

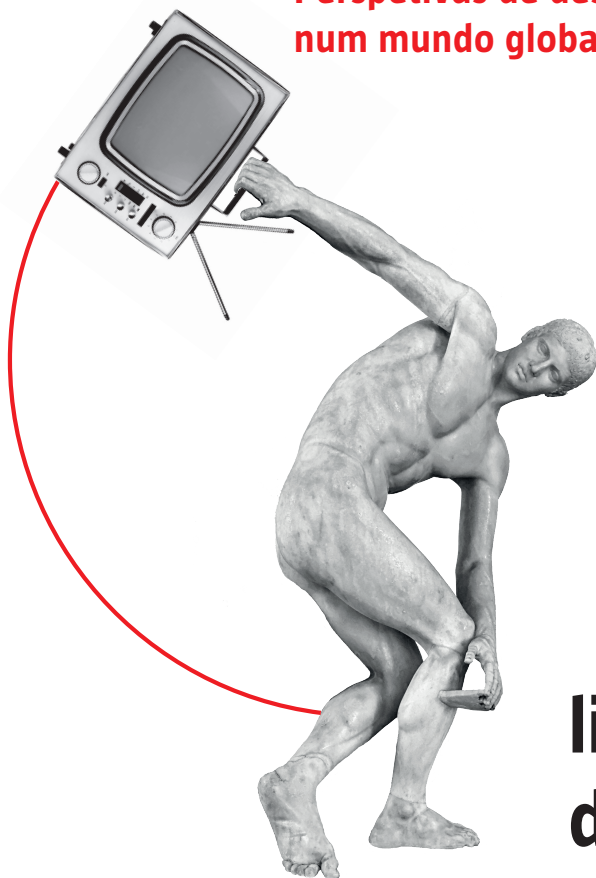
# XI

# Seminário Internacional EDUCAÇÃO FÍSICA LAZER & SAÚDE

UTC Desporto da ESE | IE, CIEC da Universidade do Minho

8 a 11 julho  
2015

Perspetivas de desenvolvimento  
num mundo globalizado



## livro de atas

**ESE** | POLITÉCNICO  
DO PORTO  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

**XI Seminário Internacional de Educação Física e Saúde  
Perspetivas de Desenvolvimento num Mundo Globalizado  
8 a 11 de julho de 2015**

**ATAS**

**Escola Superior de Educação  
Instituto Politécnico do Porto  
Porto - Portugal**

## **Ficha Técnica**

### **Título**

Livro de Atas do XI Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde

*Book of Minutes of the XI International Seminar on Physical Education, Leisure and Health*

### **Coordenadores de Edição**

Paulo Pereira, Susana Vale & António Cardoso

### **Comissão Editorial**

André Real e Jorge Araújo

### **Data**

Julho de 2015

### **ISBN**

978-972-8969-11-0

### **Edição**

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto

Rua Dr. Roberto Frias, 602 – 4200-465 Porto

### **Telefone**

225073460

### **Fax**

225073464

### **E-mail**

[ese@ese.ipp.pt](mailto:ese@ese.ipp.pt) <http://www.ese.ipp.pt>

## Índice

<i>Comissão Científica</i>	7
<i>Comissão Organizadora</i>	9
<b>Atas</b>	<b>10</b>
<b>Atividade Física e Saúde</b>	<b>11</b>
<i>Descrição do Trajeto Casa-Escola. Estudo com crianças de três Escolas Públicas</i>	12
<i>Impacto de um Programa de Atividade Física na Saúde da Grávida e do Recém-nascido</i>	22
<i>O contributo das Ciências do Desporto e Educação Física nas Atividades e Terapias Assistidas Com Cavalos</i>	30
<i>A prática de atividade física de crianças e jovens de três freguesias do concelho de Amarante</i>	39
<i>Transporte Ativo em Alunos do 5º e 6º Ano de Escolaridade, por Género, em Meio Predominantemente Rural</i>	48
<i>Relação entre Atividade Física, Prática Desportiva e Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico em Adolescentes</i>	59
<i>Transporte Ativo – Estudo Descritivo quanto ao Género e Meio Rural/Urbano em Crianças do 8º Ano</i>	67
<i>Narcisismo: A Incessante Busca pelo Corpo Perfeito, um Olhar sobre o Corpo a partir da Rede Social Instagram</i>	79
<i>Caminhar em Viana do Castelo: Perfil do Caminhante, Hábitos e Motivos</i>	86
<i>Transporte Ativo entre Casa-Escola em Vila Nova de Famalicão. Estudo de um Caso em Escola Urbana</i>	93
<i>Atividade Física e Biótipo real e idealizado em Estudantes do Ensino Superior</i>	102
<i>Caraterização da Frequência alimentar de Indivíduos com Esquizofrenia envolvidos num Programa de Atividade Física Regular</i>	108
<i>Caraterização da Frequência alimentar de Indivíduos com Esquizofrenia envolvidos num Programa de Atividade Física Regular</i>	118
<i>Tecnologias modeladoras do Corpo: Belo, sem esforço</i>	127
<i>Atividade física para indivíduos com esquizofrenia na FADEUP: Relato de experiência de um percurso de cinco anos</i>	137
<i>Análise da Composição Corporal e de Parâmetros Fisiológicos de Estudantes Portugueses e Italianos, com Práticas de Atividade Física distintas</i>	144
<i>O Deslocamento Ativo no trajeto Casa-Escola em Adolescentes de uma Escola Secundária de São Luís/MA/Brasil</i>	154
<i>Fatores de Risco para Síndrome Metabólica em Escolares: Efeitos do Treinamento Aeróbio em Diferentes Volumes e Intensidades</i>	165
<b>Formação de Professores em Educação Física e Saúde</b>	<b>172</b>
<i>Perfil de quem publica nas principais Revistas de Educação Física no Brasil</i>	173
<i>Intervenções no campo da saúde e qualidade de vida: outros conteúdos para formação em EF.</i>	182
<i>Influências do Currículo da Educação Física na construção das representações acerca das Práticas Corporais</i>	196
<i>Materiais Alternativos nas Aulas de Expressão Motora em Angola</i>	204

