

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Participação Num Programa de Exercício Físico e Percepções de Bem-Estar em Idosas

Sílvia Susana Laúndos Ferreira

Setembro, 2009

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Participação Num Programa de Exercício Físico e Percepções de Bem-Estar em Idosas

“Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo em Ciências do Desporto, área de especialização em Actividade Física para a Terceira Idade, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março”.

Orientadora: Professora Doutora Paula Botelho Gomes

Co- Orientadora: Professora Doutora Joana Carvalho

Sílvia Susana Laúndos Ferreira

Porto, 2009

Ferreira, S. (2009). Participação Num Programa de Exercício Físico e Percepções de Bem-Estar em Idosas. Porto: Ferreira, S. Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo em Ciências do Desporto, área de especialização em Actividade Física para a Terceira Idade. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PALAVRAS-CHAVE: ENVELHECIMENTO; EXERCÍCIO FÍSICO; BEM-ESTAR; SAÚDE.

Este trabalho foi realizado no âmbito do Projecto PTDC/DES/70261/2006 – “Contributo de um programa de actividade física na funcionalidade e socialização de mulheres idosas”, tendo sido desenvolvido no Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

Apesar do carácter individual inerente à realização deste trabalho, a sua concretização não seria possível sem o apoio e ajuda de algumas pessoas, pelo qual não poderia deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Paula Botelho Gomes pela orientação, pelo seu acompanhamento, disponibilidade, apoio e orientações conducentes à realização deste trabalho.

À Professora Doutora Joana Carvalho pela co-orientação desta dissertação pela sua disponibilidade, pelas suas críticas e sugestões.

Às idosas entrevistadas, pela disponibilidade e colaboração, pois sem elas a realização deste trabalho seria de todo impossível.

À Carina pela colaboração no tratamento dos dados relativos às entrevistas e pela disponibilidade que sempre demonstrou.

A todos os meus amigos, em especial à Susana Araújo por ser muito mais do que simples colega de faculdade, por me rodear de amizade, força e ajuda.

À minha prima e grande amiga Cátia Laundos por estar sempre presente.

À minha família, por todo carinho.

À Matilde, pela alegria e amor em todos os momentos.

RESUMO

A preocupação com o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa é cada vez mais notória. O envelhecimento transparece no e através do corpo, entendido como um fenómeno material, físico e biológico, e uma contribuição social (Shilling, 1993; Turner, 1996).

Assim, tendo em conta o crescimento da população idosa na sociedade e os benefícios da prática regular de exercício físico em diferentes domínios, como o físico, o fisiológico, o psicológico e o social, o objectivo do presente estudo foi o de compreender de que modo a participação num programa de exercício físico interfere nas percepções de bem-estar de mulheres idosas. Foram realizadas entrevistas semi- estruturadas e entrevistas de grupo em três momentos, a 19 mulheres, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na área metropolitana do Porto, submetido a um programa generalizado de exercício físico durante 10 meses com 2 sessões semanais de treino. Os dados foram submetidos a uma análise interpretativa após tratamento da informação.

Antes do início do programa de exercício físico, os resultados obtidos nas entrevistas associam este tipo de práticas a uma concepção ampla de saúde. Neste sentido, à expectativa de que a prática de exercício físico pode ter contributos positivos para o bem-estar, subjazem motivações associadas à importância desses contributos na independência funcional e na vida quotidiana.

No entanto, após o programa de exercício físico os resultados obtidos reflectem hábitos de vida que se aproximam daqueles que são considerados saudáveis e preventivos. As entrevistadas expressam entusiasmo e motivação quando se referem ao contributo de exercício físico para a condição de saúde percebida e para as percepções de bem-estar nos aspectos físico, pessoal e social.

Desta forma, estes resultados podem ajudar a explicar os efeitos de exercício físico, demonstrando que, apesar das dificuldades diárias com que o corpo envelhecido tem de lidar, este programa parece ser importante, fornecendo instrumentos para um enquadramento social e individual, contribuindo para sustentar melhor bem-estar e qualidade de vida da mulher idosa.

PALAVRAS-CHAVE: ENVELHECIMENTO; EXERCÍCIO FÍSICO; BEM-ESTAR; SAÚDE.

ABSTRACT

The preoccupation with the elderly well-being and wellness is more and more obvious. The process of aging reflects itself in and through the body, being understood as a material, physical and biological process, and as a social contribution (Shilling, 1993; Turner, 1996).

Having in mind the growth of the older population in society and the benefits of a regular practice of physical exercise in different domains, such as the physical, physiological, psychological and social ones, the purpose of this study was to understand in which way the participation in a physical exercise programme interferes in the well-being perceptions of the elderly women. It was done semi-structured interviews and group interviews to 19 women with the age of 65 or more, Oporto metropolitan area residents, who were submitted to a generalised physical programme exercise for 10 months with 2 training sessions a week. The data was then submitted to an interpretative analysis after the information treatment.

Before the physical exercise programme, the interviews results relate this type of practices to an idea of health. Being so, together with the expectation that the practice of physical exercise may give positive contributes for the well-being, there are motivations associated with the importance of those contributes to the functional independence and the daily life.

However, after the physical exercise programme, the results show life habits which are close to those considered healthy and preventive. The interviewees show enthusiasm and motivation when they refer to the physical exercise contribution for the healthy condition obtained and for the well-being peceptions in the physical, personal and social aspects.

So these results may help to explain the physical exercise effects, showing that despite the daily difficulties that the elderly body has to deal with, this programme seems to be important as it gives the instruments for a social and individual framework, and also contributes to sustain a better well-being and life quality of the elder woman.

KEY WORD: AGING; PHYSICAL EXERCISE; WELL- BEING; HEALTH.

RÉSUMÉ

La préoccupation avec le bien-être et la qualité de la vie de la population senior est de plus en plus visible. Le vieillissement apparaît dans l'être par le corps perçu comme un phénomène matériel, physique, biologique et une contribution sociale (le Shilling, 1993; tourneur 1996).

tenant compte de la croissance de la population senior dans la société, et des bénéfices à pratiquer régulièrement un exercice physique dans des domaines différents, comme le physique, le physiologique, le psychologique, l'objectif de la présente étude a été de comprendre comment le fait de participer à un programme d'exercice physique s'impose dans les perceptions de bien-être chez les femmes âgées. Des études ont été semi-structurées et des études de groupe en trois phases, avec 19 femmes âgées de 65 ans et plus, résidant dans le secteur métropolitain de Porto, celles-ci ont été soumises à un programme d'exercice physique pendant 10 mois avec 2 sessions hebdomadaires. Les données étaient soumises à une analyse interprétative après traitement des informations. Avant le début du programme d'exercice physique, les résultats obtenus dans les études associent ce type de pratiques à une large conception de santé. Dans ce sens, l'espérance que la pratique d'exercice physique peut avoir des atouts positifs pour le bien-être, suscite des motivations associées à l'importance de ces contributeurs dans l'indépendance fonctionnelle et dans la vie quotidienne.

Cependant, après le programme d'exercice physique, les résultats obtenus révèlent que les modes de vie s'approchent de ceux que l'on considère sains et préventifs. Les candidats expriment l'enthousiasme et la motivation quand ils se réfèrent aux atouts que leur apportent l'exercice physique pour la santé et pour le bien-être pour l'aspect physique, personnel et social. Ces résultats peuvent aider à expliquer les effets de l'exercice physique, démontrent que, malgré les difficultés quotidiennes avec lesquelles le corps vieillissant doit travailler, ce programme semble être important, fournissant des instruments pour l'empowerment social et individuel, contribuant de supporter le meilleur bien-être et la qualité de la vie de la femme senior.

Mots Clés: Vieillissement; exercice physique; bien-être; santé.

