

LEANDRO CESAR DE ALMEIDA PUPO

**As influências do voleibol adaptado nos níveis de ansiedade e resiliência de
idosos ativos.**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
CAMPINAS – 2011

LEANDRO CESAR DE ALMEIDA PUPO

As influências do voleibol adaptado nos níveis de ansiedade e resiliência de idosos ativos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Bacharel em Educação Física

Orientadora: Dra. Paula Teixeira Fernandes Boaventura

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
CAMPINAS – 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR ANDRÉIA DA SILVA MANZATO – CRB8/7292
BIBLIOTECA “PROFESSOR ASDRÚBAL FERREIRA BATISTA”
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA - UNICAMP

P969i Pupo, Leandro Cesar de Almeida, 1987-
As influências do voleibol adaptado nos níveis de
ansiedade e resiliência de idosos ativos / Leandro
Cesar de Almeida Pupo. – Campinas, SP: [s.n], 2011.

Orientador: Paula Teixeira Fernandes.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de
Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Idosos. 2. Voleibol. 3. Ansiedade. 4. Resiliência. I.
Fernandes, Paula Teixeira. II. Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação Física. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The influences of adapted volleyball in anxiety levels and resilience of active elderly.

Palavras-chaves em inglês:

Elderly

Volleyball

Anxiety

Resilience

Titulação: Bacharelado em Educação Física

Banca examinadora:

Paula Teixeira Fernandes [orientador]

Olívia Cristina Ferreira Ribeiro

Data da defesa: 01-11-2011

Dedico esse trabalho ao meu avô Valdemar (*in memoriam*), por sempre ter acreditado em mim e por ter me deixado seu bem mais valioso, o exemplo de vida e dignidade.

“Para estar junto não é preciso estar perto, e sim do lado de dentro”

(Leonardo da Vinci)

*“A resistência mental para
enfrentar as dificuldades é o motor
que impulsiona a capacidade física
necessária para vencê-las.”*

(Aleixo Logan)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter me dado perseverança para seguir em frente toda vez que eu pensava em desistir!

Agradeço à minha família pelo apoio de sempre: ao meu pai, por se preocupar em adiantar o jantar para que eu não fosse para aula sem comer. À minha mãe, pelo amor, carinho e exemplo de garra e determinação. Às minhas irmãs, Tamires e Jéssica, por estarem dispostas a me ajudar, e por demonstrarem o amor que sentem por mim, até quando estou chato e irritado, pois é quando eu mais preciso. Obrigado por tudo: amo vocês demais.

Meus agradecimentos à técnica do voleibol adaptado de Nova Odessa Carine e aos voluntários da pesquisa, sem os quais a pesquisa não teria acontecido.

Meu agradecimento à minha orientadora Paula Fernandes, por não ter se espantado com minha abordagem e pedido de orientação no dia em que nos conhecemos, na primeira aula de Psicologia do Esporte. Obrigado pelo acolhimento.

Agradeço a Olívia por ter aceito o convite para banca examinadora deste trabalho, e a todos os professores da FEF por terem contribuído para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento que levarei para o resto da vida.

Agradeço também a minha primeira professora de academia, Ana Célida, que sempre me recebia com um grande sorriso e sua famosa ordem motivacional: *vai treinar seu frango!* Obrigado Ana por me mostrar que a Educação Física tem o poder de mudar a vida das pessoas, provavelmente o desejo de fazer pelas pessoas o que você fez por mim me fez optar pela Educação Física.

Aos companheiros de graduação Bruna e Cláudio, por serem sempre prestativos, pelas risadas e até discussões que sem dúvida enriqueceram e muito esses anos que compartilhamos na FEF.

Agradeço a Thais por ter confiado no meu trabalho e me dado a oportunidade de por em prática meus conhecimentos, além de me proporcionar o orgulho em dizer: sou *personal trainer*.

Como me esquecer da bixete Ana Maria e dos demais amigos da van do seu Demóstenes? Impossível! Todos foram muito importantes e com suas características próprias fizeram a diferença... Foram tantas risadas, brincadeiras e comilanças. Sentirei

muitas saudades dos trajetos à faculdade, de dizer a cada um que se formava que continuassem indo pra Unicamp só para voltar na van.

Ao Felipe por estar sempre presente, pelos conselhos ou simplesmente por me ouvir em silêncio quando não há nada a dizer ou fazer, não tenho palavras para agradecer por tudo que já fez por mim... Não poderia deixar de registrar também meu agradecimento aos amigos que o tempo não foi capaz de separar: Jonas e Anna Caroline, os irmãos que fiz questão de escolher.

Enfim agradeço a você que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuiu para realização deste trabalho, e que por uma falha minha não se viu aqui citado e a quem peço perdão e atribuo igualmente meu carinho e afeto.

PUPO, L.C.A. **As influências do voleibol adaptado nos níveis de ansiedade e resiliência de idosos ativos**. 2011. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física)- Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

RESUMO

O aumento da longevidade se configura como uma realidade mundial. O envelhecimento tem se tornado foco de estudo em diversas áreas, e o exercício físico aparece como protagonista quando se fala em melhora da qualidade de vida dos idosos, compreendendo aspectos físicos, sociais e psicológicos. No âmbito da psicologia desportiva, a literatura ainda é muito escassa quando se trata de populações idosas. Neste sentido, este estudo objetivou verificar a influência do exercício físico sistematizado, através do treinamento para o voleibol, na ansiedade e na resiliência de idosos. Para tanto, foram selecionados 23 atletas saudáveis (10 homens) com mais de 60 anos, integrantes dos times masculino e feminino de voleibol adaptado da cidade de Nova Odessa-SP. A metodologia desta investigação partiu de uma pesquisa bibliográfica para construção do referencial teórico, seguida de uma pesquisa de campo que teve como instrumentos o Inventário de Ansiedade de Beck e a Escala de Resiliência, compostos respectivamente de 21 e 25 itens, que determinam escores de ansiedade e resiliência psicológica. Os questionários foram aplicados em três momentos, no retorno das férias anuais dos atletas (fevereiro), e aos três (maio) e seis meses (agosto) após a primeira aplicação. Os resultados obtidos evidenciaram que o treinamento, ao longo dos seis meses de estudo, contribuiu de forma positiva e progressiva sobre esses aspectos psicológicos, diminuindo os índices de ansiedade e aumentando os de resiliência. Portanto, o treinamento desportivo realizado mostrou-se um importante aliado para obtenção e manutenção do bem-estar psicológico e social dos idosos. Com isso, este estudo, enriquece um pouco mais as pesquisas ainda escassas na área da psicologia esportiva direcionada a atletas idosos.

Palavras-chave: Idosos, Voleibol, Ansiedade, Resiliência.

PUPO, L.C.A. **The influences of adapted volleyball in anxiety levels and resilience of active elderly.** 2011. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física)- Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

ABSTRACT

The increased longevity is configured as a world reality. Currently, the aging process has an important study' emphasis in several areas of knowledge, and physical exercise appears as the protagonist relating to better quality of life, including physical, social and psychological areas. But, when the focus is elderly populations, there is little scientific knowledge about it. So, this study aimed to investigate the influence of physical exercise, through volleyball, in anxiety and resilience of the elderly people. We performed a survey in 23 healthy athletes (13 male), older than 60 years, which are members of the adapted volleyball of Nova Odessa-SP. The methodology initiates with a literature research to get a theoretical framework, followed by a survey with the follow instruments: Beck Anxiety Inventory and Resilience Scale, composed respectively of 21 and 25 items, which determine scores of anxiety and psychological resilience. The questionnaires were performed in three stages: in the first month of training (February); at three (May) and six months (August) after the first application. The results showed that training, over the six-months, contributed in a positive way to improve the psychological aspects: decreasing the levels of anxiety and increasing resilience scores. So, we can say that this specific sport training could help to obtain and maintain the psychological and mental well-being of elderly people. Concluding, this study enriches a research about this theme and can promote a new way to deal with this population.

Keywords: Elderly, Volleyball, Anxiety, Resilience.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Idades mínima, média e máxima dos participantes | 33 |
| Gráfico 2: Tempo de treino dos atletas em meses | 34 |
| Gráfico 3: Escolaridade dos atletas por gênero..... | 35 |
| Gráfico 4: Problemas de saúde relatados | 35 |
| Gráfico 5: Motivos para participação nos treinos | 36 |
| Gráfico 6: Outras modalidades praticadas pelos idosos | 36 |
| Gráfico 7: Ansiedade..... | 35 |
| Gráfico 8: Resiliência..... | 35 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Distribuição de frequência dos atletas por gênero e faixa etária | 33 |
| Tabela 2: Distribuição de frequência dos atletas por gênero e escolaridade | 34 |
| Tabela 3: Escores de ansiedade e resiliência nos três momentos da pesquisa..... | 37 |

LISTA DE SIGLAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ER - Escala de Resiliência

FA- Frequência Absoluta

FR- Frequência Relativa

IAB - Inventário de Ansiedade de Beck

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

SELT - Secretaria de Esporte e Lazer e Turismo

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 2.1 | ENVELHECIMENTO | 17 |
| 2.2 | VOLEIBOL ADAPTADO E OS JOGOS REGIONAIS DO IDOSO - JORI | 18 |
| 2.3 | ANSIEDADE | 20 |
| 2.3.1 | ANSIEDADE COGNITIVA E SOMÁTICA | 22 |
| 2.3.2 | ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO | 22 |
| 2.4 | RESILIÊNCIA | 24 |
| 2.5 | CORRELACIONANDO OS CONCEITOS | 26 |
| 3 | OBJETIVOS | 28 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 29 |
| 3.2 | OBJETIVO ESPECÍFICO | 29 |
| 4 | METODOLOGIA | 30 |
| a. | Sujeitos | 30 |
| b. | Aspectos éticos | 30 |
| c. | Instrumentos | 31 |
| d. | Procedimento | 32 |
| 5 | RESULTADOS | 33 |
| 6 | DISCUSSÃO | 38 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| 8 | REFERÊNCIAS | 44 |
| | ANEXO 1: Regulamento do Voleibol Adaptado | 51 |
| | ANEXO 2: TCLE - Secretário Municipal de Esportes | 53 |
| | ANEXO 3: TCLE - Atleta | 54 |
| | ANEXO 4: Carta de aprovação do CEP. | 55 |
| | ANEXO 5 : Ficha de Identificação | 57 |
| | ANEXO 6 : Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) | 58 |
| | ANEXO 7: Escala de Resiliência | 59 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial nos dias de hoje. Segundo dados do último censo realizado no Brasil (IBGE, 2010), o país segue a tendência mundial de aumento da população com 65 anos ou mais. Os dados mostram que este grupo correspondia a 4,8% da população em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. Um valor relevante de 11.774.380 habitantes considerando que o Brasil possuía um total de 190.755.799 de habitantes em 2010.

Ainda assim, o Brasil é considerado um país jovem quando comparado a países da Europa. No entanto, mudanças no comportamento sociocultural já se fazem presentes. Desta forma, epidemiologistas estimam que, em meados do ano 2025 ocuparemos a sexta posição mundial em número de idosos e a primeira posição da América Latina (SILVA, 1996).

Compreende-se por envelhecimento o fenômeno biopsicossocial que atinge o homem e sua existência na sociedade, manifestando-se em todos os domínios da vida (STOPE JUNIOR, 1994). Atualmente esse fenômeno abrange um amplo campo de pesquisas e estudos, pois o envelhecimento tem, sobretudo, uma dimensão existencial que se reveste de características biopsíquicas e socioculturais, por isso, sua análise deve ser realizada com base na dimensão biológica, sociológica e psicológica (VARGAS, 1992).

O envelhecimento biológico inicia-se imediatamente após a fecundação, visto que muitas células envelhecem, morrem e são substituídas antes mesmo do nascimento. Estudiosos do tema (ALBUQUERQUE, 1994; FRAIMAN, 1995; SANTOS, 1994) têm constatado que envelhecer é um acontecimento natural que compõe o desenvolvimento normal e integral de qualquer pessoa, sendo produto de um processo dinâmico de uma vida na qual o indivíduo se modifica incessantemente. Assim, é um processo biológico universal, pelo qual o ser humano é necessariamente levado à velhice.

O indivíduo é concomitantemente produtor e produto de uma sociedade e de sua cultura. Portanto, por estar em uma fase marcada por grandes transformações psicológicas, físicas e sociais, o idoso deve ter consciência de si enquanto ser finito, que inevitavelmente envelhece. Somente assim poderá vivenciar sua velhice com tranquilidade (NERI, 1995).