<i>Formar Educadores/Professores via E-Learning: Um novo Paradigma para a Educação Física?</i>	216
<i>A Qualidade de Vida do Professor de Educação Física do Ensino Básico de uma Escola Privada</i>	225
<b>Desporto e Valores Espírito Desportivo</b>	<b>234</b>
<i>A experiência vivida de atletas paralímpicos: um olhar sobre a realidade portuguesa</i>	235
<i>O Valor do Desporto na Era dos Valores de Mercado</i>	245
<i>A contribuição da Dança de Rua no Desenvolvimento do Autocontrolo Emocional</i>	253
<b>Educação Artística, Desenvolvimento e Saúde</b>	<b>259</b>
<i>Expressões Artísticas e Simbolismo do Desenho Infantil em Oncologia Pediátrica: Estudo comparativo entre Portugal e Brasil</i>	260
<i>Representações Pictográficas de Crianças: Lazer, Ritos de Passagem, nas Aflições e Outros Movimentos Simbólicos</i>	268
<b>Educação Especial, Desenvolvimento e Saúde</b>	<b>276</b>
<i>Comparação do perfil sensorial de Bebés dos 4 aos 18 meses de idade com e sem Patologias Clinicamente Diagnosticadas</i>	277
<i>Coordenação Motora, Competência percebida e Estruturação Espaciotemporal em Crianças com e sem Dificuldades de Aprendizagem</i>	284
<i>Perguntas difíceis de Crianças e as suas Necessidades Educativas atuais: Estudo Comparativo Transversal</i>	294
<b>Educação Física e Desporto</b>	<b>302</b>
<i>Xadrez no Colégio Técnico Industrial de Santa Maria: Uma Ferramenta de Socialização</i>	303
<i>O Movimento Humano, a Fenomenologia e a Educação: Entre o Mundo Vivido e o Mundo Pensado</i>	308
<i>Infância e Cultura Contemporânea: As repercussões da Mídia na Ludicidade das Crianças nas aulas de Educação Física</i>	316
<i>Veiculação em Periódicos da Produção do Conhecimento sobre Artes Marciais, Lutas e Esportes de Combate no Brasil</i>	323
<i>Rendimento Académico em função do volume de horas semanais e total de anos de prática de Atividades Físicas</i>	332
<i>Evasão nas Aulas de Educação Física no Ensino Médio na Cidade de Codó – Maranhão</i>	339
<i>Diferenças entre as Modalidades do Imagery em Praticantes masculinos de Basquetebol</i>	346
<i>Algumas Perspectivas da Aderência no Programa do Segundo Tempo</i>	353
<b>Jogo e Desenvolvimento Motor</b>	<b>366</b>
<i>Caraterização da Proficiência Motora e da Motricidade Global e Fina de Crianças do 1º Ano do 1º CEB, de acordo com o Género</i>	367
<i>Ataque rápido em futebol: T-patterns, na equipa do Real Madrid</i>	375
<i>Futebol: o pensamento tático dos jovens que praticam Desporto Escolar</i>	388
<i>A importância da reflexão e do cuidado no processo pedagógico.</i>	388
<b>Lazer, Recreação e Segurança Infantil</b>	<b>402</b>
<i>Sem Tempo para Brincar: As Crianças, os Adultos e a Tirania dos Relógios</i>	403
<i>O Desenho Animado: Brincando e Se-Movimentando</i>	411
<i>Correr por Prazer – Práticas de lazer no tempo livre das crianças e jovens</i>	418
<i>A Criança e o Brincar: Entre o Mundo Pensado e o Mundo Vivido</i>	425
<i>Desporto de Orientação: Representações de Praticantes e não Praticantes</i>	433