ÍNDICE GERAL

	Agradecimentos	VII
	Resumo	IX
	Abstract	XI
	Résumé	XIII
	Índice Geral	XV
1.	<u>INTRODUÇÃO</u>	I
2.	<u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	7
2.1.	<u>Envelhecimento</u>	9
2.2.	<u>Envelhecimento e Bem-estar</u>	Error! Bookmark not defined. 14
2.2.1.	<u>Saúde/ Funcionalidade</u>	Error! Bookmark not defined. 14
2.2.2.	<u>Aspectos sociais</u>	Error! Bookmark not defined. 19
2.3.	<u>Exercício Físico e Bem-estar na mulher Idosa</u>	Error! Bookmark not defined. 24
2.3.1.	<u>Benefícios do Exercício Físico</u>	Error! Bookmark not defined. 24
2.3.2.	<u>Saúde/ Funcionalidade</u>	Error! Bookmark not defined. 26
2.3.3.	<u>Aspectos sociais</u>	Error! Bookmark not defined. 30
3.	<u>METODOLOGIA</u>	Error! Bookmark not defined. 35
3.1.	<u>Caracterização da pesquisa qualitativa</u>	Error! Bookmark not defined. 37
3.2.	<u>As entrevistas</u>	Error! Bookmark not defined. 38
3.2.1.	<u>Construção e validação do guião da entrevista</u>	Error! Bookmark not defined. 41
3.2.2.	<u>Grupo estudado e aplicação das entrevistas</u>	Error! Bookmark not defined. 42
3.3.	<u>Processo analítico</u>	Error! Bookmark not defined. 44
3.3.1.	<u>Constituição do corpus</u>	Error! Bookmark not defined. 44
3.3.2.	<u>Análise de conteúdo</u>	Error! Bookmark not defined. 45

3.3.3. Sistema categorial.....	Error! Bookmark not defined.	46
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	Error! Bookmark not defined.	49
4.1 Percepções de bem-estar físico/pessoal...	Error! Bookmark not defined.	51
4.1.1.Expectativas da prática do exercício físico/ Exercício físico e novos hábitos de vida	Error! Bookmark not defined.	51
4.1.2.Perda de indepência funcional/ Contornar a Perda de independência funcional	Error! Bookmark not defined.	56
4.1.3.Desvalorização pessoal/ Valorização pessoal	Error! Bookmark not defined.	60
4.2 Percepções de bem-estar social/pessoal..	Error! Bookmark not defined.	64
4.2.1.Isolamneto social/ Lazer e convivência	Error! Bookmark not defined.	64
4.2.2.Esfera doméstica nos papéis sociais/ O exercício físico e os papéis sociais	Error! Bookmark not defined.	68
5. CONCLUSÕES	Error! Bookmark not defined.	73
BIBLIOGRAFIA	Error! Bookmark not defined.	79
ANEXOS		XVII
Error! Bookmark not defined.		

1. INTRODUÇÃO

A cada década que passa, as sociedades estão a sofrer um gradual envelhecimento da população. De acordo com as estatísticas, o tempo que se aproxima vai ter uma percentagem muito elevada de idosos (Osório e Pinto, 2007). A população mundial terá atingido os 6,5 mil milhões de habitantes e prevê-se que atinja os 7 mil milhões em 2012. Estima-se que as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos sejam cerca de 7% da população mundial (Nunes, 2008). Em Portugal, o último Censo Populacional, referia que 16,4% da população tinha mais de 65 anos (Nunes, 2008). Os dados demográficos mostram que a evolução do número de idosos é semelhante à dos restantes países da União Europeia. No ano de 1960, as pessoas com 65 e mais anos, apenas representavam 8% do total da população.

Este envelhecimento da população, deve-se, por um lado, ao declínio dos níveis de mortalidade com o aumento da longevidade/esperança média de vida associado aos avanços da medicina, e, por outro, está igualmente relacionado com os índices de natalidade que não têm parado de decrescer (Osório e Pinto, 2007). Segundo previsões da ONU, em 2025 o número de sexagenários irá ultrapassar o de jovens com menos de 15 anos, a população com mais de 80 anos multiplicar-se-á por seis e o número de centenários será dezasseis vezes maior do que actualmente (Liano et al., 2004).

No entanto, este aumento da longevidade nem sempre se traduz num aspecto positivo na medida em que se por um lado a longevidade tem vindo a aumentar, esse aumento da esperança média de vida nem sempre significa uma vida independente, digna e socialmente estimulante (Carvalho, 1999).

Neste sentido, tudo parece indicar para que seja urgente estudar e definir formas que possam contribuir para este envelhecimento saudável e de qualidade. Entender o processo de envelhecimento é importante não apenas para entender a etiologia associada aos processos degenerativos que lhe estão associados, mas, fundamentalmente, para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência, de forma a garantir a vivência do final do ciclo de vida de uma forma autónoma e qualitativamente positiva. Entre outros, o exercício físico regular tem sido indicado como um meio fundamental para alcançar este objectivo (ACSM, 1998),

Assim, o envelhecimento da população, a nível mundial, faz com que seja cada vez mais importante definir até que ponto a prática de exercício físico pode beneficiar o estado de saúde, melhorar a autonomia e capacidade funcional, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida da população idosa. Para além do mais, torna-se determinante perceber quais os mecanismos necessários para atingir estes objectivos (ACSM, 1998a).

Devido ao aumento do tempo de vida e do abandono mais precoce do trabalho - consequência da evolução tecnológica- o idoso vive numa angústia perante a nova realidade social que lhe proporciona mais tempo livre mas sem meios de o saber viver. Este aumento do tempo livre tem vindo a contribuir significativamente para uma vida menos activa, sendo este também resultado das alterações físicas acompanhadas com a idade a par com estilos de vida menos saudáveis (Garcia, 1999).

Por oposição ao exercício físico regular, o estilo de vida sedentário que o idoso muito frequentemente adopta, aumenta a probabilidade de surgirem diferentes patologias e incapacidades (ACSM, 1998b).

Tal como foi referido, o exercício físico regular, tem, entre outros factores, sido indicada pela literatura como um excelente meio de atenuar os efeitos do envelhecimento precoce. As alterações provocadas pelo envelhecimento podem ser prevenidas e atenuadas, ou mesmo sujeitas a uma certa reversibilidade através do exercício físico devidamente orientado.

O exercício físico ajuda a melhorar a capacidade funcional e a prevenir a perda de independência, contribuindo assim para uma redução substancial das necessidades dos serviços médicos em situações agudas e crónicas (OMS, 1997).

O envelhecimento é um processo progressivo e irreversível que ocorre em todos os indivíduos, sendo o exercício físico um factor de risco modificável que apresenta uma boa correlação com um bom estado funcional e a manutenção da saúde física e mental do idoso (Mota et al., 1993; Marques et al., 1993).

De acordo com Mazzo (2001), entre os vários benefícios de um estilo de vida activo, os aspectos psicológicos e sociais assumem muitas vezes um papel de relevo uma vez que os idosos enfrentam problemas como: solidão, ausência de

objectivos de vida e de actividades ocupacionais, sociais, de lazer, artístico - culturais e físicas.

Uma das fases mais importantes e marcantes da vida é a terceira idade que, com todas as suas capacidades tão díspares, se torna uma nova experiência para o indivíduo, muitas das vezes nada agradável. As suas capacidades físicas e mentais vão-se deteriorando, o indivíduo sente-se inferior e mais perto da morte, esquecendo-se por vezes que o tempo que tem é muito e que o pode ocupar fazendo o que mais gosta, experimentando novas coisas. As actividades desportivas, entre outras, permitem aos idosos aprenderem coisas novas, o que faz com que se sintam úteis e, por isso, valorizados (Gáspari e Schwartz, 2005).

A sociedade está voltada para o jovem e, culturalmente, a idosa é entendida como um apêndice, um fardo, não se enquadrando, portanto, naquele contexto. A falta de motivação provocada por uma baixa auto-estima na medida em que a sociedade cultiva o "novo, o forte, o poderoso e que é considerado como belo" (Alves Júnior, 1999, p. 108), é um aspecto a revelar. Muitas vezes torna-se difícil conviver com a sensação de inutilidade, de desprezo por parte dos outros, com uma pessoa que, tal como a mulher idosa, deu toda a sua vida dita produtiva em benefício da própria família e hoje não é respeitada apesar de todo o seu saber, da sua experiência de vida acumulada através dos tempos. Isso acarreta muitas vezes situações de isolamento e solidão da idosa que fazem com que a dependência, o desânimo frente à vida e a crença na incapacidade de actuar em diversos momentos da vida social a levem a ter pena de si mesmo e ao conformismo com um estado de coisas que se estabelece (Oliveira, 2008).

Dessa forma, é importante considerar o emprego do exercício físico para o benefício psicológico do idoso, compreender a relação existente entre o bem-estar e a prática regular do exercício físico e como estes aspectos podem contribuir para o resgate da dignidade do idoso (Bandura, 2004).

Os objectivos a serem alcançados através da prática regular e adequada do exercício físico pelas idosas são: boa saúde e capacidade funcional,

autoconfiança, sensação de auto-controlo, segurança no dia-a-dia através do domínio do corpo e bem-estar físico e mental (Mazzo, 2001).

A percepção de bem-estar, que tem como base o desejo de uma vida mais sã e serena, que permite ultrapassar as “batalhas diárias” e as diferentes fontes de preocupação de tudo o que nos rodeia (Albuquerque, 2005).