Para Bee e Mitchell (1984), a maioria dos idosos experimenta uma significativa alteração em seu cotidiano, marcada pelo início da aposentadoria e da mudança

nos papéis profissionais. Muitos apresentam modificações orgânicas, como alterações cognitivas e perceptivas, bem como transformações importantes nos relacionamentos sociais.

Byrne (2002) destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. Todavia, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 60 anos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), o problema de saúde mental mostra um severo agravamento na sociedade atual e, grande parte destes transtornos está relacionada a sintomas de estresse, como a ansiedade e a depressão. Tradicionalmente são usados, em seus tratamentos, a psicoterapia e a medicação. No entanto, uma técnica não tradicional de tratamento que tem sido bastante difundida, é a prática de exercícios físicos e esportes. Tanto um como o outro promovem uma redução significativa da ansiedade de estado e os fatores fisiológicos a ela relacionados. Estudos (SCHERES et al., 2007; SANTOS e KNIJNIK, 2006) mostram que a atividade física é uma maneira simples, eficaz e de baixo custo para diminuir sintomas de ansiedade e depressão, melhorar a qualidade de vida e a saúde de maneira geral, tanto em homens quanto em mulheres (SPIRDUSO, 2005).

Neste sentido, o exercício físico exerce um papel extremamente importante, pois leva o indivíduo a uma maior participação social, resultando em um bom nível de bem estar biopsicofísico, que contribui para a melhoria de sua qualidade de vida (CARDOSO, 1992).

Existem várias teorias que explicam a importância da atividade física na melhora da ansiedade, da depressão e do estresse. Uma delas enfatiza que durante a realização de exercício físico, ocorre liberação da endorfina e da dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico no praticante regular, que frequentemente se beneficia de um efeito relaxante pós-esforço e, em geral, consegue manter-se um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo (MARIN-NETO, 1995).

Programas de intervenção com atividade física são estratégias que podem promover de forma positiva e simultânea as habilidades dos idosos nos aspectos físicos e psicológicos relacionados à fragilidade biológica e a resiliência psicológica, respectivamente. Essas formas de intervenção no ambiente externo são consideradas fatores de proteção para aumentar a resiliência do idoso e promover seu envelhecimento saudável e feliz (LARANJEIRA, 2007).

Considerando o contexto traçado, a pesquisa no âmbito da psicologia esportiva de atletas idosos é de extrema importância não só para melhorar a performance, mas principalmente para aumentar o bem-estar físico e psicológico atuando especialmente na ansiedade e na resiliência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

O aumento da longevidade e conseqüentemente, do número de idosos, é uma realidade mundial. Este fato é hoje conseqüência de diversos fatores, como a diminuição da natalidade, o avanço e o aperfeiçoamento da medicina e da indústria farmacêutica, as melhores condições de saneamento.

Devido a estes avanços, é notável que houve uma diminuição no número de mortes por doenças infecto-contagiosas. Porém observa-se um aumento no número de mortes por doenças crônico-degenerativas, que podem estar relacionadas à má alimentação, sedentarismo, tabagismo, enfim, aos hábitos de vida dos indivíduos.

Segundo Gomes e Ferreira (1987), o processo de envelhecimento é caracterizado como um fenômeno biopsicossocial que se manifesta no homem de forma diversificada e progressiva, começando pelas células, passando pelos tecidos e órgãos. Este processo interfere no funcionamento orgânico dos indivíduos e reflete na saúde física e mental, nas atividades diárias e nas relações interpessoais.

O organismo, ao longo do tempo, naturalmente sofre um declínio de suas funções, sendo que as alterações anatômicas são as mais visíveis e manifestam-se primeiro (NETTO, 2004), tais como:

- a pele torna-se mais ressecada, quebradiça e pálida;
- os cabelos embranquecem e caem com maior frequência, não sendo mais substituídos com a mesma eficiência;
- há uma considerável perda muscular principalmente de fibras do tipo II (sarcopenia) levando à diminuição do tônus muscular;
- alterações também ocorrem quanto à composição óssea;
- as articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha provocando mudanças na postura, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar.

O sistema cardiovascular é próprio das fases adiantadas da velhice e entre as principais características, temos:

- a dilatação aórtica;
- hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a

um ligeiro aumento da pressão arterial.

Somado ao fato de terem que assumir um novo papel social, que chega com a aposentadoria, essas mudanças anatômicas e funcionais corroboram para que o idoso perceba suas limitações. Isso pode afetar seu equilíbrio psicológico e emocional e refletir em suas relações interpessoais.

Para Bee e Mitchell (1984), a maioria dos idosos experimenta uma significativa alteração em seu cotidiano com o início da aposentadoria e com a mudança dos papéis profissionais. Muitos apresentam modificações orgânicas como alterações cognitivas e perceptivas, bem como transformações importantes nos relacionamentos sociais.

Antonucci (2001) considera que as relações sociais nessa fase são permeadas mais intensamente por influências de fatores psicológicos, físicos e da saúde mental.

Diante do exposto, podemos dizer que a etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação também se caracteriza com base no ambiente cultural no qual o indivíduo está inserido, afinal condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “*a Saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas na simples ausência de doença*” (WHO, 1948, p.28).

Nesta perspectiva, são vários os estudos realizados na população idosa, que tentam demonstrar que é possível minimizar e diminuir o declínio físico, assim como o social e psicológico. Esta minimização pode ser feita através de atividades físicas sistematizadas, pois a aptidão física é de grande importância para o idoso, já que está diretamente relacionada com a independência e a autonomia, principalmente na execução das suas atividades diárias (NORMAN, 1995). Cada vez mais a sociedade, sobretudo a população idosa, começa a encarar a atividade física como forma de prevenção e manutenção da saúde (OKUMA, 1998).

2.2 VOLEIBOL ADAPTADO E OS JOGOS REGIONAIS DO IDOSO - JORI

O esporte para idosos ainda é pouco difundido e estudado. O desenvolvimento de diversas atividades para pessoas idosas, na área da educação física, tem

sido proposto, de acordo com FARIA JÚNIOR (1999, p.137), numa “*categoria conhecida como educação física adaptada*”.

Em 1997, o Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo, em parceria com a Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer (SELT) introduziram os **Jogos Regionais do Idoso – JORI**, conforme estabelece o Catálogo do Fundo Social de Solidariedade tem o objetivo de:

Reconceber a imagem do idoso em nossa sociedade e conquistar o respeito das demais gerações; sensibilizar a sociedade para novas formas de participação da pessoa idosa; proporcionar canais de comunicação, convívio social, troca de experiências entre os idosos e as demais gerações; valorizar e estimular a prática esportiva, como fator de promoção de saúde e bem estar, resgatando a auto-estima para melhor convívio social.

A proposta inicial do JORI foi caracterizada pelo esporte-participação, no qual todos os idosos estavam envolvidos. No decorrer dos anos, foram percebidas diversas alterações e atualmente, além do esporte-participação, existe o esporte-performance, com maior ênfase.

Na cidade de Nova Odessa (cidade no interior do estado de São Paulo, com uma população estimada de 55.000 habitantes), o grupo que anos mais tarde se auto-intitularia “Habilidosos” começou a se estruturar no ano de 2005 a partir de um convite recebido pelo então coordenador de esportes da cidade, Eduardo Motta, para que a cidade participasse dos JORI. Além disso, foi essencial a iniciativa de um casal de idosos que sentiram falta de atividades voltadas a esse público na cidade e, atendendo ao pedido do coordenador de esportes, passaram a procurar idosos que se interessassem pela prática de alguma modalidade esportiva, e dentre elas o voleibol adaptado.

Já no ano de 2005, os idosos participaram de algumas modalidades do JORI, como natação, damas, xadrez, dominó e atletismo, mas não conseguiram formar um time de voleibol naquele ano. Em 2006, eles iniciaram os jogos com a modalidade de voleibol adaptado. É importante ressaltar que até o ano seguinte (2007), o treino foi realizado apenas com estagiários. No ano de 2008, houve a contratação de uma professora de Educação Física especializada para trabalhar todas as modalidades esportivas voltadas aos idosos e a partir daí, os resultados obtidos pelas equipes foram cada vez melhores.

Desde sua criação, o JORI vem proporcionando várias modalidades esportivas. No entanto, atualmente, as modalidades passam por uma reestruturação das suas regras. As regras do Voleibol Adaptado à Terceira Idade encontram-se regulamentadas pela Portaria G.CEL nº 04/2011 que estabelece o Regulamento dos Jogos Regionais do Idoso. (ANEXO 1).

A implantação de programas de cuidados físicos tende a gerar impacto socioeconômico, pois graças a seus efeitos sobre a qualidade de vida, o humor e a saúde, provocam um aumento no grau de independência, reduzindo assim a demanda por serviços médicos.

Heidrich e Ryff (1993) acreditam que problemas de saúde na velhice são aliviados pelo aumento da integração social propiciadas pelo exercício físico feito em grupo. Os autores verificaram que boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e são relacionadas a altos níveis de integração social e a consequências positivas de comparação social. Os mesmos autores indicaram que mulheres com boas condições de saúde física são mais aptas a perceber o seu lugar no sistema social e manejam melhor os mecanismos de comparação social, produtos que estão associados a altos níveis de bem-estar psicológico.

Shephard (1993) relata que o exercício melhora o humor, a ansiedade e a depressão dessas pessoas. Estudos de intervenção e de observação relataram que a atividade física promove a prevenção e o tratamento de muitas doenças psiquiátricas, como por exemplo, a depressão e a psicose, e favorece o bem-estar psicológico dos idosos (WEYERER e KUPFER, 1994).

2.3 ANSIEDADE

A etiologia da palavra ansiedade provém do termo grego *anshein* e refere-se a estrangular, sufocar, oprimir. A palavra angústia, um correlato de ansiedade, tem origem no latim, *angor*, que significa opressão ou falta de ar, e *angere*, causar pânico. Ambas são palavras latinas e se originaram da expressão indogermânica *angh*, que significa estreitamento, constrição. Esses termos fazem referência à percepção subjetiva da ansiedade, sempre associada a sintomas corporais (GRAEFF, 1999).

O termo ansiedade costuma ser usado para descrever uma reação emocional, que tem sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo, preocupação e intensificação das atitudes do sistema nervoso autônomo (CÂMARA, 2005).

Para Spielberger (1979), desde antes do nascimento até ao último dia de vida, a tensão é a companheira inevitável influente de toda a natureza humana. Não podemos pensar que toda a espécie de tensão, necessariamente precisa ser evitada a fim de se reduzirem os custos psicológicos e físicos pela sua adaptação, alguma tensão, alguma ansiedade, é essencial ao sucesso da própria humanidade.

Segundo Câmara (2005), quando as pessoas interpretam uma situação tensa como perigosa ou ameaçadora, passam por uma série de mudanças fisiológicas e de comportamento, resultantes da ativação ou excitação do sistema nervoso autônomo, experimentando sensações de tensão, apreensão e preocupação, sendo a intensidade da reação proporcional à magnitude do perigo ou das ameaças percebidas, assim as reações a essas situações geradoras de tensão, são influenciadas tanto pelos perigos reais como pelas avaliações que delas o indivíduo faz. Portanto, as situações que culminam nas respostas à tensão baseiam-se nas avaliações e interpretações do indivíduo, sendo assim, algumas situações são mais susceptíveis de produzir tensão do que outras em diferentes indivíduos.

Do ponto de vista da perspectiva biológica, a ansiedade enquadra-se dentro do paradigma evolucionário, assim como o medo, e tem suas raízes nos comportamentos de defesa dos animais como resposta a perigos do seu meio ambiente, sendo uma forma de manter sua integridade física e, conseqüentemente, sua sobrevivência (GRAEFF, 1999).

A distinção entre ansiedade e medo pode ser traçada como uma reflexão filosófica. O valor verdadeiro desta distinção tornou-se recentemente óbvio, particularmente com as teorias cognitivas da ansiedade nas quais o aspecto do controle da ansiedade é também tido em consideração.

Plutinichk (1962 apud BANDEIRA, 2002) vê o medo como uma reação incondicional, com função de autoproteção, e a ansiedade como um produto das experiências e da aprendizagem. O medo é causado por um estímulo específico, a ansiedade é causada pelos processos imaginativos e de antecipação.