<b>Psicologia, Sociologia e História do Desporto</b>	<b>442</b>
<i>Linguagem da Criança</i>	443
<i>Memórias do Esporte Paralímpico no Brasil: um estudo sobre a participação de atletas brasileiros nos Jogos Paralímpicos</i>	453
<i>Lazer e Estilos de Vida: Uma Análise a partir dos Praticantes dos Desportos de Natureza em Portugal</i>	461
<b>Promoção da Saúde e Ambiente</b>	<b>479</b>
<i>Eugenia e Higiene no Discurso Médico Maranhense nas Primeiras Décadas do Século XX</i>	480
<i>Parque Lúdico SESC Itaquera – Construção de Metodologia para Mediação Educativa em Espaços Autogeridos</i>	487
<i>Impacte do Programa Educativo ‘Planear Saúde na Escola’ em dois gémeos adolescentes obesos: Um estudo de caso</i>	494
<i>Microbiologia no 1º ciclo do ensino básico: uma proposta de atividade experimental sobre higiene das mãos</i>	500
<i>Musculação e seus efeitos na imagem corporal do idoso</i>	508
<i>Obesidade em adolescentes do distrito de Vila Real e concelho de Castelo de Paiva: Influência da alimentação. Atividade física e lazer sedentário</i>	516
<b>Violência, Bullying, e Indisciplina na Escola</b>	<b>525</b>
<i>Programa de Intervenção e Educação em Saúde Antibullying (PIESA): Validação através do Método DELPHI</i>	526
<i>Prevenção do Bullying no Contexto Escolar: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção</i>	535
<i>Um Estudo Brasileiro Sobre Bullying entre Adolescentes Vitimizados</i>	545
<i>Fatores sociodemográficos e de intervenção associados a processos de vitimização na escola</i>	552
<i>Bullying Escolar: Proposta de um Programa Educativo de Intervenção mediado pelos Círculos de Cultura</i>	559
<i>Concepções sobre Bullying e implicações para a intervenção: A Perspectiva dos Estudantes</i>	566
<b>Promoção da Saúde da Pessoa Idosa</b>	<b>573</b>
<i>Caracterização do estilo de vida de crianças e idosos que partilham o mesmo ambiente institucional</i>	574
<b>Lista de Participantes</b>	<b>586</b>

## **Caracterização do estilo de vida de crianças e idosos que partilham o mesmo ambiente institucional**

Catarina Vasques; Isabel Carvalhal; Carlos Carvalho; Pedro Bezerra; Ana Matos; Eduarda Coelho

Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação, Cidesd Vila Real, Portugal; Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Cidesd Vila Real, Portugal; Instituto Superior da Maia, Cidesd Vila Real, Portugal; Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Cidesd Vila Real, Portugal

### **Resumo**

A prática de atividade física (AF) pode ser uma forma de potenciar a interação criança-idoso, e a melhoria da qualidade de vida, com benefícios para as duas gerações. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o estilo de vida de crianças e idosos que partilham o mesmo ambiente institucional.

A amostra foi constituída por 83 sujeitos, sendo 42 idosos: 23 institucionalizados ( $82,96 \pm 5,50$  anos) e 19 em centro de dia ( $78,47 \pm 6,45$ ); e 41 crianças com idades entre os 24 e os 69 meses ( $43,15 \pm 15,21$ ), que integraram o projeto Intergeracional Avós e Netos (CIDESD/UTAD). Aos idosos foram aplicados os seguintes testes: *Mini Mental State Examination*, Escala de Afetos Positivos e Negativos; Escala de Autoestima de Rosenberg, Perfil de Autoperceção Física e equilíbrio estático proposto por Bohannon. Às crianças foram aplicadas: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, *Peabody Developmental Motor Scales 2*. Como medidas antropométricas foi recolhido o peso, a estatura, % de massa gorda e perímetro da cintura e aplicado um questionário para avaliar a AF e sedentária na totalidade da amostra.

A maioria dos idosos evidenciou: (i) uma elevada prevalência de sobrepeso (57,9%) e obesidade (36,8%); (ii) níveis de AF de acordo com o recomendado (>150 minutos/semana); (iii) alterações no equilíbrio ( $\leq 20$  segundos); (iv) verificaram-se mais afetos positivos ( $30,47 \pm 4,72$ ) do que negativos ( $19,31 \pm 4,91$ ); (v) presença de défice cognitivo (36,8%). Relativamente às crianças: (i) a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 21,9%; (ii) a maioria apresentou uma classificação *Intelectualmente superior*; (iii) 26,8% excederam o tempo recomendado passado em atividades de ecrã; (iv) 85% deslocaram-se de e para a escola de automóvel; (v) somente 41,5% obtiveram uma *proficiência motora ótima* na componente da locomoção. Podemos concluir que a maioria dos idosos apresentou comprometimento em diferentes domínios: motor, biológico e cognitivo. As crianças apresentaram baixa proficiência motora e estilos de vida sedentários.

**Palavras Chave:** Estilo de vida; Crianças; Idosos; Saúde.

### **Introdução**

Na área da saúde mental, e com o avançar da idade, as demências e a depressão assumem um papel de grande destaque, (Williams & Kemper, 2010), ameaçando a independência e a qualidade de vida dos idosos (Williams & Kemper, 2010).

Vários estudos têm revelado que os idosos institucionalizados são mais suscetíveis a doenças psiquiátricas e vulneráveis à depressão (Runcan, 2012), apresentando um maior declínio cognitivo (Harmand et al., 2014), com implicações negativas ao nível da saúde (Ford, 2014). A grande maioria das instituições apresenta um ambiente empobrecido (Oliveira et al., 2014), proporcionando um

estilo de vida sedentário, responsável pelo declínio cognitivo, físico e social (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

O sedentarismo não é um problema unicamente circunscrito aos idosos, pois manifesta-se em todas as gerações. Desde a infância, as crianças apresentam um estilo de vida sedentário, elevada prevalência de obesidade, associadas a uma baixa competência motora (Zhu et al., 2011). Por outro lado, a falta de segurança na zona de residência, implica mais tempo dentro de casa a ver televisão (Burdette, Robert & Whitaker, 2005), jogar computador e vídeo jogos, atividades associadas a um comportamento mais sedentário (Roemmich, 2007), e a uma maior prevalência de obesidade (Mourão-Carvalho et al., 2007). Como revelam os resultados de uma revisão sistemática, mais de 2h de visionamento de televisão por dia estão associadas a uma redução de atividade física e aumento do índice de massa corporal (Tremblay et al., 2011).