No entanto e apesar dos reconhecidos benefícios, muitas das idosas preferem adoptar um estilo de vida sedentário, sendo os factores psicológicos uma das principais “barreiras” para a prática de exercício físico. É importante alterar as formas de pensar e educar as idosas no sentido de estas terem uma vida mais activa, realçando sempre os benefícios a ela associados e alerta-las para os perigos do sedentarismo (Faria Júnior, 1999).

É preciso pois progressivamente alterar as mentalidades da sociedade na forma de encarar as idosas e de lhes proporcionar momentos/actividades que lhes permitam conhecer o seu corpo, a sua utilidade e funcionalidade, para assim, contribuir para o seu bem-estar.

Assim, tendo em conta o crescimento da população idosa na sociedade e os benefícios da prática regular do exercício físico em diferentes domínios, como o físico, o fisiológico, o psicológico e o social, o objectivo do presente estudo foi o de compreender de que modo a participação num programa de exercício físico interfere nas percepções de bem-estar de mulheres idosas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ENVELHECIMENTO

Uma das grandes consequências da evolução da estrutura social que se tem sido observando nos últimos anos é o aparecimento de novos perfis demográficos, sendo o envelhecimento populacional, um dos aspectos mais relevantes nas sociedades actuais.

A população idosa é uma realidade demográfica cada vez mais significativa na população mundial (Carvalho e Soares, 2004). Esta não evolui de forma uniforme em todas as regiões do mundo. Segundo o seu grau de desenvolvimento, confirma-se que os países mais desenvolvidos iniciaram primeiro o seu fenómeno de transição demográfica com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto os países menos desenvolvidos apresentam taxas de crescimento positivas embora relativamente baixas, aproximando-se o valor nulo a partir de 2030 (Nunes, 2005).

A população mundial continua a aumentar e a tornar-se envelhecida, não só porque existem mais pessoas idosas dado o aumento da longevidade, mas também porque existem menos crianças e jovens devido a menor taxa de natalidade (Oliveira, 2008).

A média das idades na população da Europa desenvolvida tenderá, em 2050, a aproximar os 55 anos, havendo nessa altura menos de 15% de jovens e mais de 25% de idosos. A expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e de 92,5 anos para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 anos para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que hoje (Nunes, 2008).

Portugal acompanha a Europa na tendência do envelhecimento que se encontra um pouco por toda a parte. A projecção de população residente no país no período entre 2008 e 2060, realizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), indica que, no próximo meio século, haverá uma diminuição de 3,4% de jovens (com menos de 15 anos). A população activa (entre os 15 e os 64 anos) terá uma queda maior: 11,5%. Só a população com mais de 65 anos quase que duplicará: crescendo de 17,4% (2008) para 32,3%

(2060). O que significa que, em 2060, haverá três idosos por cada jovem. Em Portugal residirão, nessa altura, 271 idosos por cada 100 jovens- mais de o dobro dos valores projectados para este ano: 116 idosos por cada 100 jovens (INE, 2002).

Na população portuguesa, mais de metade (59%) dos indivíduos pertencentes à faixa etária com mais de 65 anos são do sexo feminino, aumentando esta proporção, a favor as mulheres, à medida que vai aumentando idade, verificando-se que este crescimento está também associado a um maior número de incapacidades (INE, 2002). Assim, as mulheres idosas passam a ser uma categoria que não pode ser ignorada.

O envelhecimento manifesta consequências a diferentes níveis i) a nível social: convivência de várias gerações, famílias com um ou vários idosos, mais idosos a viverem em instituições; ii) a nível da saúde: exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e tratamento, maior ocupação de camas hospitalares; e, por último, iii) a nível económico: maior número de pensionistas ou reformados, mais lares de 3ª idade (Oliveira, 2008).

Quando o ser humano envelhece, observamos uma série de mudanças na sua imagem externa, os cabelos tornam-se brancos e quebradiços, a pele enrugase, a força muscular diminui, os movimentos são mais cuidadosos, as reacções são mais lentas, a memória cede, os contactos com outras pessoas tornam-se mais difíceis (Spirduso et al., 2005). No entanto, as mudanças ligadas à idade não surgem do mesmo modo, nem acontecem com a mesma rapidez em todas as pessoas; pelo contrário, sofre influências do tempo, da hereditariedade, do meio ambiente, da dieta, do estilo de vida e do hábito ou não de praticar exercício físico (Lima et al., 2003). Neste sentido, tal como referem Spirduso et al. (2005), o envelhecimento cronológico nem sempre corresponde ao envelhecimento fisiológico. Assim e de acordo com os autores, podemos classificar o envelhecimento em primário, secundário e terciário.

Por envelhecimento primário, entende-se as mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, são irreversíveis, progressivas e universais (ex: aparecimento de rugas, o embranquecimento dos cabelos, perdas de massa óssea e muscular, o declínio do equilíbrio, da força e da velocidade e as perdas

cognitivas). O envelhecimento secundário engloba as mudanças causadas por doenças que são dependentes da idade, à medida que o tempo vivido significa o aumento da probabilidade de exposição a factores de risco. Os efeitos deletérios dessas mudanças são cumulativos, o que faz com que os organismos apresentem uma crescente vulnerabilidade com o passar da idade (ex: doenças cérebro-vasculares, cardiovasculares, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, depressão, entre outras). Por último, envelhecimento terciário refere-se ao declínio terminal, caracterizado por um grande aumento das perdas num período relativamente curto, resultando em morte.

Para além da idade cronológica e à idade biológica (saúde ou doenças dos diversos órgãos, capacidade de adaptação e de funcionalidade) definidas por Spirduso et al., (2005), alguns autores referem ainda a idade psicológica (entusiasmo ou depressão, expectativas positivas ou desilusão); a idade social (expectativas e preconceitos dos familiares e da sociedade em geral); e, por último, a idade cultural (nas sociedade africanas e orientais, o idoso atinge o cume do prestígio, enquanto que nas sociedades ocidentais e de produção, o velho é desconsiderado) (Oliveira, 2008).

Nesse sentido, Simões (2006) relata que o envelhecimento para além de ser pessoal (dependente da nossa biologia e dotação genética) é também um fenómeno contextual (depende de como vivemos, das experiências, do ambiente, da sociedade, da região geográfica entre outros tantos, que interferem na maneira como cada individuo vivência o seu envelhecimento). A complexa interacção entre essas duas ordens de factores determina a imensa variedade das experiências individuais do envelhecimento. Constata-se desta forma que a resposta a qualquer tipo de questão sobre o idoso depende de quem questionamos e como essa questão é feita. O envelhecimento deve ser entendido como um conceito abstracto, muito embora assuma características comuns originadas pelas condições físicas e pelos próprios limites impostos pela sociedade. Envelhecer é uma propriedade particular, com vivências e expectativas específicas (Oliveira, 2008).

A este respeito Barreto (1999) refere que ao longo do envelhecimento a personalidade enriquece-se, complica-se e diferencia-se. Os estilos de vida

tornam-se diferentes uns dos outros e cada idoso é mais ele próprio, uma vez que se envelhece como se viveu. Assim, o processo de envelhecimento não deve ser dividido, ou visto por fases ou etapas, mas sim como um processo contínuo e individual.

Assim, podemos entender que não existe uma definição inequívoca de envelhecimento, uma vez que pode ser definida de diversas formas, todas elas correctas, dependendo de direcção do foco da atenção dos diferentes factores (Garcia, 2004).

Das várias definições de envelhecimento encontradas, a proposta por Spirduso (1995) parece-nos bastante completa e abrangente. De acordo com a autora o envelhecimento caracteriza-se por ser um processo ou conjunto de processos, inerentes a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade estando associado a alterações físicas e fisiológicas. Estas alterações assumem repercussões na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia e na saúde desta população e, deste modo, no seu bem-estar.

Também Zambrana (1992) refere o envelhecimento como um processo de degeneração biológica que se manifesta de várias formas. Segundo o autor, aparece muito antes daquilo que entendemos por velhice, tem evolução contínua e vem acompanhado por vários “males”, sendo um deles a limitação das capacidades de adaptação do indivíduo.

O envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes e, se é verdade que no estudo do envelhecimento a biologia tem prevalecido, por comparação com a psicologia ou outras ciências sociais (Birren, 1995), o funcionamento humano não pode ser entendido pela sua redução à dimensão biológica.

O fenómeno de envelhecimento deve pois ser entendido como um processo fisiológico que não ocorre necessariamente em paralelo com a idade cronológica e apresenta uma considerável variação individual (Matsudo e Matsudo, 1993).

