43	41	43	43
	NR	2	4	2	2
Média		79,4684	77,8862	76,5891	73,7791
Desvio padrão		11,89941	13,45272	12,46133	11,06491
Mínimo		54,29	43,33	53,33	45,00
Máximo		97,14	96,67	100,00	95,00

Tabela 1 Distribuição dos sujeitos por domínios do WHOQOL – BREF

Os dados da tabela 1 revelam uma média = 79,47; DP=11,899 para o domínio físico; uma média= 77,886; DP=13,45 para o domínio psicológico; uma média=76,589 e um DP=12,46 no domínio das relações sociais e uma média= 73,779 e um DP= 11,06 para o domínio ambiente.

Relativamente ao instrumento BREQ-3 podemos encontrar pontuações mais baixas nas dimensões: amotivação (média=1,2; DP=0,40) e regulação externa (Média=1,19; DP=0,36). A média de pontuações mais elevada surge nas dimensões regulação identificada (média=3,93; DP=0,78), motivação intrínseca (média=3,79; DP=1,00) e regulação integrada (média=3,4; DP=1,14). A subescala regulação introjetada apresentada uma média= 2,45 e DP=0,94. (Tabela 2).

	Amotivação	Regulação externa	Regulação introjetada	Regulação identificada	Regulação integrada	Motivação intrínseca
N	45	44	45	45	45	45
NR	0	1	0	0	0	0
Média	1,2167	1,1875	2,4778	3,9278	3,4111	3,7944
Desvio padrão	,39743	,36218	,93058	,77537	1,14087	1,00466
Mínimo	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
Máximo	2,50	2,50	5,00	5,00	5,00	5,00

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho revelam valores mais baixos do que os encontrados por Batista e colaboradores (2011) no que se refere à prática de exercício físico quando consideramos a última semana. Verifique-se a este respeito que, na nossa amostra, e na última semana, cerca de 50% das pessoas afirma ter praticado exercício físico e os resultados de Batista e colaboradores (2011) apontam para números próximos de 75%. No entanto, quando consideramos o último ano, os últimos cinco, ou mesmo os últimos vinte anos, os nossos resultados revelam-se idênticos ou mesmo superiores. Esta diferença percentual pode levantar a seguinte questão: quais as razões que estarão subjacente a uma diminuição de cerca de 25% entre a afirmação da prática do exercício físico do último ano/últimos cinco anos/últimos vinte anos relativamente à última semana?

Os sujeitos da nossa amostra, ao salientarem razões de saúde mental e física para o reinício da prática do exercício físico, revelam manifestar conhecimento do valor do exercício físico da promoção da saúde (Fox, Stathi, McKenna, & Davis, 2007; Weinberg, & Gould, 2007; Ingledeu, & Markland, 2008; Ingledeu, Markland, & Ferguson, 2009; WHO, 2014).

Relativamente à perceção da qualidade de vida, os resultados evidenciam que os sujeitos percecionam a sua qualidade de vida como satisfatória. Globalmente, percecionam a sua qualidade de vida como boa, tanto em termos gerais, como nas diferentes dimensões avaliadas (físico, relações sociais, ambiente e psicológicas). Estes dados vêm ao encontro do que tem sido descrito na literatura relativamente a sujeitos adultos (Patrício, Jesus, Cruice & Hall, 2014).

Cerca de $\frac{3}{4}$ da nossa amostra revela estar satisfeito ou muito satisfeito com a sua saúde. E este respeito, e de acordo com os dados do INE/INSA (2009), a percentagem de população portuguesa residente que avalia positivamente o seu estado de saúde tem vindo a aumentar, atingindo os 53,2%. Embora não tenhamos dados anteriores a 2014 para esta amostra, a percentagem de cerca de 75% parece revelar, não um aumento, mas uma satisfação que se pode considerar boa.

Considerando os construtos apresentados por Deci e Ryan (1985), relativamente à motivação para a prática do exercício físico, e considerando os resultados apresentados anteriormente, pode-se colocar a hipótese de os sujeitos desta amostra, percecionarem a prática de exercício físico de modo auto-regulado. O facto da pontuação mais elevada no BREQ-3 surgir na dimensão regulação identificada que o indivíduo não se envolve na prática do exercício físico pelo prazer, mas sim porque é um meio para obter determinados objetivos por si valorizados (Calmeira & Matos, 2004; Moustaka *et al*, 2010). Este facto é concordante com as razões apresentadas para o reinício do exercício físico.

De acordo com Vuillemin, Boini, Bertrais, Tessier, Oppert, Herberg, Guillemin e Briancon (2005), existe uma relação positiva entre qualidade de vida e exercício físico moderado. É neste sentido que se pretende, no futuro, dar continuidade a este estudo, especificamente no que respeita à existência ou não de associação entre as diversas variáveis descritas neste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, F., Silva, A., Santos, D., Mota, J., Santos, R., Vale, S., Ferreira, J., Raimundo, A., & Moreira, H. (2011). *Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto. Livro Verde da Actividade Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Bize, R., Johnson, J., & Plotnikoff, R. (1997). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45, 401-415.
- Brown, D., Balluz, L., Heath, G., Moriarty, D., Ford, E., Giles, W., & Mokdada, A. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Preventive Medicine*, 37, 520-528.
- Calmeiro, L., & Matos, M. (2004). *Psicologia, Exercício e Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro MC, Pereira M, Moreira H, Paredes T. (2010) Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces.III*(3):243-68.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 100(2): 126-131.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, Plenum.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Diener (Ed.) Nebraska Symposium on Motivation Vol 38. *Perspectives on Motivation*, pp. 237-288. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health, *Canadian Psychology*, 48, 3, 182-185.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saude*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>
- Fox, K., Staditi, A., McKenna, J., & Davis, M. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100, 591-602.
- Galesic, M. & Bosnjak, M. (2009). Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. *Public Opinion Quarterly*, 73 (2): 349-360.
- Ingledeu, D.K. & Markland, D. (2008). The role of motives in exercise participation. *Psychology and Health*, 23, 807-828.
- Ingledeu, D.K., Markland, D., & Ferguson, E. (2009). Three levels of exercise motivation. *Applied Psychology: Health and Wellbeing*, 1, 336-355.
- Instituto Nacional de Estatística, IP., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA, 2009.
- Macedo, E. (2012). Domínio relações sociais da qualidade de vida: um foco de intervenção em pessoas com doença de humor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7 (JUN.,2012), 19-24.
- Moustaka, F.C., Vlachopoulos, S.P., Vazou, S., Kaperoni, M., & Markland, D. (2010). Initial validity evidence for the Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire - 2 among Greek exercise participants, *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 269-276.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. (pp.31-49). Alcochete: Textiverso