Numa perspectiva evolutiva, o medo é visto como um reflexo específico, como a reação de defesa e proteção dos animais, a ansiedade é vista como um complexo estado emocional, associado com o desenvolvimento de altas funções do sistema nervoso. O medo é considerado como biológico, autoproteção, mecanismo de adaptação, enquanto que a ansiedade é associada com o processo de aprendizagem e socialização (CÂMARA, 2005).

Neste sentido, podemos inferir que a ansiedade está relacionada com o medo, diferindo um conceito do outro, pela especificidade do estímulo que os provocam. O estímulo provocador de medo é específico e óbvio como, por exemplo, o medo de um

animal feroz. A ansiedade por sua vez, é uma reação mais geral, relativa a um sentimento de ameaça não clara, não objetiva. Os indivíduos com ansiedade agem com medo, e geralmente não têm consciência do estímulo provocador desse medo.

2.3.1 ANSIEDADE COGNITIVA E SOMÁTICA

A ansiedade pode se configurar como um estado emocional negativo caracterizado por nervosismo e preocupação que está associado à ativação ou agitação do corpo. Possui um componente de pensamento, denominado de ansiedade cognitiva, e um grau de ativação física percebida, definida como ansiedade somática (WEINBERG e GOULD, 2001).

Das várias perspectivas apresentadas, pode-se dizer que, desde muito cedo, pesquisadores apresentam conceitos de ansiedade de uma forma multidimensional, em detrimento a uma perspectiva de construção unidimensional (CERVELLÓ et al., 2002).

A ansiedade cognitiva é considerada como seu componente mental, causado por expectativas negativas sobre sucesso ou sobre autoavaliação negativa (MARTENS et al., 1990). De acordo com Morris e colaboradores (1981), citados por Martens, Vealey e Burton (1990), a ansiedade cognitiva é caracterizada pela consciência negativa de sensações desagradáveis sobre si próprio ou estímulos externos, tais como preocupação, distorção de imagens visuais, entre outras.

No desporto, este tipo de ansiedade manifesta-se mais comumente através de um desempenho negativo ou de uma avaliação própria negativa.

A ansiedade somática refere-se aos seus elementos psicológicos e afetivos que se desenvolvem diretamente com os estímulos autônomos. Este tipo de ansiedade se reflete em respostas físicas e fisiológicas, tais como batimento cardíaco acelerado, tremor, respiração ofegante, mãos suadas, pressão no estômago e tensão muscular (WEINBERG e GOULD, 2007).

2.3.2 ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO

Apesar de o objetivo do presente estudo não ter sido o de avaliar ansiedade traço e estado, optou-se por distingui-las, em caráter informativo.

A definição de ansiedade-traço refere-se às diferenças individuais, relativamente estáveis. São consideradas as tendências de reação à situações percebidas

como ameaçadoras que cada pessoa desenvolve a partir de suas experiências pessoais, como resíduo destas e que predisõem as futuras percepções do seu meio.

O desenvolvimento do traço de ansiedade e sua manutenção estão diretamente relacionados às experiências passadas do indivíduo, à percepção das mesmas e aos condicionamentos resultantes dessas (SPIELBERGER et al., 1979; WEINBERG e GOULD, 2001). Um alto grau de ansiedade traço pode fazer com que o indivíduo associe situações comuns com possíveis ameaças à sua integridade. Geralmente, a pessoa com elevado traço de ansiedade torna-se mais vulnerável quando avaliada por outros, apresentando baixa autoestima e autoconfiança (SPIELBERGER, 1981).

O conceito de ansiedade estado refere-se a um estado emocional transitório, em constante variação, caracterizado por sensações desagradáveis de tensão e apreensão percebidas de forma consciente pelo indivíduo, com aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. O estado de ansiedade pode variar de intensidade e flutuar no tempo (SPIELBERGER et al., 1979; WEINBERG e GOULD, 2001).

O surgimento de um estado de ansiedade envolve uma sequência de eventos internos, que podem estar relacionados a estímulos externos. Qualquer estímulo, interno ou externo, avaliado cognitivamente pelo sujeito como ameaçador evocará uma reação de ansiedade, como estado. Esta avaliação será o resultado de elementos como a objetividade da situação perigosa, os pensamentos e as lembranças suscitadas por esta situação e as habilidades de enfrentamento que o indivíduo desenvolveu em suas experiências passadas (SPIELBERGER, 1981).

Existe uma relação clara entre a manifestação da ansiedade situacional e o traço característico de cada pessoa. É esperado que pessoas com uma característica mais ansiosa, a partir de experiências vivenciadas como ameaçadoras e desagradáveis, apresentem maiores níveis de ansiedade estado em um maior número de situações, principalmente sob circunstâncias em que a capacidade pessoal é avaliada. Isso quando comparadas com pessoas que não desenvolveram de forma tão aguçada ou intensa tais características (WEINBERG e GOULD, 2001).

De maneira resumida, a ansiedade traço refere-se aos aspectos pessoais que se mantêm constantes relativamente à tendência para a ansiedade; enquanto que a ansiedade estado é caracterizada como sendo um estado emocional propenso a sentimentos desagradáveis, sendo que este estado é transitório, não sendo uma constante à pessoa (ANDRADE e GORENSTEIN, 1998).

2.4 RESILIÊNCIA

O conceito de resiliência ainda é muito recente, principalmente no âmbito das ciências humanas. Na física, resiliência é conceituada como a capacidade de resistência e ou elasticidade de um material que, após sofrer choque, tensão ou pressão, retorna a seu estado normal: a chamada flexibilidade (TAVARES, 2001).

TAVARES (2001) afirma que, na medicina, a resiliência está relacionada à capacidade de um indivíduo enfrentar uma debilitação resultante de uma doença, infecção ou intervenção, por si próprio ou com auxílio de medicação.

Na área da psicologia e sociologia, inicialmente, os estudos sobre resiliência foram direcionados à crianças, sendo que o objetivo inicial não era analisar a resiliência e sim os padrões relacionados à adaptação individual da criança em ambientes conflituosos, de crises e riscos (POLETTO e KOLLER, 2006).

Assim, resiliência remete à capacidade de um indivíduo superar, resistir, confrontar as adversidades, seja individualmente ou em grupo, mantendo seu equilíbrio inicial e readaptando-se quando necessário (TAVARES, 2001).

As pesquisas em resiliência mudaram a forma de perceber o ser humano: de um modelo de risco, baseado nas necessidades e nas doenças, passou-se a um modelo de prevenção e promoção, baseado nas potencialidades e nos recursos que o ser humano tem em si mesmo e ao seu redor (MELLILO, 2005).

É importante entender a resiliência como um processo de superação da adversidade, como responsabilidade social e política, que pode ser promovida com a participação de familiares, pesquisadores e pessoas que trabalham na área, através de programas psicossociais e serviços sociais. Dessa forma, a resiliência permite uma nova epistemologia do desenvolvimento humano, pois enfatiza seu potencial, é específico de cada cultura e faz um chamado à responsabilidade coletiva. Um enfoque em resiliência permite a promoção da qualidade de vida com um trabalho coletivo e multidisciplinar (MELLILO, 2005).

Considerando suas propriedades, a resiliência pode manifestar-se no âmbito psicológico e/ou físico.

Destacando inicialmente a resiliência psicológica, seus níveis dependem de fatores intrínsecos e extrínsecos. Fatores afetivos e sociais, por exemplo, são modificáveis na medida em que se oportunizem intervenções para atingir o objetivo de aumentar o suporte social e as relações interpessoais. Ambientes considerados “amigáveis”

são indicados para este fim, sendo estes definidos como aqueles capazes de se ajustar às competências e preferências das pessoas, dando um senso de controle, autoeficácia e de pertinência, onde o indivíduo é capaz de aperfeiçoar o máximo de suas habilidades e capacidades (GOMES, 2010).

Em relação aos aspectos físicos da resiliência, inicialmente cabe dizer que o sedentarismo pode ser considerado um fator de vulnerabilidade para a resiliência e um fator antecedente às condições de fragilidade (STRAWBRIDGE, 1998) já que a prática de atividade física funciona como fator protetor das condições negativas em aspectos físicos e psicológicos. Considerando as adaptações positivas do exercício nos aspectos anatômicos, fisiológicos e funcionais, fica clara a influência deste no aumento da resiliência física, afinal o condicionamento físico melhora a capacidade da pessoa em resistir às tensões e lutar contra possíveis enfermidades.

Perante a complexidade dos ângulos de abordagem da resiliência enquanto processo multidimensional, cada vez mais os estudos se debruçam sobre critérios particulares ligados ao tema ou referem-se a formas de expressão da resiliência estudadas em função dos diferentes contextos, interno ou externo aos sujeitos. Assim, designações variadas se desenvolvem sobre as manifestações da resiliência em função da idade dos sujeitos, do contexto ambiental, afetivo, social ou cultural (LARANJEIRA, 2007).

Porém, e apesar do entusiasmo dos últimos anos, a resiliência no idoso continua difícil de ser avaliada (WAGNILD, 2003), na medida em que a maioria das investigações está relacionada com o estudo da resiliência infantil e preocupada particularmente com os aspectos precoces que a constituem.

Neste sentido, para os idosos, a atividade física pode ser considerada um fator reforçador de resiliência. Além dos benefícios para a saúde física e mental dos mesmos, o contato do idoso com o professor e com outros alunos com acometimentos semelhantes pode trazer conforto e segurança aos participantes que, na maioria das vezes, possuem uma rede social muito restrita (CIGOLLE, 2007).

O professor de Educação Física enquanto orientador das atividades para idosos, a partir da proximidade natural que surge durante as aulas e dos tipos de movimentos executados, consegue incentivar afetos positivos e motivacionais capazes de proporcionar uma sensação de confiança e crença na superação, fatores esses associados à resiliência psicológica. Nesse sentido, é importante ressaltar, que a dependência afetiva, pode ser evitada, especialmente quando os programas de atividade física são realizados em grupos, pois há um aumento da rede social, da possibilidade de novas amizades, de trocas de

experiências, de atitudes positivas diante dos obstáculos e dos desafios dos movimentos das atividades propostas.

2.5 CORRELACIONANDO OS CONCEITOS

A atividade física é um termo usado para descrever os movimentos do corpo, produzidos pelos músculos esqueléticos, e que resultam num gasto de energia (BOUCHARD e SHEPARD, 1994). Já o exercício físico pode ser definido como uma subdimensão da atividade física, que é planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo específico de promover a aptidão física, a saúde ou o desempenho físico (BOUCHARD e SHEPARD, 1994).

A relação direta e proporcional entre exercício físico e qualidade de vida está amplamente demonstrada em estudos das diversas áreas da saúde (HEIDRICH e RYFF, 1993; WEYERER e KUPFER, 1994). Do ponto de vista psiquiátrico e psicológico, os benefícios da prática das atividades corporais e exercícios também se mostram positivos (GUSZKOWSKA, 2004). Nos principais estudos experimentais (SHEPARD, 1993; CHEIK et al., 2003) a variável ansiedade recebe atenção especial.

A ansiedade é entendida pelos investigadores da Psicologia Desportiva como o sentimento de desconforto, gerado durante e depois de passar por uma situação sentida como ameaçadora e em que há incerteza sobre o desfecho do acontecimento, como é a situação característica de uma competição (CÂMARA, 2005).

Para SINGER (1986 apud SANTOS e PERREIRA, 1997) a ansiedade é uma reação de medo de uma situação, ou uma reação de medo a uma situação. É uma tendência para perceber uma determinada situação, como ameaçadora ou como de estressora. Algumas vezes, as causas da ansiedade são conhecidas e entendidas pelos atletas, outras vezes não. Quando a competição e a performance associada tem um significado muito alto para o atleta, dentro de um determinado contexto de incerteza, é sempre possível que algum grau de ansiedade esteja presente.

Mas, sentir ansiedade não é ruim, aliás, é fundamental ao ser humano, porém pode ter efeitos negativos, quando aparece em excesso, constituindo-se como uma patologia. No que se refere à atividade física, a ansiedade é um estado emocional, com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho (ANDRADE e GORESTEIN, 1998).

A ansiedade normal é fundamental para a adaptação ao meio ambiente,

enquanto que a ansiedade patológica gera respostas desajustadas, quer em relação à sua intensidade, quer em relação à sua duração (BALLONE, 2005). Deste modo, a ansiedade apenas se constitui como uma doença, quando sentida em excesso, ao ponto de interferir negativamente no dia-a-dia da pessoa. Passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (ANDRADE e GORENSTEIN, 1998). A ansiedade é também entendida como o nervosismo associado à ativação do organismo (KRANE, 1994).