De acordo com Simões (1994), o envelhecimento é um processo biológico que geralmente se manifesta em todos os níveis de integração do organismo, desde células, órgãos e seu funcionamento, influenciando no nível da personalidade e dos grupos humanos. Por esta razão torna-se difícil indicar um dado cronológico para determinar a faixa etária a que pertence um sujeito idoso. Assim, Shephard (2002) classifica o envelhecimento em três estágios: idoso jovem de 65 a 75 anos; velhice média de 75 a 85 anos e velhice extrema dos 85 anos em diante. Contudo, Spirduso (1995) propõe uma outra forma de descrever a idade adulta que se traduz na inserção de cada idoso no escalão etário a que pertence, isto é, os sexagenários (60-69 anos), septuagenários (70-79 anos), octogenários (80-89 anos), nonagenários (90-99 anos) e centenários (100 anos ou mais).

Lassey e Lassey (2001) dividem a população idosa em três faixas etárias, os idosos jovens, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos; os idosos que se situam entre os 75 e os 84; e os mais idosos que têm idades superiores a 85 anos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), idoso é todo o indivíduo com 65 anos de idade ou mais.

No presente estudo, o termo idoso refere-se aos sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, pois embora não se concorde com o facto do envelhecimento se iniciar repentinamente nesta idade, a literatura é relativamente consensual ao assumir como idoso a pessoa que ultrapassou os 65 anos (Lassey e Lassey, 2001; OMS, 2002; Shephard, 2002; Spirduso, 1995).

2.2 ENVELHECIMENTO E BEM- ESTAR

2.2.1 SAÚDE/ FUNCIONALIDADE

Ao traçar uma representação da saúde a partir do idoso e da sociedade para o idoso, é possível perceber que o envelhecimento é causador de muitas transformações e perdas gerais. Utilizando como referência as variáveis biológicas da saúde, compreende-se que todo o sistema orgânico/corporal já não tem a mesma capacidade funcional e de renovação celular como noutras fases da vida (Nunes, 2008).

Embora a esperança média de vida das mulheres seja superior à dos homens, as queixas de saúde, a referência a determinados sintomas e a procura de ajuda médica são superiores. Esta situação é longamente referida na literatura (Leventhal, 1994) e é geralmente atribuída ao processo de socialização, no qual, entre outros, os papéis desempenhados por mulheres e homens na sociedade são considerados para justificar as diferenças de longevidade.

A temática da saúde é um tema significativo e merecedor de reflexão, pois essa ora influencia a nossa expectativa de vida, ora condiciona o modo de viver a própria vida. Lovisolo (1995), ao reflectir sobre a saúde, constata a existência de um movimento pela mesma e pela longevidade. Mesmo existindo uma diferença em intensidade e características no tocante ao meio que se observa, a preocupação com a saúde e a resistência à doença, ou com a recusa em envelhecer são dois exemplos das atitudes actuais.

Um outro exemplo está relacionado com uma significativa parcela da população ocidental, que tem associado saúde unicamente a uma performance corporal, e associado o bem-estar ao bom funcionamento orgânico, sendo este o modelo médico preponderante na sociedade urbana e industrializada (Garcia, 2004).

Envelhecer com saúde e autonomia constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (Nunes, 2008). Ter autonomia é poder executar independentemente e satisfatoriamente as actividades do dia-a-dia,

mantendo as relações e actividades sociais, e exercitando seus direitos e deveres de cidadão (Abreu et al. 2002, citado por Pereira 2003). Segundo Hayflick (1996), dados de pesquisa mostram que, com o avanço da idade, há um aumento progressivo da necessidade de assistência na realização das actividades do dia-a-dia.

Neste âmbito, as questões associadas à independência funcional assumem particular relevância, sendo a capacidade de realizar as actividades de vida diária como por exemplo, vestir-se, tomar banho, alimentar-se e caminhar, e as actividades instrumentais da vida diária como usar telefone, cozinhar, realizar tarefas de casa, fazer compras, utilizar transportes públicos, entre outras, um importante indicador de autonomia dos idosos, podendo influenciar a sua percepção de bem-estar e qualidade de vida (Heikkinen, 2003).

O envelhecimento não é um problema, pelo contrário, deve apresentar-se como uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível. Desta feita, é necessária uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, da formação dos profissionais de saúde e de outros campos da intervenção social (DGS, 2004).

Na realidade, os idosos desejam viver o maior número de anos possível, mas, não desejam uma vida longa se a sua qualidade for baixa. Ao aumento da longevidade deve corresponder um aumento da qualidade de vida deste escalão etário (Spirduso et al., 2005). A qualidade de vida está inter-relacionada com diversos factores, dos quais o bom desempenho físico, mental, a autonomia e saúde assumem papel de destaque. Assim, ser fisicamente independente e ter a capacidade de ser activo desempenha um papel preponderante na qualidade de vida e no bem-estar da idosa. O receio de se tornar dependente por incapacidade física é um dos maiores receios das idosas (Spirduso, 1995).

Fazer uma avaliação do estado de saúde de um idoso é um processo complexo, pois exige um bom conhecimento das atitudes culturais e dos estilos de vida do mesmo (Nunes, 2008).

Para Cordeiro (1998), o significado de “estar bem de saúde” é muito variável entre a população idosa e podemos encontrar desde indivíduos que subestimam as suas capacidades, menosprezando sinais e sintomas de problemas físicos por considerarem que esses são devidos à idade; a idosos que se preocupam em excesso com o mínimo de problema.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), saúde define-se como um bem-estar corporal, mental e social. Esta organização diz que, dentro da larga variedade de factores que influenciam a saúde (predisposição genética, envolvimento físico e social), o comportamento é aquele que maior impacto tem na saúde e bem-estar de cada indivíduo.

De acordo com Gonçalves (1990), o conceito de saúde baseia-se num critério subjectivo, o do bem-estar, pois torna-se difícil de o traduzir em termos de observação, ou em dados fisiológicos precisos.

A carta de Ottawa (OMS, 1986), divulgada na primeira conferência internacional sobre a promoção de saúde, refere a saúde como o melhor instrumento para o desenvolvimento pessoal, social e económico.

Um dos objectivos da promoção da saúde, e em particular dos escalões etários mais velhos, é o aumento do bem-estar e da qualidade de vida, adiando o surgimento de doença crónica e aumentando o período de vida activo (Nunes, 2008).

O estado de saúde é um factor importante para manter uma vida com qualidade. Nesta faixa etária, a qualidade de vida é avaliada pelo seu grau de funcionalidade e pela sua capacidade em permanecer independente (Guralnik et al., 1989). Spirduso (1995) afirma que para o adulto a preocupação com a qualidade de vida estará sempre relacionada com a saúde, com a capacidade de realizar as actividades diárias de forma independente e com a percepção de bem-estar.

A percepção de bem-estar, que tem como base o desejo de uma vida mais sã e serena, que permite ultrapassar as “batalhas diárias” e as diferentes fontes de preocupação de tudo o que nos rodeia (Albuquerque, 2005).

O bem-estar apresenta-se assim como um estado dinâmico de saúde no qual o indivíduo progride em direcção a um nível elevado de funcionalidade,

atingindo um equilíbrio óptimo entre o meio interno e externo. O bem-estar é um conceito de prática que engloba todos os aspectos do indivíduo, que envolve a manutenção de uma boa nutrição, exercício físico, boas relações pessoais, familiares e sociais, e o controlo do stress (Albuquerque, 2005). O bem-estar pode ser considerado um tipo de medicina preventiva associada ao estilo de vida de cada um.

Smith (2001) considera que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, dinheiro suficiente). Actualmente relaciona-se, também, com dimensões mais subjectivas (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). Estas dimensões são produto da história pessoal e do grupo etário, e depende das condições existentes no grupo social, num dado momento histórico (Berger, 1989; Baltes e Baltes, 1990; Birren e Scrnoots, 1995).

É do senso comum a noção de que o nosso bem-estar depende muito da existência de relações interpessoais de qualidade. Qualquer ser humano privado de companhia de outros humanos tem uma menor percepção de bem-estar e de felicidade, independentemente da sua idade (Nunes, 2008).

Para compreender o conceito de bem-estar sob o ponto de vista holístico, apresentado por Armbruster e Gladwin (2001, cit. por Dantas, 2005), é necessário entender o impacto das seis dimensões de bem-estar para indivíduos adultos: (i) dimensão física que focaliza a manutenção física independente e a qualidade de vida por meio da participação regular do exercício físico, alimentação saudável e estilo de vida positivo; (ii) dimensão emocional que enfatiza a percepção e a aceitação dos próprios sentimentos e emoções; (iii) dimensão intelectual que encoraja a utilização da mente para aquisição de conhecimento, aumentar a criatividade e adquirir melhor compreensão e apreciação para si e para os outros; (iv) dimensão social que mantém e nutre relacionamentos saudáveis e harmoniosos entre os familiares e com o outros; (v) dimensão espiritual que procura o objectivo e o significado na vida, reavaliando os valores e a ética; e por fim (vi) dimensão vocacional

que estabelece e realiza interesses pessoais, objectivando encontrar significado em actividades voluntárias com a comunidade.