As alterações verificadas na dinâmica familiar, decorrentes das modificações na estrutura social e económica, obrigaram as crianças a permanecerem durante muitas horas nas creches e jardim-de-infância. Algumas destas instituições são frequentadas tanto por crianças como por idosos, sendo por isso o espaço privilegiado para a promoção de relações intergeracionais.

A interação entre crianças e idosos é naturalmente prazerosa e enriquecedora para ambos, no entanto, dada a escassez dos estudos realizados, ainda estão por esclarecer os benefícios desta interação (Brandão et al., 2006).

A prática de atividade física pode ser uma forma de potenciar o contato intergeracional trazendo benefícios para ambas as gerações. A prática de atividade física regular tem sido associada a uma série de efeitos benéficos na saúde física e mental, e a inatividade considerada o quarto fator de risco para a mortalidade global (WHO, 2010).

Parece-nos, por isso, que a atividade física poderá ser um excelente meio de promover a interação criança-idoso, nos lares onde coabitam, visando a melhoria da sua qualidade de vida nos diferentes domínios.

Tendo por base estes pressupostos foi desenvolvido um projeto que foi apresentado ao Centro de Investigação em Saúde e Desenvolvimento Humano (CIDESD) que integrou, numa primeira fase, a caracterização do estilo de vida de crianças e idosos que partilhavam o mesmo ambiente institucional.

## **Metodologia**

### **Amostra**

Foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 83 sujeitos, sendo 42 idosos: 23 institucionalizados oriundos da Obra Social Padre Miguel (OSPM,  $82,96 \pm 5,50$  anos) e 19 frequentadores do centro de dia Santo Condestável (SC,  $78,47 \pm 6,45$ ); e 41 crianças do pré-escolar, com idades compreendidas entre os 24 e os 69 meses ( $43,15 \pm 15,21$ ), sendo que 15 frequentavam a OSPM, e 26 o SC, na cidade de Bragança.

### **Instrumentos e Procedimentos**

Aos idosos foram efetuadas as seguintes avaliações:

- A avaliação da função cognitiva foi realizada através do teste *Mini Mental State Examination* (MMSE), desenvolvido por Folstein et al., (1975), e adaptado à população portuguesa por Guerreiro et al., (1994). Foram estabelecidos os seguintes valores de corte: analfabetos  $\leq 15$ ; 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$ ; escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, e

Martins, 2009). Utilizando o *Alpha de Cronbach*, obteve-se o valor de 0,907, que revela uma elevada consistência interna (Tabachnick & Fidell, 1996).

- A Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) validada para a população portuguesa por Galinha & Ribeiro (2005) é constituída por 20 itens, divididos entre afetos positivos (AP) e negativos (AN). Utilizando o *Alpha de Cronbach*, para as subescalas AP e AN, obtiveram-se valores de 0,688 e 0,647 respetivamente, considerados aceitáveis.

- A avaliação da auto-estima global foi realizada através da Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), e adaptada à população portuguesa por Santos e Maia (2003). Foi obtido um valor de *Alpha de Cronbach* (0,776) que revelou uma boa consistência interna.

- A avaliação da autoestima física foi realizada através do Perfil de Autoperceção Física e traduzida e validada para a população portuguesa por Ferreira (2006), sendo utilizada a versão reduzida (18 itens). Foi calculada a consistência interna da escala, tendo sido obtido os seguintes valores: (i) Funcionalidade (0,815); (ii) Saúde Física (0,675); (iii) Competência Desportiva (0,823); (iv) Atração Corporal (0,659); (v) Força Física (0,718); (vi) Autovalorização Física (0,883).

- Para a avaliação do equilíbrio dinâmico, foi demarcado no solo, com uma fita adesiva, um corredor de 3,33 metros de comprimento e de 33,3 centímetros de largura. Foi solicitado ao indivíduo que ficasse em pé, com as pernas unidas, pouco antes do início do corredor e aquando do comando verbal, percorresse andando, com a maior velocidade possível, sem correr, o percurso demarcado. O teste foi realizado três vezes e o cronómetro acionado quando o pé do avaliado ultrapassava a linha de início. A partir dos tempos cronometrados, obteve-se a média para avaliação (Bohannon, 1994).

- A avaliação do equilíbrio estático foi realizada através do teste proposto por Bohannon (1994), no qual é solicitado ao indivíduo que se equilibre em apenas um dos pés com os olhos abertos, por um máximo de 30 segundos. São realizadas três tentativas, anotando-se o melhor resultado. Caso este se encontre entre 21 e 30 segundos não indica problema de equilíbrio, sendo considerado teste com alteração, abaixo deste limite.

Às crianças foram efetuadas as seguintes avaliações:

- As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) foram desenvolvidas por John Raven em 1947 e validadas para português por Simões (2012), sendo compostas por 36 itens. Foi calculada a consistência interna da escala através do *Alpha de Cronbach*, tendo sido obtido o valor de 0,627.