O estudo de Petruzzello e colaboradores (1991) analisou três metanálises para verificar quantitativamente a literatura de estudos que relacionavam o exercício físico com ansiedade traço, ansiedade estado e sintomas fisiológicos relacionados à ansiedade. Em todos os casos, verificou-se que o exercício aeróbio está associado à redução da ansiedade, independente de idade e condição de saúde. No que se refere à ansiedade estado, o exercício demonstrou diminuir seus sintomas, tanto quanto outros procedimentos clínicos. Para mudanças significativas ocorrerem, no que se refere à ansiedade traço, observou-se a necessidade de programas de, no mínimo, dez semanas. Os estudos não foram claros no que se refere ao tempo de exercício mínimo diário necessário para a obtenção destes benefícios.

Guszkowska (2004) também analisou metanálises de estudos que correlacionaram a prática de exercício físico com estados de ansiedade, depressão e humor e apontou efeitos positivos quanto aos benefícios do exercício para a saúde das pessoas e de populações clínicas, independentemente de sexo e idade. O estudo aponta que mesmo uma única sessão de exercícios apresenta resultados positivos para a ansiedade e depressão, e que a duração destes exercícios pode ser em torno de quinze a trinta minutos por sessão. As melhoras psicológicas incluem fatores ligados à percepção de autoeficácia, distração e dissonância cognitiva.

Um outro estudo (CHEIK et al., 2003) analisou um grupo de sujeitos ativos (indivíduos sedentários que passaram a praticar exercícios físicos regularmente) e mostrou que houve uma redução significativa nos índices de depressão, passando de depressão leve a normal. Em relação aos índices indicativos para ansiedade traço, não foram observadas alterações significativas em nenhum dos grupos. Os índices indicativos da ansiedade estado mostraram-se reduzidos, de maneira significativa, no grupo de desportistas após o período de quatro meses de participação num programa de exercício físico orientado.

No entanto, pesquisas que relacionem a prática esportiva de competição com estados psicológicos e bem estar não costumam ser produzidas com a mesma frequência que os estudos que relacionam exercício e indicadores de saúde mental. A

revisão de literatura realizada aqui trouxe indicações claras a respeito dos benefícios propiciados pela atividade física praticada com regularidade sobre a qualidade de vida de idosos. Os benefícios extrapolam os indivíduos para atingirem a comunidade em que estão inseridos, seja porque têm mais chance de serem atuantes e produtivos, seja porque oneram menos a sociedade com eventuais doenças e incapacidades.

Neste sentido, este trabalho visa justamente relacionar a prática de uma atividade física orientada, treinamento para o voleibol adaptado, com aspectos psicológicos relacionados à ansiedade e resiliência de atletas idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os níveis de ansiedade e resiliência dos atletas de vôlei adaptado, em três momentos: inicial, depois de 3 meses e depois de 6 meses.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Comparar os níveis de ansiedade e resiliência do time nos três momentos estudados.

4 METODOLOGIA

No 1º momento foi solicitada autorização do Secretário Municipal de Esportes de Nova Odessa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Secretário Municipal de Esportes) (ANEXO 2).

O delineamento desta investigação foi feito, a partir de uma pesquisa bibliográfica para construção do referencial teórico, seguida de uma pesquisa de campo, cujos métodos encontram-se abaixo descritos (itens de “a” a “d”).

a. Sujeitos

A pesquisa foi realizada com 23 atletas com idades entre 60 e 72 anos (média de idade: 64,5 anos), sendo 13 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Os atletas possuíam no momento da pesquisa entre 5 meses e 168 meses de treinamento e constituíam as equipes masculina e feminina de voleibol adaptado da cidade de Nova Odessa, no interior de São Paulo.

- Critérios de Inclusão:

Ter idade igual ou superior a sessenta anos, frequentar no mínimo duas vezes por semana os treinos de voleibol adaptado, concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - atleta) (ANEXO 3) - aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (processo 063/2011) (ANEXO 4).

- Critérios de Exclusão:

Ser analfabeto, apresentar transtornos mentais associados, não participar dos treinos de voleibol adaptado, não aceitar participar da pesquisa.

b. Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em concordância com as recomendações e requisitos da Resolução 196/96 do CNS e suas Complementares, havendo compromisso na utilização de materiais e dados coletados exclusivamente para os fins

previstos no protocolo.

Este projeto implicou em prejuízos mínimos e não produziu riscos à saúde das pessoas envolvidas. Acreditou-se não haver aspectos legais e de biossegurança que pudessem impedir a realização deste.

A participação dos sujeitos da pesquisa foi voluntária e os participantes estiveram cientes de todo o processo, inclusive da possibilidade de recusa ou desistência em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Assim os que concordaram assinaram o TCLE, no qual constava a informação de que os dados coletados estavam sob resguardo científico e sigilo profissional.

Os resultados obtidos estão à disposição de qualquer participante, familiar deste ou equipe de saúde envolvida.

c. Instrumentos

Os sujeitos que concordaram participar da pesquisa tendo assinado o TCLE, responderam a uma ficha de identificação com os dados pessoais, para fins de registro e dinamização do contato em caso de necessidade (ANEXO 5).

Além disso, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- **IAB - Inventário de Ansiedade de Beck** (ANEXO 6): Inventário composto por 21 itens de afirmações descritivas, sobre sintomas de ansiedade. Os itens são avaliados pelo sujeito numa escala de quatro pontos que refletem: 1 - levemente, 2 - não me incomodou muito, 3 - moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar e 4 - gravemente: difícil de suportar. Para cada item atribui-se um escore individual que varia de 0 a 3 pontos. O escore total é feito pela soma total dos escores individuais e pode variar entre 0 e 63. A interpretação da versão em português é a seguinte: nível mínimo, escores de 0 -10; nível leve, escores de 11 - 19; nível moderado, escores de 20 - 30 e nível grave, escores de 31 - 63 (CUNHA, 2001).

- **ER - Escala de Resiliência** (ANEXO 7): Questionário composto por 25 itens distribuídos originalmente em cinco fatores (serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e auto-suficiência); na versão brasileira os itens se agruparam em três fatores (competência pessoal, aceitação de si mesmo e da vida e competência social). Os escores variam de 25 e 175, com valores altos indicando elevada resiliência (PESCE , 2005).

d. Procedimento

Os três encontros foram realizados no local de treino dos atletas, no Ginásio Municipal de Esportes “Jaime Nércio Duarte” – Nova Odessa/SP. O treino era conduzido pela técnica Carine Piveta, dividia-se em: aquecimento, parte principal e alongamento final, com duração total de duas horas, e acontecendo três vezes por semana. No aquecimento, os atletas se deslocavam pela quadra em diferentes direções, geralmente manuseando a bola e eventualmente, trocando passes. Na parte principal, foi possível identificar o uso do método global de treinamento, com situações de jogo, porém a técnica afirmou eventualmente fazer uso de exercícios analíticos. O alongamento era geral, abrangendo todos os seguimentos, porém era dada maior ênfase para ombros, punho e membros inferiores.

O primeiro contato com o grupo ocorreu ao final das férias anuais, no mês de Fevereiro. Foram apresentadas as propostas da pesquisa e os sujeitos que aceitaram participar, assinaram o TCLE. A ficha de identificação e os questionários foram entregues e respondidos antes do início do primeiro treino do ano.

O segundo encontro ocorreu no mês de maio (três meses após o primeiro contato), desta vez os voluntários responderam apenas aos questionários, sendo que a aplicação dos mesmos ocorreu da mesma maneira, antes do início do treino.

Após seis meses do primeiro contato (agosto), os questionários foram novamente reaplicados, respeitando os mesmo parâmetros definidos anteriormente.

Vale ressaltar que nos três momentos da pesquisa alguns indivíduos por estarem sem os óculos ou por terem dificuldade para compreensão, precisaram e tiveram auxílio quanto à leitura das questões, e que esta ocorreu de forma não tendenciosa.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos através da Ficha de Identificação aplicada aos sujeitos da pesquisa serão apontados por meio de uma análise descritiva e através de gráficos e tabelas.

O grupo foi constituído de 23 sujeitos (10 mulheres e 13 homens), com idade média de 65 anos (variando de 60 a 72 anos, DP=4,65) e tempo de treino médio de 49 meses. Os resultados referentes à caracterização dos sujeitos estão mostrados nas tabelas 1 e 2 e nos gráficos numerados de 1 a 6, nos quais foi feita uma diferenciação entre homens e mulheres para efeito de melhor visualização e compreensão.

A tabela 1 mostra a caracterização do grupo de voluntários. Para isso comparou-se a quantidade de pessoas divididas por gênero, a média de idade dos voluntários e o desvio padrão da idade dos indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão e que com a assinatura do TCLE aceitaram participar desta pesquisa.

Tabela 1: Distribuição de frequência dos atletas por gênero e faixa etária

| | *FA | **FR (%) | Média de Idade (anos) | Desvio Padrão (\pm) |
|-----------------------|-----|----------|-----------------------|-------------------------|
| Sexo Masculino | 13 | 57 | 63,77 | 4,25 |
| Sexo Feminino | 10 | 43 | 65,6 | 5,17 |
| Total | 23 | 100 | 64,57 | 4,65 |

* Frequência Absoluta; **Frequência Relativa

Além dos dados da tabela acima, é importante ressaltar que, tanto no time masculino quanto no feminino, a idade mínima encontrada foi de 60 anos e a idade máxima 72 anos, sendo que a idade média encontrada foi de 64,56 anos, como mostra o gráfico 1.

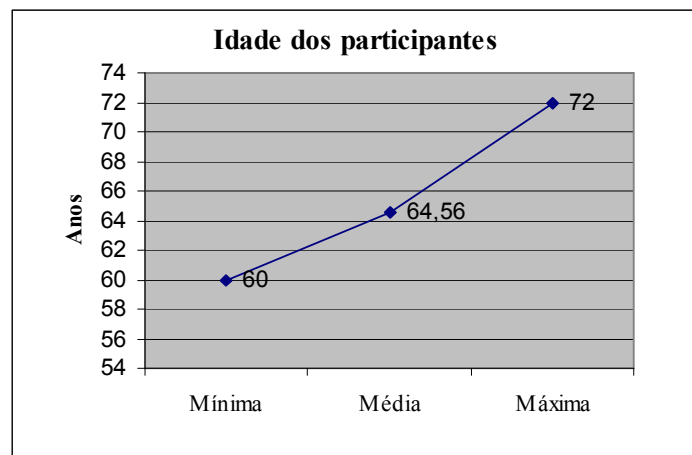


Gráfico 1: Idades mínima, média e máxima dos participantes

O gráfico 2 refere-se ao tempo de treinamento (em meses) dos voluntários

e traz os valores mínimo, médio e máximo.

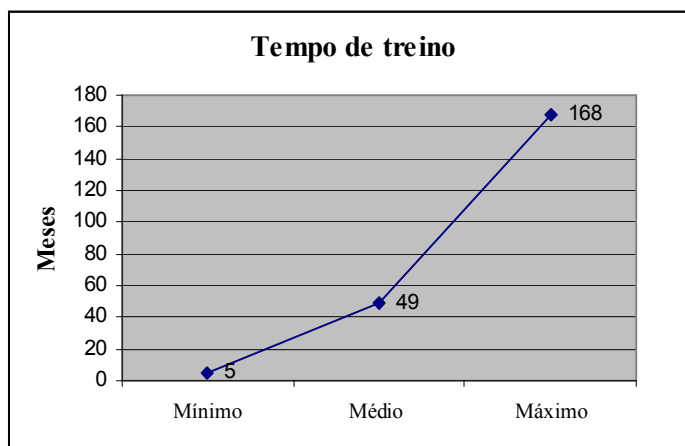


Gráfico 2: Tempo de treino dos atletas em meses

A tabela 2 apresenta o grau de escolaridade dos atletas. Vale ressaltar que para este estudo foi considerada a seguinte divisão: Ensino Fundamental I: 1° a 4° séries; Ensino Fundamental II: 5° a 8° série; Ensino Médio 1° ao 3° ano e Ensino Superior: qualquer curso de graduação.