Dantas (2005) refere que o bem-estar representa a transcendência do ser humano para além de sua plenitude, buscando o entendimento da sua realidade de vida, a harmonia com o ambiente que o cerca e a busca da evolução.

Deste modo, deseja-se evidenciar que a pessoa idosa, inserida no contexto social actual, procura intensamente provar os seus valores, a sua importância, e sobretudo a sua capacidade de ser e fazer. É importante para a idosa sentir-se útil no contexto familiar e social. Desta feita, actividades como tomar conta dos netos e participar na divisão das tarefas domésticas reveste-se de uma importância crucial nesta faixa etária. Enquanto em momentos anteriores da sua vida, actividades como estas não pareciam ter grande relevância, pois eram consideradas um dado adquirido, no presente assumem um papel importante. A idosa deseja continuar o seu papel de matriarca, não sendo relevada para um segundo plano devido à sua idade. Independentemente se trabalhavam ou não, era da responsabilidade da mulher a realização das tarefas domésticas. Ora enquanto idosa essas tarefas são ainda mais valorizadas pois conferem-lhe uma sensação de utilidade.

Logo, o que interessa como dimensão de qualidade de vida e bem-estar é o significado que atribuímos às condições e maneiras de viver.

Tendo em conta que, para muitos adultos, um envelhecimento com qualidade, caracterizado por uma diminuição funcional mínima, é um objectivo a alcançar, torna-se importante compreender como esse factor influencia o seu bem-estar em distintas esferas da vida.

Face a esta realidade, assiste-se a um interesse crescente por parte da comunidade científica na área da gerontologia, em geral, do exercício físico, em particular, pelo bem-estar e qualidade de vida desta população mais velha.

Ora, associados à saúde e funcionalidade, são igualmente relevantes diferentes aspectos sociais para o bem-estar da idosa.

2.2.2. ASPECTOS SOCIAIS

No século XIX e XX o homem era encarado como chefe de família, era considerado o patriarca e a mulher, intrinsecamente associada à célebre trilogia esposa, mãe e dona de casa, tinha um papel subalterno. Actualmente, apesar da persistência deste tipo de estruturas familiares, elas já não representam de forma exclusiva o modelo de família (Nunes, 2005).

A problemática crucial dos idosos na sociedade actual, e em particular na família, é hoje contingente, não só pela percentagem cada vez maior de idosos em comparação com outras faixas etárias, mas também pelo abandono a que podem estar sujeitos. A velhice está geralmente associada a muitos problemas para os próprios idosos, para os familiares e para a sociedade em geral (Oliveira, 2008).

Recuando um pouco no tempo, ser-se idoso era encarado como um fenómeno natural na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e a imagem que a sociedade tinha desta população eram diferentes daquela que têm hoje. Ser-se idoso era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo, o que fazia do idoso, um conselheiro, um amigo, a memória das gerações. Ao idoso atribuía-se o papel de dirigente pela experiência e sabedoria conferida pela sua longa vida (Costa et al., 1999). Cada idoso era como um arquivo vivo, ou uma biblioteca que conservava e podia transmitir experiências e sentimentos essenciais para a sobrevivência da comunidade (Costa et al., 1999). Quando o saber das sociedades era transmitido essencialmente através da forma oral, o papel dos mais idosos era fundamental, dado que funcionava como o arquivo do saber.

Como já foi referido anteriormente, não é fácil definir envelhecimento, podemos, no entanto, apontar algumas características que mais frequentemente se imputam aos idosos: crise de identidade (provocada pelo próprio e pela sociedade); diminuição da auto-estima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares bem como as mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planear o futuro; atitudes infantis ou infantilizadas (como processo de solicitar carinhos); complexos diversos (como a diminuição do

libido e do exercício da sexualidade); tendência à depressão; surgimento de novos medos (como o de incomodar, de ser um peso ou estorvo, de sobrecarregar os familiares, medo da solidão, de doenças, etc); diminuição das faculdades mentais (sobretudo da memória); e problemas a nível cognitivo (da memória, linguagem, solução de problemas) [Oliveira, 2008].

Não só os familiares, mas também as instituições, têm o dever de apoiar e confortar os idosos, assim como os responsáveis pela Nação para cumprirem minimamente o estipulado na Constituição da República Portuguesa que dedica aos idosos o artigo 72: 1º “as pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”; 2º “A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

Na actualidade, o trabalhador que se vê à porta da sua aposentaria, apresenta uma atitude ambivalente. Por um lado, esse é atraído pelo facto de não ter mais rotinas referentes aos compromissos do trabalho e, por outro, continua a acordar no mesmo horário, não sabe mais como ocupar o seu tempo e a sua energia, acabando por se sentir inseguro nesta etapa da vida. Pode ser o tempo de desgraça, se o reformado não sabe encontrar novas formas de viver e conviver, de ocupar o seu tempo; mas, deverá tornar-se tempo de graça, de maior disponibilidade para finalmente e calmamente se poder fazer aquilo de que se mais gosta (Nunes, 2008).

O envelhecimento é marcado por aspectos positivos de sabedoria, consciência da finitude, esperança mas também por perdas que podem gerar sentimentos de solidão, desvalorização pessoal e profissional, e podem até levar à dependência e à falta de autonomia.

Entre os idosos, o sentimento de ser útil é essencial para a visão positiva de si mesmo, é um meio de realização e valorização pessoal e social do indivíduo (Oliveira, 2008). Alguns valores como o trabalho, a autonomia e a independência são extremamente importantes para as pessoas idosas e

ajudam a moldar a identidade e a história de vida. O valor socialmente reconhecido do trabalho garante ao idoso um lugar de destaque na vida do ser humano. Contudo, a diminuição das suas capacidades físicas e consequente lentidão na execução das actividades diárias, remete a idosa para um segundo plano quanto à vida social. Basta que pensemos em actividades diárias como a limpeza da casa, que as idosas receiam passar a ser feitas pelos membros mais jovens da família (filha, nora, neta, ...). Têm medo e receio de que estas tarefas deixem de lhes ser atribuídas ao serem consideradas demasiado frágeis para as executar. Salieta-se que as idosas adoptaram os papéis de mãe, avó e, possivelmente o de bisavó. Constata-se a importância dessas idosas na família, através desses papéis desempenhados durante o seu percurso.

O processo de envelhecimento do ser humano na sociedade contemporânea, está, indubitavelmente, acompanhado de vários desafios. Giddens (2001, p. 146) refere: “ à medida que as pessoas envelhecem, elas enfrentam uma combinação de problemas físicos, emocionais e materiais difíceis de solucionar. Uma das principais preocupações das pessoas idosas é conseguir independência, liberdade de movimento e habilidade para participar integralmente do mundo social”.

A passagem à reforma ou o falecimento do cônjuge são exemplos de acontecimentos que podem suscitar uma maior expectativa de proximidade aos filhos, a qual nem sempre se concretiza. As alterações físicas, a maior fragilidade ou a doença, juntamente com os sentimentos de desvalorização cultural conduzem a apelos frequentes aos familiares e amigos. As expectativas de receber carinho e atenção são, por vezes, defraudadas e conduzem à decepção e desvalorização de si mesmo.

Ribeiro (2004, p. 19) afirma que “estas ideias de desvalorização podem justificar o isolamento do idoso em relação à família, à comunidade e até à sociedade”.

Alicerçado no isolamento, o envelhecimento social é o caminho percorrido em relação à morte social, que se traduz na ausência de contactos interpessoais;

na impossibilidade ou incapacidade de estabelecer relações significativas com outros seres humanos (Motta, 1989).

Quando as pessoas ficam velhas parecem perder ou sair dos círculos sociais e interação social que compunham, centralmente no seu quotidiano. No próprio plano familiar, os filhos tornam-se adultos diminuindo as responsabilidades e as oportunidades de incidência sobre as suas vidas. O idoso torna-se alguém que requer cuidados e atenções, já não sendo aquela pessoa que protegia os seus filhos. As relações ocupacionais desmancham-se, perdem a sua forma e intensidade, sobretudo quando a aposentadoria se torna um estado de idoso. Os amigos perdem-se por doença, morte ou, menos dramaticamente, por dificuldades de locomoção. Na perspectiva social, a velhice aparece como um caminho de redução da sociabilidade, de aumento da possibilidade de solidão, de perda do reconhecimento familiar e extra-familiar, enfim como redução do eu que se forma e reconhece a partir do relacionamento com os outros.