- Foi utilizada a *Peabody Developmental Motor Scales 2* (PDMS-2), para a avaliação motora (Folio & Fewell; 2000), adaptada e validada para as crianças portuguesas, em idade pré-escolar, por Saraiva, Rodrigues & Barreiros (2011). Os resultados advindos da sua aplicação são expressos em três domínios do comportamento motor, sendo eles o quociente motor fino (QMF); quociente motor grosseiro (QMG); e o quociente motor total (QMT), resultante dos dois anteriores.

- Na totalidade da amostra, como medidas antropométricas foi recolhido o peso e a estatura de todas as crianças e idosos pertencentes à amostra. O peso e a estatura foram medidos utilizando uma balança com estadiómetro, pesadas e medidas com o mínimo de roupa possível, descalças e com a cabeça posicionada em plano *Frankfort*. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado tendo em conta a fórmula:  $IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$  (Kg/m<sup>2</sup>). Para estimar a prevalência de obesidade das crianças foram utilizados os valores de corte de Cole et al. (2000) para rapazes e raparigas, de acordo com a idade e género, e para os idosos os valores de corte propostos pela OMS (2006). Foi aplicado um questionário para avaliar a AF organizada e as atividades sedentárias (horas diárias de televisão, computador e jogos eletrónicos) à semana e ao fim de semana, assim como, as horas de sono e a deslocação de e para a escola (este último item apenas para as crianças).

## Análise estatística

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Comprovou-se a normalidade das distribuições (teste Kolmogorov-Smirnov). Inicialmente foi efetuada uma análise descritiva dos dados, através das medidas de tendência central (média, valor mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão e variância), para as variáveis numéricas. Para as variáveis categóricas, utilizou-se a frequência e a percentagem. Para comparar os dois grupos de idosos das duas instituições foi utilizado o t teste para amostras independentes. O nível de significância foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

### Componente biológica nos idosos

Verificou-se uma prevalência média de cerca de 43,5% e 57,9% para a pré-obesidade e de 47,8%, e 36,8% para a obesidade, em cada grupo, OSPM e SC, respetivamente.

No respeitante ao perímetro da cintura, os dois grupos apresentaram uma média (OSPM=107,66; SC=106,00) muito superior ao estabelecido como ponto de corte.

Relativamente à % MG, ambos os grupos apresentam valores excessivos.

Tabela 1: Valores médios±desvio-padrão das variáveis antropométricas, por grupos: Obra Social Padre Miguel (OSPM) e Santo Condestável (SC).

	OSPM			SC			p
	Média ± DP	Freq.	%	Média ± DP	Freq.	%	
Estatura (cm)	152,55±8,29	-	-	154,27±8,30	-	-	0,511
Peso (kg)	70,07±13,64	-	-	71,51±9,38	-	-	0,700
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	29,94±4,34	-	-	30,14±4,07	-	-	0,882
Varição Normal	-	1	4,3	-	1	5,3	
Pré-obesidade IMC 25-29,9	-	10	43,5	-	11	57,9	
Obesidade IMC ≥ 30	-	11	47,8	-	7	36,8	
Classe I (IMC 30,0-34,9)	-	10	43,5	-	4	21,1	
Classe II (IMC 35,0-39,9)	-	-	-	-	3	15,8	
Classe III (IMC ≥ 40,0)	-	1	4,3	-	-	-	
Perímetro cintura	107,66±10,91	-	-	106,00±9,56	-	-	0,610
% Massa Gorda	38,75±6,30	-	-	37,69±7,40	-	-	0,643
Gordura Visceral	15,95±4,26	-	-	14,59±5,51	-	-	0,383

### Componente motora, cognitiva, psicológica e estilos de vida nos idosos

A totalidade da amostra evidenciou alterações no equilíbrio ( $\leq 20$  segundos, sendo que os idosos, geralmente não ultrapassam os 13 segundos).

No teste de Velocidade Máxima ao Andar, o grupo SC foi mais rápido em relação ao grupo OSPM, completando o percurso com velocidade média de 6,57 m/s comparativamente aos 7,47 m/s dos sujeitos institucionalizados, todavia não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Os resultados do MMSE indicam evidências da presença de défice cognitivo em 21,7% no grupo OSPM e de 36,8% no grupo SC. Relativamente ao PANAS os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao bem-estar. Apresentaram uma maior prevalência da emocionalidade positiva sobre a negativa, sendo tais valores mais evidentes nos idosos do SC, comparativamente aos institucionalizados.

De igual forma, também se verificaram resultados satisfatórios na Autoestima Global e Física, registando-se através das escalas aplicadas, valores elevados relativamente próximos dos máximos pontuáveis, sendo estes, todavia, mais evidentes nos idosos institucionalizados.

No que diz respeito à prática de exercício, a quase totalidade da amostra, 69,2% na OSPM e 84,2% no SC, eram praticantes regulares, no mínimo com uma frequência bissemanal, 138,75 min/semana e 166,00 min/semana, respetivamente. Os padrões de sono, tanto os da OSPM, como os do SC, encontram-se dentro dos limites de sono, de acordo com a idade.

Podemos verificar que apenas existem diferenças nas atividades de ecrã entre grupos ( $p=0,016^*$ ), ao fim de semana, apresentando os idosos do SC valores superiores. Tal tendência verificou-se igualmente à semana.