Tabela 2: Distribuição de frequência dos atletas por gênero e escolaridade

| Escolaridade | Homens | | Mulheres | |
|-----------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | *FA | **FR (%) | *FA | **FR (%) |
| Ensino Fundamental I | 3 | 23,08 | 4 | 40 |
| Ensino Fundamental II | 5 | 38,46 | 0 | 0 |
| Ensino Médio | 5 | 38,46 | 4 | 40 |
| Superior | 0 | 0 | 2 | 20 |
| Total | 13 | 100 | 10 | 100 |

* Frequência Absoluta; **Frequência Relativa

Para melhor visualização dos resultados encontrados para o item escolaridade foi elaborado o gráfico 3 que corresponde aos valores absolutos dos times masculino e feminino.

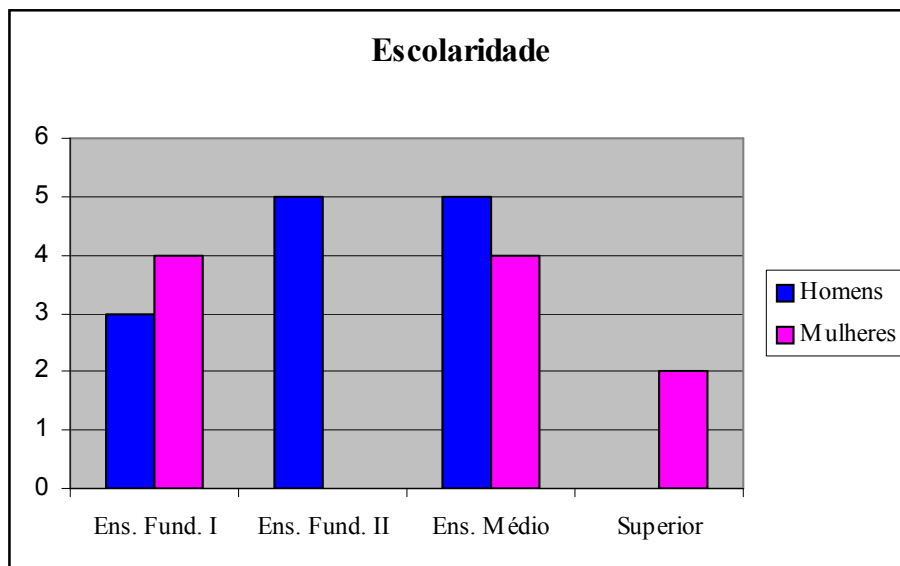


Gráfico 3: Escolaridade dos atletas por gênero

Outro dado importante obtido está relacionado à dimensão da saúde: 54% dos homens e 50% das mulheres relataram algum problema de saúde. O gráfico 4 apresenta a ocorrência e os problemas de saúde citados pelos idosos, separados por sexo.

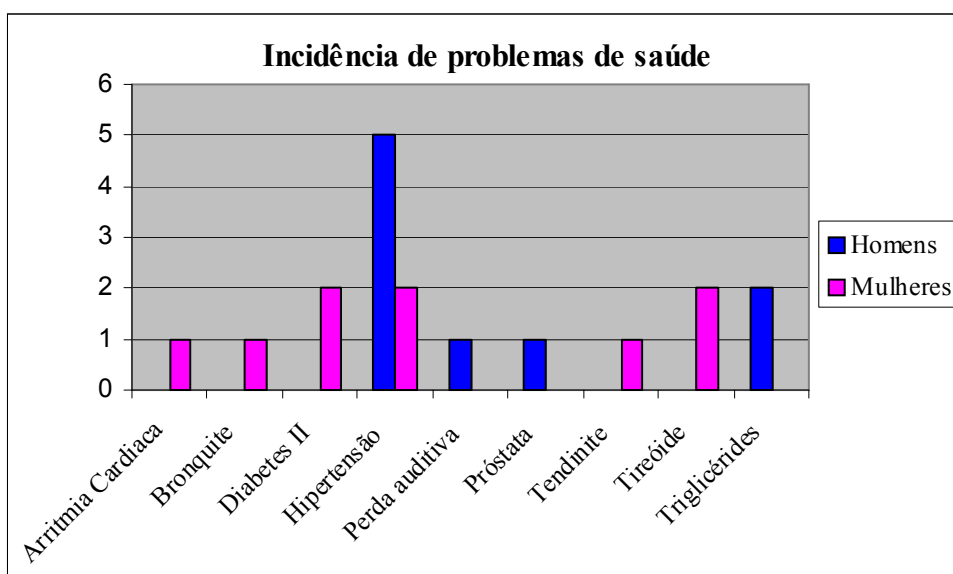


Gráfico 4: Problemas de saúde relatados

Todos os sujeitos que alegaram um ou mais dos problemas de saúde citados, fazem uso regular de medicamentos como hormônios e reguladores de pressão arterial.

Outro aspecto considerado pela Ficha de Identificação compreende o fator motivação, onde se questionou o que mais motiva os idosos a participar dos treinos e a

praticar o esporte. Os dados estão no gráfico 5, mostrando que a dimensão saúde aparece em primeiro lugar tanto para os homens quanto para as mulheres.

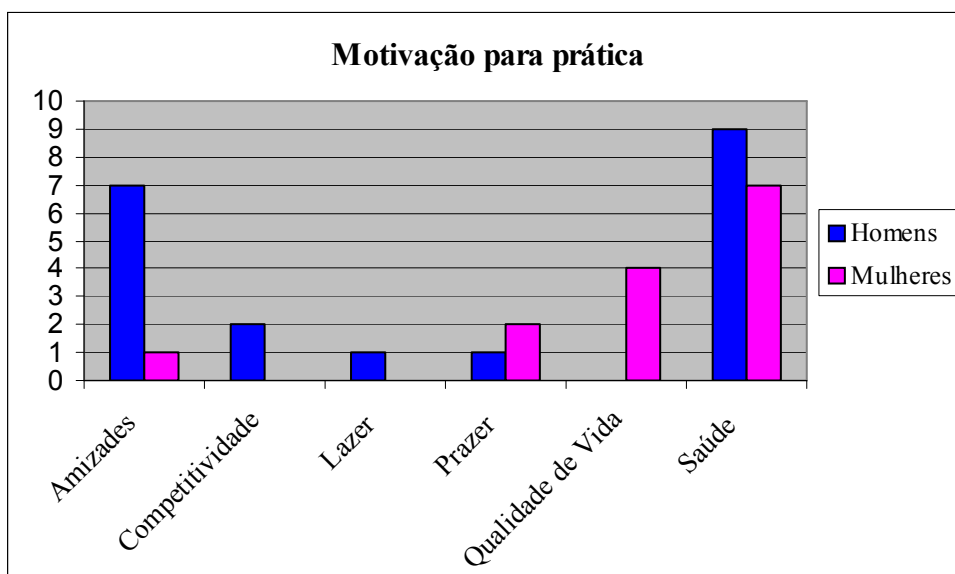


Gráfico 5: Motivos para participação nos treinos

O gráfico 6 corresponde às outras modalidades praticadas e citadas pelos atletas, sendo possível que cada um citasse mais de uma, os resultados se encontram ilustrados abaixo.

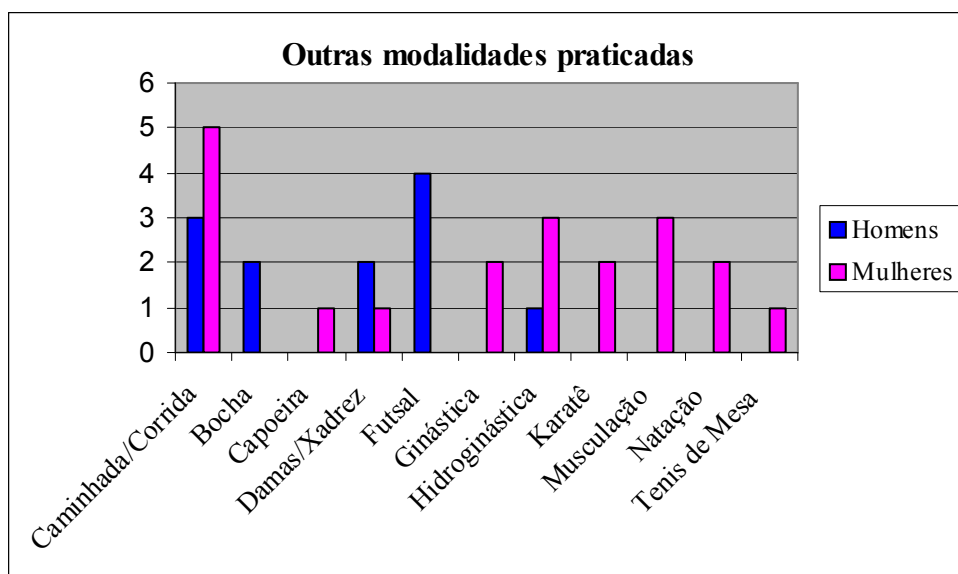


Gráfico 6: Outras modalidades praticadas pelos idosos

Quanto aos questionários de ansiedade e resiliência, foram obtidos os seguintes resultados:

Tivemos 23 sujeitos em cada momento da pesquisa (tempo 1, tempo 2 e tempo 3) e os escores de ansiedade e resiliência mudaram, como mostra a tabela 3. No que se refere à ansiedade, é importante lembrar que os escores variam de 0 a 63 pontos, indicando sintomatologia de ansiedade mínima até sintomas graves (0-10: mínimos, 11-19: leves; 20-30: moderados; 31-63: graves). Com relação à escala de resiliência, que varia de 25 a 175, valores altos indicam níveis elevados de resiliência, não possuindo um valor de corte. A comparação entre os 3 momentos da pesquisa no que se refere a ansiedade e resiliência está mostrada nos gráficos 7 e 8.

Tabela 3: Escores de ansiedade e resiliência nos três momentos da pesquisa

| | Tempo 1 | Tempo 2 | Tempo 3 |
|--------------------|---|---|--|
| Ansiedade | 9,91 (variando de 0 a 33). DP=8,46 | 7,57 (variando de 1 a 19). DP=4,76 | 4,91 (variando de 0 a 19). DP=4,11 |
| | 1 = sintomas graves | - | - |
| | 1 = sintomas moderados | - | - |
| | 5 = sintomas leves | 6 = sintomas leves | 1 = sintomas leves |
| | 16 = sintomas mínimos | 17 = sintomas mínimos | 22 = sintomas mínimos |
| Resiliência | 121,30 (variando de 39 a 165). DP=37,46 | 137,04 (variando de 90 a 166). DP=20,93 | 144,65 (variando de 125 a 171). DP=14,47 |

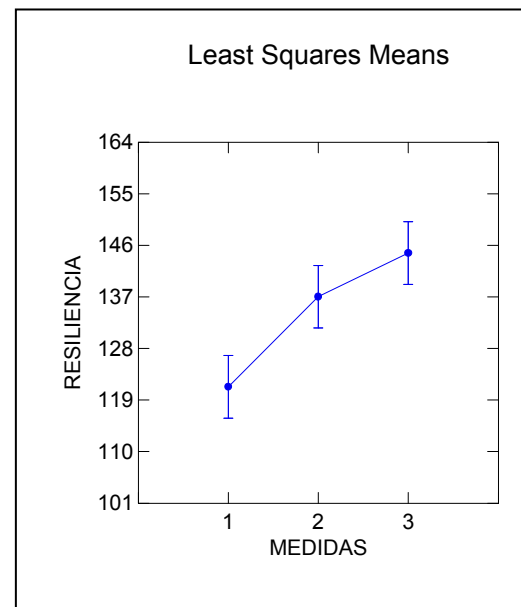
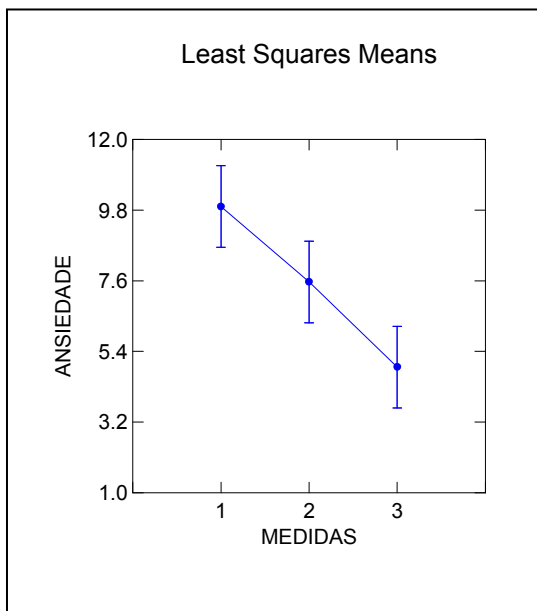


Gráfico 7: Ansiedade: (Anova: (2,69) = 3,88, p=0,03)

Gráfico 8: Resiliência: (Anova: (2,69) = 4,77, p=0,01)

6 DISCUSSÃO

Os benefícios da prática de atividade física são comprovados tanto a nível físico (BERGER e MCLNAMAN, 1993) como a nível psicológico (MARIN-NETO, 1995). Neste trabalho, foi possível verificar que a prática sistemática do voleibol adaptado pode contribuir para a redução da ansiedade e para a melhora da resiliência dos idosos praticantes de voleibol adaptado.