Segundo Botelho (2001) tanto a perda de familiares como do seu afecto propicia isolamento e solidão. Estes mesmos autores salientam que as idosas que possuem uma percepção de maior preocupação por parte dos familiares e amigos mostram menos sentimentos de solidão. Desta feita, entende-se que a falta de afecto e o abandono na velhice pode levar a um sentimento de tristeza e solidão, por vezes provocado por circunstâncias relativas a diminuições das capacidades físicas, que, por sua vez, levam a um distanciamento conducente ao isolamento social (Barroso e Tapadinhas, 2006).

Segundo Pais (2007), a solidão sente-se porque existe a necessidade do outro. Para os idosos é extremamente incómodo verificar que já não têm significado para os outros.

Nesse contexto, ressaltam a importância das actividades que são esperadas por uma pessoa para entender as mudanças que ocorrem no curso de vida, uma vez que estão ocupando determinada posição no espaço social. O envelhecimento conduz a uma progressiva perda da autonomia funcional e o modo de aceitação e de valorização da dependência interpessoal afigura-se também diferente. Assim, o comportamento e a adaptação serão função do

contexto de vida global, dos apoios disponíveis, das oportunidades de relação e das possibilidades de mudança e de reconstrução pessoal (Novo, 2003).

A maior preocupação com a questão do envelhecimento populacional e, em especial, com o feminino, decorre do facto de se encarar esse contingente como dependente e vulnerável, não só do ponto de vista económico, como também de debilidades físicas, o que pode acarretar perda de autonomia e incapacidade para lidar com as actividades do quotidiano. Referimo-nos essencialmente às mulheres que estão no seu último estágio da vida, normalmente associado à retirada da actividade económica, com taxas crescentes de morbilidade, principalmente por doenças crónicas, de mudanças na aparência física, além do aparecimento de novos papéis sociais, como o de ser avós ou chefes de família, em decorrência da viuvez (Novo, 2003).

Essas posições, definidas como papéis sociais, são influenciadas pelo que se espera de uma pessoa e pelo que a própria pessoa espera de si mesma. Tais papéis sociais apresentam propriedades positivas ao favorecerem oportunidades de aquisição e uso de habilidades. Apresentam igualmente propriedades negativas ao gerarem tensões, conflitos e ambiguidades (Kahn e Antonucci, 1979).

O envelhecimento é biológico, no que se refere a uma abordagem das capacidades funcionais e vitais, psicológico, entendível ao nível da capacidade comportamental e, também social no que se refere á perda da importância dos papes sociais e hábitos das pessoas na sociedade (Birren, 1988).

Tendo em conta tudo o que fora referido anteriormente, passaremos a reflectir sobre a importância e o impacto do exercício físico na vida das mulheres idosas.

2.3. EXERCÍCIO FÍSICO E BEM-ESTAR NA MULHER IDOSA

2.3.1. BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO

Apesar dos benefícios associados à prática do exercício físico, a maioria das idosas preferem adoptar estilos de vida sedentários. Para que as idosas iniciem e mantenham a sua participação em programas de exercício físico é necessário criar actividades que lhes proporcionam o seu bem-estar. Não existe idade para aprender novos movimentos, sendo apenas necessário adaptar o exercício físico às características e possibilidades de cada um (Carvalho, 1999).

O objectivo destas actividades é desenvolver estratégias que permitam à idosa ser independente dos outros na realização das suas tarefas diárias. Desta feita, o que se pretende não é atingir a técnica e o perfeccionismo, mas antes, desenvolver e aperfeiçoar o gesto utilitário indispensável para a realização das tarefas do dia-a-dia.

O exercício físico para este escalão etário centra-se fundamentalmente na prevenção, manutenção, reabilitação e recreação (Geis, 1996).

O exercício físico no idoso confina diferentes benefícios físicos, fisiológicos, psicológicos e sociais, que se traduzem num objectivo principal que é a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. Do ponto de vista do idoso, a qualidade de vida é fundamentalmente julgada pela sua saúde física e mental, funcionalidade e autonomia para a realização das tarefas diárias (Spirduso, 2005).

Nesta perspectiva, poderemos definir como benefícios do exercício físico (Géis, 1996; Spirduso, 2005):

1. Benefícios físicos e fisiológicos:

- aperfeiçoar o gesto “utilitário” indispensável para a realização das tarefas do dia-a-dia;

- aumentar a aptidão física através do desenvolvimento das diferentes capacidades físicas, tais como, força, resistência, flexibilidade, coordenação e equilíbrio;
- diminuir o risco de patologias mais frequentes, tais como as patologias do aparelho locomotor e cardiovascular;
- controlar o peso, aumentando o metabolismo e alterando o estilo de vida com prática de hábitos saudáveis.

2. Benefícios psicológicos e sociais:

- ocupar o tempo livre de forma alegre e saudável;
- aumentar a integração social, o convívio e a relação com os outros, de forma a superar ou diminuir a solidão e o isolamento;
- restituir a consciência do seu corpo e a possibilidade de utilização do mesmo com eficácia;
- aumentar a auto-imagem, a auto-estima e o auto-conceito;
- diminuir os estados de ansiedade e depressão;
- aumentar o bem-estar mental e emocional.

Quando falamos nos objectivos do exercício físico, estamos a referir a uma prática sistemática, controlada e adaptada ao estado de saúde e condição física de cada um, de forma a não sobrecarregar excessivamente o sistema locomotor passivo e o sistema cardiovascular (ACSM, 1998b). Os programas de exercício físico para este escalão etário devem ser orientados no sentido de melhorar a capacidade física geral do idoso, atenuando o efeito deletério do envelhecimento (ACSM, 1998a).

Terminando os benefícios do exercício físico é igualmente necessário considerar as questões acerca da saúde e funcionalidade dos idosos intrinsecamente associadas ao exercício físico, e que influenciam o bem-estar dos mesmos.

2.3.2. SAÚDE/ FUNCIONALIDADE

O envelhecimento do ser humano é um processo involuntário e inevitável que provoca uma perda estrutural e funcional progressiva, comprometendo de certa forma a autonomia do idoso em relação à realização das suas actividades diárias, sendo assim considerado como um marco de declínio e fragilidade desta população (Spirduso et al., 2005).

A pessoa idosa necessita de um nível mínimo de aptidão que lhe permita realizar as suas tarefas quotidianas com o mínimo de fadiga; ter reservas energéticas que lhe permitam usufruir de outras actividades de lazer; possibilite um mais rápido e completo restabelecimento após um período de doença; minimize os riscos de futuras doenças; promova um sentido de bem-estar e de sentido de existência pessoal (Carvalho e Mota, 2002).

É um facto universalmente reconhecido que o exercício físico, quando praticado com moderação, regularidade e vigilância, produz efeitos benéficos para a saúde do sujeito. Um programa de exercício físico parece ser uma boa alternativa, já que lhes oferecem a possibilidade de ocupar o tempo de forma regular (Spirduso et al., 2005), contribuem para a melhoria da saúde e da condição física geral num ambiente lúdico e descontraído em contacto com outros idosos (Carvalho e Mota, 2006).

A saúde é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem. Desta feita, o bem-estar e a qualidade de vida nas pessoas idosas são largamente influenciados pela capacidade em manter a autonomia e a independência (MS/DGS, 2004).

Um objectivo importante da saúde pública para a sociedade envelhecida é minimizar o impacto das doenças crónicas e incapacidades das pessoas idosas para prevenir a dependência e melhorar a qualidade de vida (Carrière et al., 2005).

Está bem descrito na literatura (ACSM, 1998a) que a participação regular em programas de exercício físico é um excelente meio de reduzir de forma significativa o declínio funcional associado ao processo de envelhecimento. Os

resultados de algumas pesquisas sugerem que elevados níveis de exercício físico habitual parecem estar associados a elevados níveis de aptidão. Assim, quanto mais activos, mais aptos os indivíduos são, e quanto mais aptos, mais activos (Malina, 1991; Morrow, 1992).

O exercício físico é um factor determinante para prevenir o risco de invalidez na velhice. As mulheres mais activas fisicamente, tiveram 2 vezes mais a probabilidade de serem livres de invalidez antes da morte numa idade de 85 anos do que as menos activas (Guralnik et al., 1999), como refere o mesmo autor.