**Tabela 2:** Valores médios±desvio-padrão dos testes de equilíbrio dinâmico e estático, função cognitiva, psicológica e estilos de vida, por grupos: Obra Social Padre Miguel (OSPM) e Santo Condestável (SC).

	OSPM			SC			p
	Média+DP	Freq.	%	Média+DP	Freq.	%	
Equil. Dinâmico (seg)	7,47±2,65			6,57±3,44			0,364
Equil. Estat. M.I.D. (seg)	4,05±6,73			3,43±5,02			0,759
Equil. Estat. M.I.O (seg)	3,51±5,24			3,54±5,08			0,987
Função Cognitiva (MMSE)	24,24±5,07			21,63 ±6,32			0,107
Défice cognitivo	-	5	21,7	-	7	36,8	
Sem défice cognitivo	-	16	69,6	-	12	63,2	
<b>PANAS</b>							
AP	24,57±5,57			30,47±4,72			0,001*
NA	15,62±4,17			19,31±4,91			0,013*
Escala Autoestima	33,90±3,37			28,61±4,55			0,000*
<b>Perfil Auto P. Física</b>							
Funcionalidade	9,95±2,85			7,83±2,60			0,021*
Saúde Física	9,81±2,46			6,39±1,88			0,000*
Competência Desportiva	7,81±3,37			6,06±2,07			0,063
Atração Corporal	8,43±1,94			8,67±2,99			0,766
Força Física	8,95±3,09			6,94±1,70			0,019*
Autovalorização Física	9,14±3,15			8,50±2,60			0,496
AF Praticantes	-	16	69,6	-	16	84,2	
AF Não praticantes	-	5	21,7	-	3	15,8	
Exercício Semanal (min.)	138,75±79,66			166,00±116,12			0,450
<b>Atividades de ecrã</b>							
Semana (min.)	120,0±87,98			153,16±111,31			0,300
Fim de Semana (min.)	121,43±78,50			224,74±169,68			0,016*
Horas dormir/dia	7,81±1,63			8,11±1,49			0,558

### **Componente biológica nas crianças**

A análise dos valores do IMC revelou que a prevalência da pré-obesidade e obesidade foi de 21,9% (os valores estimam-se em 14,6% para a pré-obesidade, 7,3% para a obesidade).

Tabela 3: Análise descritiva (médias±desvio-padrão) dos dados antropométricos das crianças.

	Mín.	Máx.	Média±DP	Freq.	%
Estatura (m)	0,82	1,14	0,98±0,97		
Peso (kg)	10,90	25,50	16,32±3,86		
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	14,18	21,02	16,63±1,65		
Normoponderal	-	-	-	32	78
Sobrepeso	-	-	-	6	14,6
Obesidade	-	-	-	3	7,3
Perímetro cintura (cm)	48	67	55,84±4,39		
% Massa Gorda	17,50	33,10	23,84±3,47		

### **Componente motora, cognitiva e estilos de vida nas crianças**

Verificou-se que apenas 34,1% da amostra obteve uma classificação proficiência ótima, no teste Posturais (equilíbrio bicos de pés); e 41,5% na Locomoção (andar em linha), apresentando as restantes crianças uma baixa competência motora. Relativamente à capacidade intelectual, a totalidade da amostra apresentou uma classificação Intelectualmente superior. Os resultados demonstraram ainda que as crianças passaram diariamente 98,63 minutos à semana e 125,25 minutos ao fim de semana, em atividades de ecrã. Relativamente às horas de sono 70,6% das 41 crianças, não dormiam o número de horas suficiente, de acordo com o recomendado para a idade.

Verificou-se ainda uma predominância do uso do carro (85% das crianças) na deslocação de e para a escola.

Tabela 4: Análise descritiva (médios±desvio-padrão) dos testes motores PDMS-2, componente cognitiva e estilos de vida nas crianças.

	Min.	Máx.	Média±DP	Freq.	%
<b>Peabody – POSTURAIIS</b>					
Não executa	-	-	-	9	22,0
Proficiência mínima	-	-	-	17	41,5
Proficiência ótima	-	-	-	14	34,1
<b>Peabody – LOCOMOÇÃO</b>					
Não executa	-	-	-	8	19,5
Proficiência mínima	-	-	-	15	36,6
Proficiência ótima	-	-	-	17	41,5
<b>MPCR Resultado bruto</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>26,56±3,17</b>		
<b>Atividades de Ecrã</b>					
Semana (min.)	0	300	98,63±56,63		
Fim de semana (min.)	30	300	125,25±69,90		
Não cumprem guidelines (<2 hr)	-	-	-	11	26,8
<b>Nº de horas sono</b>	<b>8,00</b>	<b>12,00</b>	<b>9,95±1,06</b>		
<b>Meio transporte para a Escola</b>					
Carro	-	-	-	34	85
Pé	-	-	-	6	15
<b>Meio transporte para Casa</b>					
Carro	-	-	-	34	85
Pé	-	-	-	6	15

## Discussão e conclusões

O presente estudo revelou que a maioria dos idosos apresentou declínio/comprometimento em diferentes domínios: motor, biológico, cognitivo, psicológico e ao nível dos estilos de vida. Estes resultados são merecedores de atenção face ao atual panorama de envelhecimento da população, em Portugal (INE, 2012).