Os dados mostrados na seção anterior e discutidos aqui mostram, além de aspectos de saúde e motivacionais dos sujeitos, a relação entre as variáveis propostas neste estudo.

Começando pelos problemas de saúde dos sujeitos, vimos que a hipertensão apareceu como a doença mais comum: citada por 7 atletas, sendo que 5 eram homens. Entre os homens destacou-se também o triglicérides; e entre as mulheres destacaram-se a diabetes II e os distúrbios na tireóide. Estes dados coincidem com os de Oliveira (2008) que também falam da presença de hipertensão e fatores associados como o diabetes tipo II em idosos.

No que diz respeito à motivação dos idosos pela atividade física em questão, os dados mostram que a saúde foi o motivo que apareceu em primeiro lugar. Outro motivo que foi bastante citado foi relacionado às amizades, enfatizando a importância da prática esportiva nas questões relacionadas à socialização e bem-estar psicológico. Além destes, apareceram: competitividade, lazer, prazer e qualidade de vida.

Para ilustrar estes dados, podemos citar o estudo de Freitas e colaboradores (2007), os motivos mais significativos para a adesão dos idosos à prática de atividade física são a melhoria da saúde, melhoria do desempenho físico, adoção de um estilo de vida saudável, redução do stress, auxílio na recuperação de lesões, melhoria da autoimagem, melhoria da autoestima e relaxamento.

Nesta mesma perspectiva, outro estudo concluiu que o principal motivo para a adesão ao programa de atividade física é o aspecto ligado aos relacionamentos sociais como, por exemplo, o convite de amigos ou familiares. No que diz respeito aos motivos de desistência destacam-se as causas pessoais, como os problemas de saúde do cônjuge ou inadequação do exercício físico às suas limitações e potencialidades (CARDOSO et. al., 2008).

Quanto às modalidades praticadas pelos idosos, além do voleibol, a maioria pratica alguma outra modalidade esportiva (9 homens e 9 mulheres praticam outra

atividade esportiva). Entre as mulheres, destacam-se a caminhada/corrida, a hidroginástica e a musculação. Entre os homens, destacam-se o futsal e a caminhada/corrida. Portanto, a caminhada/corrida é a atividade mais comum na vida dos idosos deste estudo.

Hammer e Wilmore (1973) verificaram, através de um programa de corrida ou caminhada, que teve como objetivo verificar a relação entre ansiedade e aptidão física, que aqueles que apresentaram maiores índices de aptidão física possuíam melhores resultados no que diz respeito à ansiedade.

No que se refere aos benefícios da atividade física, o estudo de Netz e Wu (2005) mostrou um efeito significativo sobre o bem-estar psicológico nos idosos sem transtornos clínicos. Além disso, indicou também que a prática mais frequente da atividade física está associada a uma maior redução da ansiedade.

No presente estudo, os dados mostram que os escores de ansiedade foram, ao longo dos três momentos avaliados, diminuídos progressivamente. É claro que quando consideramos variáveis psicológicas como a ansiedade, é preciso ter cautela, pois cada indivíduo possui experiências e características que lhe são peculiares. Um fato ou a expectativa que se cria sobre ele, pode ser algo extremamente ansiolítico, para uma pessoa e não ser para outra, quando nas mesmas condições. O estudo mostrou os escores gerais dos sintomas de ansiedade: no momento 1, verificou-se que 16 atletas já possuíam níveis mínimos de ansiedade, este fato talvez seja devido ao avançado tempo de treino, visto que os atletas já possuía uma média de 49 meses.

Mesmo assim, pode-se dizer que a prática do voleibol e a frequência nos treinos auxiliaram na diminuição da ansiedade. Quando comparamos os valores de ansiedade no primeiro momento temos: 1 com sintomas graves; 1 com sintomas moderados; 5 com sintomas leves e 16 sem sintomas ou com sintomas mínimos. No terceiro momento de avaliação, os valores mostram que nenhum dos atletas apresentava sintomas graves e nem moderados, apenas 1 com sintomas leves e 22 sem sintomas ou com sintomas mínimos. Apesar dos sintomas terem aparecido em pequena frequência no início, a mudança foi significativa.

McAuley e colaboradores (2002) demonstraram os efeitos benéficos que podem advir da prática de atividade física, referindo que esta contribui para a redução da ansiedade física e social nos idosos.

Berger e McInaman (1993) e McDouwell e colaboradores (1997) mostraram que a atividade física reduz, entre outras coisas, os estados de depressão e ansiedade, ajuda a controlar o peso corporal, mantém o bom funcionamento do sistema

músculo-esquelético, reduz a tensão arterial e melhora a capacidade de movimentação dos idosos, promovendo o bem-estar psicológico. Consequentemente, aumenta os níveis de autoestima, promovendo efeitos positivos relacionados à interação social.

No que se refere a resiliência, o presente estudo mostrou que, de maneira oposta à ansiedade, ao longo do tempo houve um aumento nos escores de resiliência, demonstrando que os idosos tornavam-se menos ansiosos e, concomitantemente, mais resilientes. Pudemos ver que a média inicial de resiliência era de 121,30 e média final, no terceiro momento, foi de 144,65, mostrando concretamente a melhora neste aspecto psicológico.

Quanto aos efeitos do exercício na resiliência, Laranjeira (2007) comprovou que programas de intervenção com atividade física são estratégias que podem promover de forma positiva e simultânea as habilidades dos idosos nos aspectos físicos e psicológicos relacionados à fragilidade biológica e a resiliência psicológica, respectivamente. Essas formas de intervenção no ambiente externo são consideradas fatores de proteção para que não incorra na diminuição da resiliência do idoso e promova o envelhecimento bem sucedido.

Deste modo, a atividade física encontra-se significativamente correlacionada com quase todos os indicadores de qualidade de vida, incluindo o bem-estar físico e psicológico, assim como também a depressão e a ansiedade (COURNEYA et al., 2000).

Estudos mostram que idosos que fazem atividade física regular percebem melhor sua saúde, possuem menor dependência nas atividades da vida diária e possuem menos indicadores de fragilidade (OTA, 2007), portanto são mais resilientes fisicamente que idosos sedentários. A baixa aptidão física em idosos é associada com maior número de doenças, fragilidade biológica e quedas (AHMED 2007; CIGOLLE, 2007; ERSHLER, 2007).

Com base no exposto, é possível estabelecer uma relação entre a fragilidade biológica dos idosos, ansiedade, resiliência psicológica e o treinamento esportivo. A imagem de fraqueza muscular e de fragilidade psicológica, geralmente associadas aos idosos, podem ser melhoradas por uma modificação na aptidão física e através das alterações favoráveis na aparência e funcionalidade física, contribuindo para redução da ansiedade e melhora da resiliência.

A prática regular de atividade física é capaz de aumentar a força e a massa muscular, diminuir o percentual de gordura corporal, melhorar a mobilidade e a postura do

idoso (MATSUDO e MATSUDO, 2004; HASKELL, 2007).

Nos aspectos psicológicos, principalmente por meio de modificações hormonais (MIRANDA e BARA FILHO, 2008), observa-se uma melhora nos sentimentos de segurança, otimismo, bom-humor, trazendo a eles uma sensação de bem-estar e autoeficácia que modifica a sua percepção de saúde e estética. Um segundo ponto que merece destaque é que os acometimentos de doenças crônicas estão associados à diminuição da autoeficácia e do otimismo (LARANJEIRA, 2007). Essas doenças podem ser evitadas por meio de um estilo de vida mais saudável, incluindo prática de atividade física regular, alimentação balanceada, diminuição de tabagismo, alcoolismo e stress.

É importante ressaltar que nosso estudo mostrou uma diferença significativa nos níveis de ansiedade e resiliência antes e depois de seis meses de treinamento. Apesar de poder ser considerado um tempo curto de treinamento, podemos dizer que foi suficiente para que as primeiras mudanças positivas aparecessem. Talvez a permanência no treinamento por mais tempo possa melhorar ainda mais estes índices, reforçando ainda mais os benefícios da prática esportiva em idosos. Nesta perspectiva, o voleibol, mesmo com as adaptações, apresenta-se como uma ótima opção de atividade física aos idosos, pois além dos benefícios físicos e sociais é capaz de atuar positivamente nos marcadores psicológicos, especialmente relacionados à ansiedade e a resiliência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas e publicações que relacionam idosos, aspectos psicológicos e esporte, ainda são escassas, e não existe, até agora, um corpo organizado de conhecimentos sistemáticos sobre o assunto, principalmente quanto aos idosos brasileiros.

Este estudo mostrou uma importante correlação entre ansiedade e resiliência em idosos que praticam voleibol adaptado: os níveis de ansiedade diminuíram e os níveis de resiliência aumentaram com a prática sistemática do esporte.

É fato, já comprovado por diversos estudos, que a atividade física representa uma série de benefícios físicos, psicológicos e sociais. Quando essa atividade se dá por meio do esporte, principalmente com grupos de idosos, é perceptível que há uma potencialização desses benefícios. Os idosos tendem a ter maior motivação para frequentar os treinos, pois, além destes representarem momentos agradáveis de socialização, são importantes para que melhorem seu desempenho e, assim, possam contribuir mais com o grupo. Aparentemente, há um sentimento de bem-estar completo, que talvez uma atividade física individual não proporcione com tanta intensidade. Dessa maneira, a frequência no treino aumenta, possibilitando as demais melhoras físicas e psicológicas do exercício físico sistematizado.

A ansiedade é inerente ao ser humano, e faz parte do complexo de emoções que somos. Em certo nível é benéfica e necessária, pois parece nos estimular a buscar os objetivos almejados. O término da graduação por exemplo, gera uma ansiedade natural pelas novas possibilidades profissionais, porém uma ansiedade excessiva, sem motivo aparente pode ser extremamente perturbadora e prejudicial, quando os deveres profissionais cessam com a aposentadoria, por exemplo. A senescência por si mesma já é um fator gerador de ansiedade, pois o indivíduo é obrigado muitas vezes a modificar sua rotina, daí a importância da atividade física como forma de controle da ansiedade. A atividade física auxilia para que se molde um novo estilo de vida, ajuda os idosos a controlarem o nervosismo e as preocupações, portanto possibilita bem-estar físico psicológico e social e com isso o indivíduo pode viver a velhice com maior tranquilidade.

A resiliência se trata de uma habilidade característica intrínseca de cada um, podendo ser desenvolvida e aperfeiçoada. Ser resiliente implica em uma constante reestruturação dos aspectos pessoais e vai além da idéia inicial da capacidade de suportar pressões e superar as adversidades. Afinal ser resiliente não significa que futuramente as mesmas respostas serão válidas para uma situação parecida. Para ser resiliente, é preciso ser

flexível, saber lidar com as mudanças e enfrentar os próprios medos, sendo portanto, imprescindível aos idosos, pois apesar de já terem enfrentado muita coisa, continuam precisando lidar com a imprevisibilidade da vida.

8 REFERÊNCIAS

AHMED, N.; MANDEL, R.; FAIN, M.J. **Frailty**: The American Journal of Medicine, v. 120. 2007. p. 748-53.

ALBUQUERQUE, S. R. T. P. (1994). **Viabilidade de um centro para terceira idade**. Psicologia Argumento, 12(14).1994. p.83-100.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., text revision). Washington, DC. 2000.

ANDRADE, L., e GORENSTEIN, C. **Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade**. Revista de Psiquiatria Clínica, 26(6). 1998. p. 285-290.

ANTONUCCI, T. C. **Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control**. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging. 2001. p. 427-453. California: Academic.

BALLONE, G.J. (2005). **Ansiedade**. Psiqweb psiquiatria geral. Disponível <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/>>

BANDEIRA, T.L. **Identificação das causas subjectivas da ansiedade competitiva e das estratégias de superação de atletas de equipas adultas masculinas de basquetebol**. Tese de Mestrado.Unicamp. Campinas.2002.