Permanecer em actividade é um passo importante para proporcionar à idosa a realização das tarefas do dia-a-dia sem grandes problemas e de forma autónoma (Hilgert e Aquini, 2003). O papel do exercício físico é decisivo em qualquer idade, principalmente na terceira idade, uma vez que é a partir dos 75-80 anos, de acordo com Shepard (1997), que se observa um declínio generalizado da aptidão física com implicações na maior dificuldade em realizar as tarefas do quotidiano.

Segundo Huang et al. (1997), o exercício físico tem efeitos positivos na funcionalidade e na prevenção de limitações funcionais. Estes efeitos podem envolver a redução da incidência de doenças crónicas, que são a maior causa das limitações funcionais, e a manutenção das capacidades fisiológicas necessárias ao desempenho das actividades da vida diária.

Assim, a diminuição da funcionalidade física no idoso não deve ser atribuída somente à degenerescência associada ao processo ontológico do envelhecimento. Na realidade, uma grande parte das insuficiências reveladas por este grupo populacional deve-se mais ao desuso funcional do que propriamente a uma falência efectiva das capacidades motoras e intelectuais (Spirduso, 1995).

Para além dos benefícios sobre a funcionalidade, o exercício físico tem sido associada ao bem-estar, à saúde e à qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia-idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inactividade se concretizam, levando à perda precoce de muitos anos de vida útil (Nahas, 2001; Aragão e Dantas, 2003). Por exemplo,

Alfermann e Stoll (2000) comprovaram num estudo que as mulheres na pré-menopausa, quando submetidas a um programa de exercício físico, quando comparadas a um grupo de sedentárias, mostram uma melhoria significativa não apenas a sua aptidão cardio-respiratória mas também no seu bem-estar.

Nos países mais industrializados, a preocupação com o impacto do novo estilo de vida (sedentário) sobre a saúde e o bem-estar da população é cada vez maior. Numerosos estudos têm mostrado que a inactividade é um dos factores que mais contribui para o aumento da mortalidade e incapacidade e para uma redução de uma vida com qualidade (Sallis e Owen, 1999).

Segundo o relatório da OMS (2002), a inactividade física afecta 17% dos adultos em todo o mundo, variando entre 11% e 24% consoante as regiões.

A sociedade está a tornar-se cada vez mais sedentária, descemos de elevador de casa para a garagem e subimos de elevador da garagem para o escritório. Levamos o carro até ao parque de estacionamento do cinema e do centro comercial, paramos à porta do restaurante e mesmo junto à areia da praia no verão.

Em Portugal, no que diz respeito ao exercício físico, apenas 8,7% das mulheres idosas praticam actividades físicas como passear a pé, andar de bicicleta ou praticar outras actividades leves, pelo menos 4 horas por semana (Nunes, 2008). Por outro lado, tendo em conta apenas o nível de esforço físico que as actividades diárias exigem desta população, verifica-se que a maioria das mulheres (48,1%) se situa no nível de esforço mais reduzido, que corresponde a estar habitualmente sentada ou a andar pouco (INE, 2002). Assim, a inactividade desta população e em particular das mulheres idosas, passa a ser uma preocupação evidente na nossa sociedade.

Muitas das perdas físicas associadas ao envelhecimento podem ser prevenidas e mesmo reversíveis, caso haja uma intervenção adequada ao nível do exercício físico. De facto, a senescência, associada ao declínio das diversas funções e órgãos, não deve ser atribuída exclusivamente ao envelhecimento por si só, mas fundamentalmente à inactividade física e ao desuso (Spirduso et al., 2005).

Pelo contrário, Hilgert e Aquini (2003) mencionam que cada vez mais estudos têm evidenciado o exercício físico como recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma vida mais activa. Com a prática de exercício físico, os idosos passam a ter consciência da sua importância, vendo-a como uma possibilidade de viver uma velhice mais sadia. Por outro lado, deixar de a praticar poderia significar, para a grande maioria, retornar às condições de saúde mais precárias, ao cansaço, ao desânimo, entre outros aspectos.

Num estudo realizado por Resnick (2001) verificou-se que os idosos que apresentavam níveis mais elevados de exercício físico eram aqueles mais expostos a informação sobre as suas vantagens. De igual forma, num estudo realizado por Clarck (1999) verificou-se que os idosos que apresentavam níveis mais baixos de actividades, apresentavam também baixa pontuação nos conhecimentos acerca dos seus benefícios, e não referiam que alguma vez tivesse sido abordada a questão da prática do exercício físico com o seu médico de família. O conhecimento sobre a importância da prática do exercício físico parece ser um aspecto importante para a adesão inicial.

Contudo, Dishman (1982) considera que o nível de conhecimento não se traduz numa adesão a longo prazo. Sentimentos de prazer e de bem-estar parecem influenciar de forma mais significativa o nível de adesão.

O exercício físico tem sido descrito como um meio importante para a prevenção de aspectos físicos, psicológicos e sociais associados ao processo de envelhecimento (Spirduso et al., 2005), neste sentido, a maioria dos idosos reconhece a sua importância para melhorias da saúde, da funcionalidade e de seu bem-estar.

Complementando as questões acerca da saúde e funcionalidade das idosas intrinsecamente associadas ao exercício físico, é também importante considerar os aspectos sociais que directa ou indirectamente influenciam o bem-estar das mesmas.

2.3.3. Aspectos Sociais

Tal como anteriormente referido, a independência funcional e a autonomia são aspectos fundamentais para a qualidade de vida e bem-estar do idoso. Estes podem ser um factor determinante nas percepções que o idoso faz de si mesmo. Quanto mais o idoso se sente independente e autónomo, mais elevada será a imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção de ser capaz de atingir os objectivos pessoais (Carvalho e Mota, 2002).

Segundo Matsudo e Matsudo (1993), assiste-se a um ciclo vicioso na relação exercício físico/envelhecimento já que, à medida que a idade aumenta, o indivíduo torna-se menos activo, as suas capacidades físicas diminuem, surge um sentimento de velhice que por sua vez causa sentimentos de “stress” e depressão.

De acordo com o American College Sport Medicine (ACSM, 2000), a prática regular de exercício físico orientado e realizado regularmente, especialmente para idosos, pode contribuir para melhorar a longevidade, reduzir os índices de mortalidade, reduzir o número de medicamentos prescritos, prevenir o declínio cognitivo, reduzir a frequência de quedas e fracturas, manter a independência e autonomia e beneficiar a nível psicológico como, por exemplo, melhorar a auto-estima e a integração social e de satisfação pessoal.

No entanto, num estudo realizado por Schoenborn e Barnes (2002), as taxas de participação em actividades físicas são mais baixas nos idosos do que nos jovens, sendo as idosas o segmento mais inactivo da população (Pate et al., 1995). Porém, apesar da progressiva entrada das mulheres no mundo da actividade física e desportiva, ainda é baixa a sua participação.

Mariovet (1991) num dos seus estudos constatou, uma fraca participação feminina no desporto, estando as razões evocadas para justificar este facto relacionadas com diferentes aspectos ligados a tradições culturais, associados a preconceitos que ainda subsistem ao nível da prática desportiva feminina, especialmente nas idades mais avançadas.

As histórias pessoais, as atitudes, as convicções e a socialização que se desenvolvem dentro de um contexto sociocultural influenciam a prática de

desporto, de exercício e de actividade física nas idosas (Ebrahim e Rowland, 1996). Estas enfrentam constrangimentos institucionais e sociais para se exercitarem e praticarem desporto, sendo este influenciado pela sua história nas outras etapas da vida, por exemplo, pelas convicções históricas de que as idosas que se ocupavam em actividades vigorosas, como desportos, não eram femininas, o que teve um provável impacto negativo na participação destas na actividade física (Wilcox et al., 2002). Pelo contrário, a participação nas actividades vigorosas e de desporto pelas idosas está relacionada com a sua prática nas outras etapas da vida (Ebrahim e Rowland, 1996).

A explicação teórica deste facto tem aparentemente início na adolescência e está enraizada na protecção social e médica do corpo da mulher e do seu papel reprodutivo (Vertinsky, 1998).

Desta forma, numa idade avançada, as mulheres idosas são de forma notável um segmento da população em maior risco de apresentarem uma saúde debilitada e uma rápida evolução dos aspectos associados ao envelhecimento, principalmente como resultado dos seus baixos níveis de exercício físico ao longo da vida (O'Brien e Vertinsky, 1991).