Analisando os dados biológicos, verificou-se que a grande maioria dos idosos da amostra evidenciou uma alarmante prevalência de obesidade (tanto geral como abdominal). Os valores do IMC, do perímetro da cintura e da % de Massa Gorda, apresentaram-se superiores aos normativos, sendo fulcral reforçar a importância de alteração dos estilos de vida destes idosos, uma vez que se encontram associados a um maior risco de desenvolvimento de patologias cardiovasculares e doenças metabólicas crónicas (DGS, 2005). Tais resultados indicam que a presente amostra apresenta uma elevada prevalência de pré-obesidade (OSPM=43,5; SC=57,9) e obesidade (OSPM=47,8; SC=36,8), neste último caso, em especial, os institucionalizados, o que vai ao encontro de outros estudos (Rauen, Moreira, Calvo & Lobo, 2008). É conveniente salientar que a prevalência da obesidade em ambientes institucionais torna-se um problema crescente, destacando

ainda que o aumento de peso para aqueles que vivem na comunidade, representa um fator de risco de admissão aos lares de idosos, (WGO, 2001), sendo uma causa relevante à fragilidade.

No respeitante às variáveis motoras, com particular evidência nos resultados das componentes de equilíbrio dinâmico e estático, foi verificado que os idosos da nossa amostra apresentaram valores médios muito inferiores comparativamente aos normativos. De acordo com diversos autores (Francisco et al., 2009; Rebelatto et al., 2008), défices de equilíbrio podem ser justificados pelo processo de senescência, encontrando-se o envelhecimento associado a uma degeneração dos sistemas de controlo postural. À luz da literatura, ressalva-se ainda a relação entre equilíbrio e o número de quedas (Rebelatto et al., 2008), sendo de realçar que a obesidade quando aliada ao sedentarismo poderá ser apontada como um fator agravante (Rebelatto et al., 2008).

No que concerne à função cognitiva, verificou-se que os idosos institucionalizados apresentaram um valor relativamente superior aos do centro de dia, todavia não se verificou uma diferença estatisticamente significativa. Os idosos institucionalizados apresentam, regra geral, resultados inferiores no MMSE comparativamente aos que vivem na comunidade, fruto da grande maioria das instituições apresentarem um ambiente empobrecido (Oliveira et al., 2014), um número reduzido de atividades cognitivas, físicas e sociais, e ao predomínio de hábitos sedentários (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

A amostra em questão revelou maior experiência de afetos positivos (humor predominante) do que negativos, sendo de salientar que aqueles que apresentaram valores superiores nos AP são os que vivem na sua própria residência/habitação, refletindo talvez uma amostra mais saudável e ativa socialmente. Relativamente à autoestima, avaliada pela Escala de Rosenberg e auto percepção física, os idosos institucionalizados, apesar de se encontrarem nesta condição, apresentaram uma autoestima elevada comparativamente aos do SC. Um possível fator explicativo para a discrepância apresentada poderá dizer respeito ao tipo de intervenção em causa, podendo as instituições em questão fomentar a prática de atividades, combatendo a solidão, visando o aumento da rede social, da autonomia, e concludentemente de uma melhor autoestima (Rodrigues, 2011).

Relativamente às atividades de ecrã, a televisão é a forma mais utilizada de combate à solidão, recaindo tal preferência mais nos idosos de domicílio, que nos institucionalizados. Apesar de estes suplantarem a necessidade de horas de sono, de acordo com a respetiva idade, com o processo de envelhecimento, observam-se alterações relativamente à qualidade do sono, sendo esta uma das queixas mais frequentes entre esta população, acordando várias vezes durante a noite, e tendo diversos momentos de excessiva sonolência diurna (Mansano-Schlosser et al., 2014).

Relativamente à prática de atividade física, através do presente estudo, verificamos que o nível de AF é mais elevado nos idosos residentes na comunidade, apresentando os institucionalizados, valores muito inferiores aos recomendados (WHO, 2010). Apesar destes fomentarem a sua prática, talvez a frequência, duração e intensidade não sejam os mais adequados às suas características.

Quando avaliámos o perfil motor das crianças, constatámos que este, apresentou uma competência motora muito pobre, sendo de realçar que somente 41,5% das mesmas, obtiveram uma *proficiência ótima*, na componente da locomoção "*andar na linha*", assim como pouco mais de 1/3, no teste de equilíbrio "*bicos de pés*", ficando aquém do esperado. Uma possível hipótese para os valores apresentados, talvez derive dos novos estilos de vida adotados, e porque não praticavam qualquer atividade desportiva orientada.

Foi também avaliada a capacidade intelectual geral, sendo que, as crianças da presente amostra foram bem-sucedidas na sua resolução, apresentando um *score intelectualmente superior*. No que diz respeito às atividades de ecrã os resultados deste estudo demonstram que 26,8 % das crianças da nossa amostra não cumprem as recomendações preconizadas nas *guidelines de Canadian Sedentary Behaviours* (Tremblay et al., 2011). Estas são assim, aparentemente, mais ativas durante a semana, despendendo em atividades de ecrã, 98,63 min, contrapondo com os 125,25 min ao fim de semana.