BERGER, B., e MCLNMAN, A. **Exercise and the quality of life**. In SINGER, R., MURPHEY, R., e TENNANT, L. (Eds), Handbook of research on sport psychology. Macmillan.1993.

BEE, H. L. e MITCHELL, S. K. **A pessoa em desenvolvimento**. São Paulo: Editora Harper e Row do Brasil.1984.

BOUCHARD, C., SHEPARD, R.. **Physical activity, fitness, and health: The model and key concepts**. In BOUCHARD, C., SHEPARD, R., e STEPHENS, T. (Eds.) Physical

Activity, Fitness and Health.1994. p. 77-88. Champaign, IL: Human Kinetics

BYRNE, G. **What happens to anxiety disorders in laterlife?** Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(1). 2002. p.74-80.

CAETANO, L., e VASCONCELOS - RAPOSO, J. **Atitude dos idosos face à actividade física.** Cuadernos de Psicología del Deporte, 5(1/2). 2005. p. 143-158.

CÂMARA, M.T.G. **Caracterização da ansiedade-estado e ansiedade-traço numa amostra de atletas de competição em andebol da RAM.** Monografia. Universidade da Madeira . 2005. p.93 .

CARDOSO, A. et. al. **Factores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico.** Movimento, Porto Alegre, 14(1),2008. p.226-239.

CARDOSO, J.R. **Atividades físicas para a terceira idade.** A terceira idade. 1992. p.9-21.

CATÁLOGO DO FUNDO SOCIAL DE SOLIDARIEDADE–Governo do Estado de São Paulo. 2000.p. 3

CERVELLÓ, E. et al. **Motivación y ansiedad en jugadores de tenis.** Revista Motricidad, 9, 2002. p.141-161.

CHEIK, N. et. al. **Efeitos do exercício físico e da actividade física na depressão em ansiedade em indivíduos idosos.** Revista Brasileira de Cinética e Movimento, 11(3),2003. p. 45-52.

CIGOLLE C.T et. al. **Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study.** Ann Intern Med, v.147. 2007. p.156-64.

COURNEYA, K., KEATS, M., e TURNER, A.. **Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation.** Psycho-Oncology, 9. 2000. p.127-136.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das. Escalas Beck.** São Paulo: Casa do

Psicólogo. 2001.

ERSHLER, W.B. **A gripping reality: oxidative stress, inflammation, and the pathway to frailty**. J Appl Physiol, v. 103, n.º 1. 2007. p. 3-5.

FARIA JÚNIOR, A.F. **Atividades físicas para terceira idade** Brasília/DF: SESI/INDESP, 1999.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade**. 3 ed. São Paulo. Editora Gente.1995.

FREITAS et. al . **Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos** Revista Brasileira de Cineantropometria do Desempenho Humano, 9(1), 2007. p.92-100.

GRAEFF F.G. BRANDÃO M.L. **Ansiedade**. In: Neurobiologia das doenças mentais. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

GOMES, F. A. A.; FERREIRA, P. C. A. **Manual de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed. Brasileira de Medicina, 1987.

GOMES, G.A.O . **Fragilidade biológica, resiliência psicológica e atividade física**. Revista Kairós, São Paulo, Caderno Temático 7, junho 2010.

GUSZKOWSKA, M. **Effects of exercise on anxiety, depression and mood**. Psychiatria polska. Jul-Aug: 38(4).2004. p.611-20.

HAMMER, W., e WILMORE, J.. **An exploratory investigation in personality measures and psychological alterations during a 10-week jogging program**. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 13(4), 1973. p. 238-247.

HASKELL et. al. **Physical activity and public health: update recommendation for adults from the AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE AND AMERICAN HEART ASSOCIATION**. Med. Sci.Sports Exerc., v.39, n.º 8, 2007. p.1423-34.

HEIDRICH, S. M.; RYFF, C. D. **Physical and mental health in later life: the self-system as mediator**. Psychology an Aging, v. 8, n. 3. 1993. p. 327-338,

IBGE. <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_1_2.pdf) .>

KRANE, V., e WILLIAMS, J. **Cognitive anxiety, somatic anxiety, and confidence in track and field athletes: The impact of gender, competitive level and task characteristics**. International Journal of Sport Psychology, 25. 1994. p. 203-217

LARANJEIRA, C.A.S.J. **Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer**. Revisão de literatura. Psicologia: Teoria e pesquisa. V. 23, n.º 3.2007. p.327-32.

MARIN-NETO, J.A. et al. **Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado?** A Terceira Idade. 1995. p.34-43.

MARTENS, R., VEALEY, R. e BURTON D. **Competitive Anxiety in Sport**. Champaign: Human Kinetic. 1990.

MATSUDO, S.M.M, MATSUDO V.K. **Atividade Física**. In: Litvoc J, Brito C. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu. 2004.

MCAULEY, E. et.al. **Physical activity and physique anxiety in older adults: Fitness, and efficacy influences**. Aging & Mental Health, 6(3). 2002. p.222-230.

MCDOWELL, N.; MCKENNA, J.; NAYLOR, P. **Factors that influences practice nurses to promote physical activity**. British Journal of Sports Medicine, 31. 1997. p.308-313.

MELILLO, A.; OJEDA, E.N.S. e colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Artmed. 2005.

MIRANDA, R.; BARA FILHO, M. **Construindo um atleta vencedor. Uma abordagem psicofísica do esporte**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

NETTO, F.L.M. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas**

implicações na saúde do idoso. Revista pensar a prática v.7, n.1. 2004.

NETZ, Y., WU, M., TENENBAUM, G., e BECKER, B.J. **Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies.** *Psychology and Aging*, 20(2).2005. p.272-284.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento: uma área emergente.** Em A. L. Néri (Org.), **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida.** Campinas: Papirus. 1995. p.13-40

OKUMA, S. **O idoso e a atividade física.** Campinas: Papirus. 1998.

OLIVEIRA, S.M.J.V. et al. **Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados.** Rev. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis. Abr-Jun, 2008. p.241-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001. p.173.

OTA, A.; YASUDA, N., HORIKAWA, S.; FUJIMURA, T; OHARA, H. (2007) **Differential effects of power rehabilitation on physical performance and higher-level functional capacity among community-dwelling older adults slight degree of frailty.** *Journal of Epidemiology*, v.17, n.º 2.

PESCE, R.P. et al. **Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência**”. *Cad. Saúde Pública*, vol.21, no.2.2005. p.436-448.

PETRUZZELLO, S.J. et al. **A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms.** *Sports Medicine*, 11 (3), 1991. p.143-182.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Resiliência uma perspectiva conceitual e histórica. In: Yunes, Koller e Dell’Aglio. **Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção.** 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

SANTOS, M. F. S. **Velhice: uma questão psico-social**. Temas em Psicologia, 2.1993. p. 123-131.

SANTOS, S.G.; PERREIRA. S.A. **O perfil do nível de ansiedade-traço pré-competitivo de atletas de desporto colectivo e individuais. Estado do Panamá**. Movimento. v.5, n.6. 1997.

SANTOS, S. C.; KNIJNIK, J. D. **Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária I**. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 5, n. 1. 2006. p. 23-34.

SCHERES, M. D. A. et al.. **O viver saudável e o viver não saudável: o significado para mulheres maduras e ativas**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1. 2007. p.131-146.

SELT.< http://www.selt.sp.gov.br/regulamentos_%202011/jori_2011.pdf . >

SHEPHARD, R. J. **Exercise and aging: extending independence in older adults**. Geriatrics,v. 48, n. 5. 1993. p. 61- 64.

SILVA, O.V. **Envelhecer no Brasil, uma aventura!** A terceira idade. 1996. p.44-9.

SPIELBERGER, C. **Tensão e Ansiedade**. A psicologia e você, casa do livro, Lisboa .1979.

SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE** – Manual. Trad e adaptação Ângela Biaggio. CEPA, Rio de Janeiro, 1979.

SPIELBERGER CD. **Tensão e Ansiedade**. Trad. Jamir Martins. Harper & Row do Brasil LTDA. São Paulo, 1981

SPIRDUSO, W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

STOPPE JUNIOR, A. **Aspectos clínicos da depressão em idosos**. Psiquiat.

Clín.,21(4).1994. p.121-128.

STRAWBRIDGE, W. et al. **Antecedents of frailty over three decades in na older cohort.** J.Gerontol. Biol. Pysic. Sci. Soc. Sci, v. 53, n° 1.1998. p. 89-116

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: **Resiliência e educação.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 43 -76.

VARGAS, H.S. **A depressão no idoso, fundamentos.** São Paulo, BYK, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization constitution.** In Basic documents. Geneva: Author.1948. p.28.

WAGNILD, G. **Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults.** Journal of Gerontological Nursing, 29(12).2003 p.42-49.

WEINBERG R.S, GOULD D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício.** Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed Editora,2001.

WEINBERG E GOULD. **Foundation of Sport and Exercise Psychology** (4 edition).Champaign: Human Kinetic. 2007.

WEYERER, S.; KUPFER, B. **Physical exercise an psychological health.** Sports Med., v. 17,n. 2. 1994. p. 108-116.

ANEXO 1: Regulamento do Voleibol Adaptado

Portaria G.CEL nº 04/2011

Artigo 128 - O voleibol adaptado será regido pelas regras oficiais previstas neste regulamento.

Parágrafo Único - A quadra e a bola terão as mesmas especificações do Voleibol Oficial.

Artigo 129 - Na quadra os jogadores são dispostos de maneira igual ao do jogo oficial.

a) Todos os atletas de uma mesma equipe devem usar uniformes (camisas, calções e meias) idênticos;
 b) As camisas devem ser numeradas (silcadas ou bordadas) na frente e nas costas, com a numeração de 1 a 18 (o correto é 1, 2, 3, etc. e não 01, 02, 03, etc.). O atleta com numeração inadequada ficará fora da quadra de jogo;

c) Os shorts ou bermudas devem ser idênticos, porém, não há necessidade de serem numerados;

d) No caso dos shorts ou bermudas possuírem numeração, terá que ser o mesmo número das camisas;

e) As meias devem ser da mesma cor e estarem visíveis, não sendo permitidas meias do tipo sapatilhas, ou soquete;

f) Não será aceito nenhum tipo de adaptação no solado dos calçados, bem como qualquer tipo de luvas ou acessórios nas mãos;

g) A utilização de quaisquer objetos que ofereçam riscos como: brincos, pulseiras, óculos, etc., serão de inteira responsabilidade de cada atleta;

h) os Técnicos e Assistentes Técnicos deverão obrigatoriamente se apresentar devidamente uniformizados de acordo com a regra oficial.

Artigo 130 – Não será permitida a utilização de líbero.

Artigo 131 - Cada equipe deverá ter, obrigatoriamente, a presença mínima de 9 (nove) jogadores no início da partida e no máximo 12 (doze).

§ 1º – Durante todo o 2º set deverão jogar, obrigatoriamente no mínimo 3 (três) jogadores que não jogaram no 1º set, a substituição somente poderá ser feita com os reservas que não participaram do 1º set.

A equipe que ficar com menos de 06 (seis) atletas em quadra e não tiver substitutos no banco de reserva perderá a partida por 2x0, independente de ter vencido o primeiro set, acrescentando-se quantos pontos e sets forem necessários para que o adversário seja considerado vencedor.

§ 2º - A participação no 3º set será livre.

Artigo 132 - A equipe que ficar incompleta no 2º set perderá o mesmo, acrescentando-se quantos pontos e sets forem necessários para que o adversário seja considerado vencedor.

Artigo 133 - Altura da rede

2,43 metros para o masculino

2,24 metros para o feminino

Artigo 134 - Duração das partidas: Serão em melhor de 3 (três) sets de 15 (quinze) pontos progressivos, sem vantagem; caso a partida chegue em 16 a 16 (dezesesseis a dezesseis) terminará no 17º (décimo sétimo) ponto.

Artigo 135 – O saque poderá ser arremessado ou golpeado com uma das mãos por baixo ou lateralmente, utilizando toda a zona de saque, podendo a bola tocar a rede.

Parágrafo Único - O saque poderá ser efetuado a 1 (um) metro dentro da quadra, somente para o feminino.

Artigo 136 - A cada interrupção e perda de saque por uma equipe, a reposição da bola em jogo pela outra equipe deverá ser precedida por um rodízio dos jogadores no sentido horário.