Na amostra estudada, os resultados encontrados relativamente à prevalência de indivíduos com pré-obesidade e obesidade foram de 21,9% (14,6% e 7,3%, respetivamente), sendo que, comparativamente a outros estudos realizados, tais valores são mais baixos. Num estudo realizado por Mourão-Carvalho et al. (2007), Portugal apresentava uma prevalência de 31,6%, considerado segundo os mesmos autores como o 2º país Europeu com maior prevalência. No respeitante à quantificação do sono, verificou-se que 70,7% das crianças não dormem o suficiente, sem que tais factos sejam reconhecidos pelos progenitores, como um problema de saúde (Klerman & Dijk, 2006).

Em suma, a sociedade contemporânea caracteriza-se assim por um excessivo sedentarismo. Um estilo de vida ativo, englobando a prática de atividade física, pode ser visto como um *“remédio natural”* e uma ferramenta eficaz para a saúde (Hallal et al., 2012). Devido ao aumento da esperança média de vida e de forma a prevenir os meios económicos e de saúde, será importante considerarmos de suma importância a urgência de novas pesquisas, devendo as mesmas concentrar esforços que sirvam de base ao desenvolvimento de futuros programas/ferramentas de intervenção que promovam hábitos de vida saudáveis desde a infância até à idade adulta tardia, tendo como principal estratégia a interação criança-idoso, visando a promoção da qualidade de vida destas duas gerações.

## Referências

- Bohannon RW. One-legged balance test times. *Percept Mot Skills*. 1994; 78 (3 Pt (1)):801.
- Brandão, L. Smith, V., Sperb, T. M. & Parente, M. A. M. (2006). Narrativas intergeracionais. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 19(1). Porto Alegre (acessível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s010279722006000100014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010279722006000100014&lang=pt)).
- Burdette, H. & Whitaker, R. (2005). A national study of neighborhood safety, outdoor play, television viewing and obesity in preschool children. *Pediatrics*, 116, 657-662.
- DGS. (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. D G S , Lisboa.
- Ferreira, P. (2006). Physical self and global self-esteem in wheelchair sport participants: A mixed method approach. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. doi: doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Folio, R. & Fewell, R. (2000). Peabody Developmental Motor Scales. Austin, TX: Pro-ed.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-f6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-f6)
- Ford, A. H. (2014). Neuropsychiatric aspects of dementia. *Maturitas*(0), 7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.005>
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). Contributions for the study of the Portuguese version of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Psychometric study. *Análise Psicológica*, 23, 219-227.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Harmand, M. G. C., Meillon, C., Rullier, L., Avila-Funes, J. A., Bergua, V., Dartigues, J. F., & Amieva, H. (2014). Cognitive Decline After Entering a Nursing Home: A 22-Year Follow-Up Study of Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly People. *Journal of the American Medical Directors Association*(0). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.006>
- Klerman, E., Dijk, D. J. (2006). Interindividual Variation in Sleep Duration and Its Association With Sleep Debt in Young Adults. *Sleep*, v.28, n.10, National Center for Biotechnology Information Publishing House, Bethesda.
- Mansano-Schlosser, T. C., Santos, A. A., Camargo-Rossignolo, S. O., Freitas, D. C. C. V., Lorenz, V. R. & Ceolim, M. F. (2014). Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. *Rev Bras Enferm*, 67(4):610-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670417>
- Mourão-Carvalho, I., Padez, C., Fernandes, T., Marques, V. & Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children, 7-9 years old. *European Journal of Public Health*, 17, 42-46.
- Oliveira, T. C. G. , Soares, F. C. , Macedo, L. D. D. , Diniz, D. L. W. P. , Bento-Torres, N. V. O. , & Picanço-Diniz, C. W. . (2014). Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation on age-related cognitive decline in long-term-care institutions. *Clin Interv Aging*, 9, 309–321. doi: 10.2147/CIA.S54383

- Pavan, F. J., Meneghel, S. N., & Junges, J. R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2187-2189. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900025>
- Rebelatto, J. R., Castro, A. P., Sako, F. K. & Aurichio, T. R. (2008). Equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos senescentes e o índice de massa corporal. *Fisioter. Mov.* 21 (3), 69-75.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Rodrigues, M. I. A. (2011). Auto-estima e qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas. Universidade Católica Portuguesa.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33(0), 109-113. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>
- Santos, J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Saraiva, L., Rodrigues, L. P., & Barreiros, J. (2011). Adaptação e Validação da versão Portuguesa Peabody Developmental Motor Scales-2: Um estudo com crianças pré-escolares. *R. da Educação Física*, 22, 511-521.
- Simões, M. R. . (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP*, 1(34), 9-33.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using Multivariate Statistics* (Harper Collins College publishers ed.).
- Tremblay, M. S., Leblanc, A. G., Janssen, I., Kho, M. E., Hicks, A., Murumets, K., Duggan, M. (2011). Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*, 36(1), 59-64; 65-71. doi: 10.1139/H11-012
- WGO. (2011). *World Gastroenterology Organisation Global Guideline: Obesidade*.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO Press, Geneva.
- Williams, K. & Kemper, S. . (2010). Exploring Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 48(5), 42–51. doi: 10.3928/02793695-20100331-03
- Zhu, Yi., Sheng, K. & Cairney, J. (2011). Obesity and motor coordination ability in Taiwanese children with and without developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 32: 801-807.