Artigo 137 - Constituem infrações:

a) Quando o mesmo jogador der 2 (dois) toques consecutivos;

b) Quando a bola for devolvida no 1º (primeiro) ou 2º (segundo) toque, mesmo involuntariamente, exceto no bloqueio previsto no artigo 138;

b) c) Quando o jogador der mais de um passo, antes de fazer o passe ou o último arremesso para a quadra do adversário;

c) d) Quando o atleta andar (tirar o pé de apoio do solo) ao receber a bola, tolerando-se a movimentação necessária para manter o equilíbrio do corpo;

d) e) Quando o jogador tocar a rede, mesmo que esteja sem a bola ou fora da jogada;

e) f) Quando o jogador saltar para passar a bola para o campo adversário, estando na zona de ataque.

g) O jogador que estiver na zona de ataque, em hipótese alguma, pode ir para a zona de defesa e passar a bola para o campo adversário saltando, e nem ameaçando. Considera-se saltar, quando o atleta tirar os dois pés do chão.

h) Quando o jogador “enterrar” a bola dentro dos 3 (três) metros (zona de ataque) da quadra do adversário, independentemente da bola ir direto ao solo ou tocar no adversário;

i) Quando a bola tocar as antenas da rede, será considerada bola fora;

j) Quando houver conduta indisciplinar ou não condizente com o esporte, por parte de um jogador ou técnico, sendo punido conforme o artigo 142.

k) Os jogadores da zona de defesa, não poderão, em hipótese alguma, efetuar a devolução da bola ao campo adversário, estando dentro da zona de ataque;

l) Será considerada invasão da linha central da quadra quando o jogador atrapalhar o adversário ou passar com o corpo todo à outra quadra, com ou sem a posse de bola.

m) Será considerada invasão por cima da rede, quando o jogador soltar a bola na quadra do adversário sobre a rede estando dentro da linha dos 3 (três) metros.

n) Não será permitido o “pipocar” quando o atleta estiver parado (estabilizado) na quadra em condições de segurar a bola.

o) somente será permitido o “pipocar” quando o atleta estiver tentando recuperar a bola definitivamente.

Artigo 138 - Será permitido bloqueio desde que o atleta esteja sempre com um dos pés no chão, e esse toque no bloqueio não será contado, portanto a equipe receptora ainda terá mais três toques para repor a bola para a quadra adversária.

Artigo 139 – Será considerado toque quando o jogador receber ou passar a bola, tocar, segurar, encaixar com uma, ou as duas mãos, ou a bola tocar qualquer parte de seu corpo;

a) Cada equipe deve dar, obrigatoriamente, 03 (três) toques antes de passar a bola para a quadra adversária;

b) No 3º (terceiro) toque da mesma equipe, a bola poderá ser passada para o outro lado da quadra, sendo tocada, arremessada, empurrada ou jogada com uma ou ambas as mãos, sem impulsão ou salto e sem enterrar (estando o jogador na zona de ataque) e sem ameaço, o atleta não pode levantar o braço acima do bordo superior da rede e ficar segurando a bola;

c) Quando 2 (dois) jogadores segurarem juntos a bola, será considerado um toque de cada um;

Artigo 140 - Cada equipe terá o direito a um pedido de descanso de 1 (um) minuto em cada set;

a) Entre um set e outro o tempo de intervalo será 3 (três) minutos.

b) Não haverá tempo técnico.

Artigo 141 - Penalidades

a) Advertência: Verbal ou sinal com as mãos, sem cartão (sem consequência; apenas para prevenir);

b) Penalidade: Cartão Amarelo (perda do rally e/ou ponto para o adversário);

c) Expulsão: Cartão Vermelho (Não joga pelo resto do set);

d) Desqualificação: Cartão Amarelo e Vermelho simultâneo (Não joga pelo resto do jogo e deve deixar a área de controle da competição).

ANEXO 2: TCLE - Secretário Municipal de Esportes

Eu, **Leandro Cesar de Almeida Pupo**, aluno de graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estou realizando minha pesquisa de trabalho de conclusão de curso sob a orientação da **Profª. Dra. Paula Teixeira Fernandes Boaventura**, cujo título é “As influências da prática do voleibol adaptado nos níveis de ansiedade e resiliência de idosos da cidade Nova Odessa”, e tem por objetivo verificar se há uma relação entre os níveis de resiliência e ansiedade e se o treinamento esportivo sistematizado exerce influência nesses níveis.

Para isso, serão aplicados, em três momentos definidos como: 1 (inicial) 2 (3 meses após inicial) e 3 (6 meses após o inicial), os questionários I.A.B (Inventário de ansiedade de Beck) e E.R (Escala de Resiliência) compostos respectivamente de 21 e 25 questões de múltipla escolha. A aplicação se dará no ginásio de esportes onde ocorrem os treinos, antes do início ou nos intervalos destes.

A pesquisa não apresenta riscos ou ônus para nenhum dos envolvidos e, a qualquer momento fica resguardado o direito de desistência da pesquisa, sem que isto acarrete algum prejuízo ou represália. Neste estudo não haverá custos ou benefícios financeiros para nenhuma das partes envolvidas. Também qualquer possível dano ocorrido com o pesquisador durante a realização da pesquisa será de sua inteira responsabilidade não havendo prejuízos a este órgão.

Para qualquer esclarecimento ou reclamação, sei que posso ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887. Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187, e-mail: cep@fcm.unicamp.br) ou para a pesquisadora responsável, Profª. Dra. Paula T. Fernandes Boaventura (Fone (19)3521-7292 email: paula@fef.unicamp.br). Para isso, receberei uma cópia deste termo por mim assinado.

Eu, _____, RG: _____,

Secretário de Esportes do município de Nova Odessa, declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa “As influências da prática do voleibol adaptado nos níveis de ansiedade e resiliência de idosos da cidade Nova Odessa”, e entendendo que a mesma não apresenta riscos físicos e morais aos sujeitos, concordo que a mesma seja realizada no ginásio de esportes pelo qual sou responsável como Secretário Municipal de Esportes.

Assinatura

Nova Odessa, ____ de _____ de 20 ____.

ANEXO 3: TCLE - Atleta

Responsável pela Pesquisa: Leandro Cesar de Almeida Pupo

Orientador do Projeto de Pesquisa: Profa. Dra. Paula T. Fernandes Boaventura

Eu, _____, RG _____, declaro ter conhecimento sobre o objetivo da pesquisa **“As influências da prática do voleibol adaptado nos níveis de ansiedade e resiliência de idosos da cidade Nova Odessa”** que consiste em obter e comparar os níveis de ansiedade e resiliência, e assim estabelecer as relações possíveis com a prática esportiva.

Estou ciente que o procedimento consistirá na aplicação dos questionários I.A.B (Inventário de ansiedade de Beck) e E.R (Escala de Resiliência) compostos respectivamente de 21 e 25 questões de múltipla escolha e que as avaliações acontecerão no local de treino em três momentos; no início do ano de treinamento, aos três e seis meses após a primeira aplicação.

É de meu conhecimento que a minha participação nesta pesquisa não implica em nenhum benefício pessoal, não é obrigatória e não trará riscos. Caso queira, sei que posso desistir a qualquer momento, sem que isso me cause prejuízo. Diante disso, aceito participar voluntariamente desta pesquisa, sabendo que os dados coletados estarão sob o resguardo científico e o sigilo profissional, e contribuirão para o alcance dos objetivos deste trabalho e para posteriores publicações dos dados.


Para qualquer esclarecimento ou reclamação, sei que posso ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887. Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187, e-mail: cep@fcm.unicamp.br) ou para a pesquisadora responsável, Dra. Paula T. Fernandes Boaventura (3521-7292). Para isso, receberei uma cópia deste termo por mim assinado.

Assinatura do entrevistado (a)

Assinatura do pesquisador responsável

Nova Odessa, _____ de _____ de 20_____.

ANEXO 4: Carta de aprovação do CEP.



UNICAMP

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 20/04/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 062/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0033.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “AS INFLUÊNCIAS DA PRÁTICA DO VOLEIBOL ADAPTADO NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E RESILIÊNCIA DE IDOSOS DA CIDADE NOVA ODESSA”.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Paula Teixeira Fernandes Boaventura
INSTITUIÇÃO: Faculdade de Educação Física
APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/02/2011
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 20/04/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Verificar a influência de exercícios físicos sistematizados nos aspectos psicológicos em idosos atletas, praticantes de voleibol adaptado. A metodologia consistirá na aplicação dos questionários I.A.B (inventário de ansiedade de Beck), e E.R. (escala de resiliência). A aplicação dos questionários se dará em três momentos: 1) após as férias no início do ano; 2) três meses depois e 3) seis meses depois. Os objetivos são a) comparar os níveis de ansiedade e resiliência do time nos três momentos estudados e b) comparar os valores de ansiedade e resiliência do time masculino e feminino.

III – SUMÁRIO.

Trabalho de conclusão de curso para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física. Número de sujeitos da pesquisa: cerca de 30 pessoas (de um total de 46 idosos praticantes de voleibol adaptado, integrantes da equipe da cidade de Nova Odessa). Critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, freqüentar duas vezes por semana os treinos, e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: ser analfabeto, apresentar transtornos “associados”.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Após avaliar as respostas às pendências encaminhadas em 23/03/11, todas as questões solicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa foram atendidas, com isso o projeto de pesquisa encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares.

Sugerimos que no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) os campos de identificação detalhada (“RG”, “endereço”, etc.) não devem ser contemplados, pois o objetivo do TCLE é solicitar a cooperação e (em última análise). A identificação detalhada poderia ser conseguida em formulário separado.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

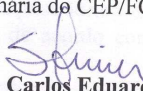
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de fevereiro de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 5 : Ficha de Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Endereço: _____ Número _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Fone: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Doenças: _____

Medicações: _____

Faz tratamento para a saúde: () sim () não

Se sim, qual? _____

O que mais te motiva a ir nos treinos e praticar o esporte?

Há quanto tempo participa desta equipe de voleibol? Comente sua experiência.

Pratica algum outro tipo de atividade Física? Qual?

Observações / Comentários:

ANEXO 6 : Inventário de Ansiedade de BECK (BAI)

Instruções

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a opção que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Marque com um X o espaço correspondente à frequência com que você vivencia cada sintoma.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|----------------|-------------------------------------|--|---|
| | <u>Ausente</u> | <u>Suave, não me incomoda muito</u> | <u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar</u> | <u>Severo, quase não consigo suportar</u> |
| 1. Dormência ou formigamento | | | | |
| 2. Sensações de calor | | | | |
| 3. Tremor nas pernas | | | | |
| 4. Incapaz de relaxar | | | | |
| 5. Medo de acontecimentos ruins | | | | |
| 6. Confuso ou delirante | | | | |
| 7. Coração batendo forte e rápido | | | | |
| 8. Inseguro (a) | | | | |
| 9. Apavorado (a) | | | | |
| 10. Nervoso (a) | | | | |
| 11. Sensação de sufocamento | | | | |
| 12. Tremor nas mãos | | | | |
| 13. Trêmulo (a) | | | | |
| 14. Medo de perder o controle | | | | |
| 15. Dificuldade de respirar | | | | |
| 16. Medo de morrer | | | | |
| 17. Assustado (a) | | | | |
| 18. Indigestão ou desconforto abdominal | | | | |
| 19. Desmaios | | | | |
| 20. Rubor facial | | | | |
| 21. Sudorese (não devida ao calor) | | | | |

Total: _____

ANEXO 7: Escala de Resiliência

Instruções: Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

| | | <i>Discordo</i> | | | <i>Não concordo nem discordo</i> | <i>concordo</i> | | |
|-----|---|-------------------|--------------|--------------|----------------------------------|-----------------|--------------|------------------|
| | | <i>Totalmente</i> | <i>Muito</i> | <i>Pouco</i> | | <i>Pouco</i> | <i>Muito</i> | <i>Totamente</i> |
| 1. | Quando eu faço planos, eu persisto com eles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Eu normalmente lido com os problemas, de uma forma ou de outra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Manter interesse nas coisas é importante para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Eu posso ficar sozinho se eu precisar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Eu sou amigo de mim mesmo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Eu sou determinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Eu faço as coisas um dia de cada vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Eu sou disciplinado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Eu mantenho interesse nas coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Eu normalmente posso achar motivo para rir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Minha vida tem sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. | Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Versão adaptada para o português da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, 1993 (Pesce et al, 2005).