O valor intrínseco do exercício físico é diferente e único para cada pessoa. É de conhecimento geral que executar uma acção com objectivos externos em mente (por exemplo, perder peso rapidamente tal como uma amiga que conseguiu) normalmente origina frustração e desistência. Pelo contrário, uma relação com o exercício físico em que cada pessoa é a referência de si mesmo, e em que objectivos lhe sejam ajustados dando prioridade ao processo de actividade, mais do que ao produto que dela advém, é meio caminho para a adopção do exercício para toda a vida (Nunes, 2008).

Independentemente das alterações estruturais e funcionais associadas à melhoria da imagem corporal, ao aumento da independência nas actividades diárias e a melhoria dos indicadores de saúde, o exercício físico é, para muitas pessoas, uma fonte intrínseca de prazer e um contributo insubstituível para uma vida com qualidade (Alves, 1999).

Assim, a prática regular de exercício físico está muitas vezes ligada à melhor qualidade de vida e bem-estar da população idosa. Da mesma forma, é

conhecido que a percepção de bem-estar pessoal está várias vezes relacionada à qualidade de vida orientada para a saúde e com a autonomia funcional da idosa (Dantas e Amorim, 2003).

De acordo com Mazzo (2001), os benefícios de um estilo de vida activo podem ser divididos em aspectos biológicos, psicológicos e sociais, sendo que a grande maioria dos estudos realizados no âmbito do efeito do exercício físico no processo de envelhecimento tem focado essencialmente o seu efeito nos aspectos psicológicos e biológicos.

Guedes (2000) refere alguns benefícios psicológicos do exercício físico constatados em alguns estudos: redução da ansiedade; diminuição da agressividade; aumento da autoconfiança; aumento da auto-estima; e alívio da frustração e redução do stress. A autora evidencia ainda mais este papel ao acrescentar que com o aumento das tensões físicas e psicológicas o idoso apresenta uma baixa capacidade de concentração e de relaxamento, sentimentos de incompetência e de inutilidade. Com a perda da auto-estima, este mostra-se inseguro e incapaz de reagir aos sintomas stressantes provocados por diversos factores.

A população idosa é predominantemente feminina; a perda do cônjuge, de amigos e parentes próximos faz reduzir o círculo de amizades, fazendo com que muitas idosas se sintam retraídas ou isoladas, pois, na maioria dos casos, os demais membros da família possuem seus afazeres quotidianos próprios e, a idosa não está incluída nos objectivos ou prioridades dos outros.

A partir do processo de interacção com outras pessoas e trocas de experiencias, as idosas podem desenvolver uma forma diferenciada de encarar o processo de envelhecimento pelo qual passam e não mais defini-lo de forma negativa e carregada de pessimismo, e podem recorrer a descoberta e revitalização de valores que permitam o seu reconhecimento pessoal e social (Santiago, 2006).

O exercício físico desempenha também um importante papel social (Chodzako-Zajko, 1998). Os idosos enfrentam problemas como a solidão, a ausência de objectivos de vida e de actividades ocupacionais, sociais, de lazer, artístico - culturais e físicas. Isto porque perderam o seu núcleo social de trabalho (elo de

ligação com a sociedade), vão desaparecendo paulatinamente entes queridos, e os filhos normalmente já não vivem em casa. É, pois, o momento de encontrar recursos que possam compensar este quadro e que permitam à pessoa idosa comunicar e identificar-se com algo ou com alguém. Ora o exercício físico auxilia a reintegração do idoso na sociedade e melhora o seu bem-estar.

O exercício físico pelo seu carácter colectivo e socializador pode ajudar a superar este problema. Com o exercício físico, a idosa não só convive com um grupo de pessoas com preocupações semelhantes à sua, como melhora a sua capacidade física, continuando capaz de executar uma variedade de tarefas. A idosa não se sente assim menos capaz ou inferior no contexto social e familiar do seu quotidiano, contribuindo para o seu bem-estar. Assim, o lugar dedicado à realização do exercício físico não será simplesmente um lugar onde o idoso pode exercitar-se, mas também um espaço dedicado à convivência, à comunicação, um local onde compartilhar e conversar possibilitando à pessoa idosa manter uma presença activa nesse círculo social (Geis, 1996).

A possibilidade de ter uma vida fisicamente activa, de realizar actividades da vida diária e exercitar-se são factores que podem ter efeitos positivos sobre o que a idosa sente, sobre a sua auto-avaliação e sobre a forma como os outros a vêem (Holloszy et al., 1992).

Posto isto, o exercício físico é uma das formas de ocupar o tempo livre, conferindo à idosa um significado e uma valorização própria, o que pode dar origem a outros interesses ao conviver com outros indivíduos. A sua prática regular provoca uma melhoria do estado emocional, do auto-conceito, da auto-estima, uma diminuição do stress, dos níveis de ansiedade e depressão e possibilita a vivência de momentos de prazer (Berger, 1998). Estes efeitos são de enorme importância para qualquer pessoa, de qualquer idade, mas revestem-se de particular relevância para as mulheres idosas, particularmente expostas a influências que afectam, negativamente, a sua saúde e as suas percepções de bem-estar.

De acordo com Spirduso (1995), a maioria das teorias relacionadas com o envelhecimento postula que o bem-estar emocional também resulta da

interacção social, o grupo torna-se um redutor de stress, ajudando a idosa a manter um auto-conceito positivo diante da diminuição de energia e das dificuldades que surgem.

Assim, a generalização da prática de exercício físico e a sua atenção aos grupos especiais da população, em que se incluem os idosos, é hoje não apenas uma exigência constitucional no quadro da democratização das políticas de actividade física, mas um imperativo decorrente da evolução das estruturas sociais e da alteração do modo de vida das populações numa sociedade envelhecida (Marques, 1999).

A procura de um aumento do bem-estar pelo lazer, particularmente na mulher idosa, só pode ser efectiva num envolvimento em que a pessoa se sinta plenamente integrado, e no qual se possa perspectivar o seu desenvolvimento no seio de um grupo socialmente relevante, particularmente nos aspectos afectivos (Mota, 2000).

Muitas pessoas salientam o prazer da competência de execução, isto é, sentir-se capaz de executar determinados movimentos (por exemplo, caminhar, correr ou nadar determinada distância sem cansaço aparente), como um dos aspectos mais marcantes do exercício físico. Outras pessoas referem a interacção social e o contacto frequente com pessoas interessadas no mesmo tipo de actividades como a razão e a motivação principal que as leva a participar num programa de exercício físico.

Finalmente, para a generalidade dos idosos, a noção de que através do exercício físico estão a contribuir de forma significativa para a saúde, bem-estar e qualidade de vida, é uma fonte de satisfação, realização pessoal e auto-estima (Nunes, 2008). Este mesmo autor refere que os idosos mais activos se mostram mais abertos, emocionalmente equilibrados, bem-humorados, com actividades positivas mediante os factos da vida, o que contribui para o encontro de uma nova identidade e de uma melhor qualidade de vida. Sendo assim, o exercício físico acaba por, de certo modo, ser um factor contra o vácuo existencial da sociedade moderna.

3. METODOLOGIA

A metodologia será o caminho a percorrer para tentar alcançar os objectivos propostos, recorrendo aos mais variados procedimentos e recursos instrumentais que possam garantir a operacionalização dos resultados.

O presente estudo é qualitativo, tendo como elementos fundamentais as entrevistas. Desta feita, qualquer pessoa familiarizada com investigações qualitativas concordará que cada investigador tende frequentemente a desenvolver seu próprio método em função do seu objecto de investigação (Maroy, 1997).

O método por nós utilizado no presente estudo foi a entrevista. Apesar de possuir algumas desvantagens como por exemplo, o tempo e a extrapolação difícil, este método proporciona uma abordagem detalhada sobre o tema em análise, oferecendo assim informação pormenorizada sobre representações, vivências, atitudes e percepções das idosas.

Assim, após firmarmos que o nosso estudo está baseado num conjunto de processos empíricos e metodológicos de tal natureza, serão descritas passo a passo as etapas que compuseram esta pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA QUALITATIVA

Os métodos qualitativos caracterizam-se por recorrer às palavras para descrever o que se observa em contextos naturais, recolhendo assim dados que emergem naturalmente (Ribeiro, 2008). No entanto, a abordagem qualitativa não está protegida por protocolos rígidos, ou por uma sequência ou lista de questões estruturadas. Ou seja, neste tipo de estudos, o investigador pode mudar o foco do seu percurso durante a recolha de dados, desde que tal não signifique que a recolha fique desorganizada e perca rigor.

Uma faceta essencial dos métodos de pesquisa qualitativos consiste no facto de as explicações consideradas satisfatórias das actividades sociais requererem uma apreciação das perspectivas, culturas e “visões do mundo” dos autores envolvidos (Moreira, 1994). Como refere Roberto Burgess (cit. por

Moreira, 1994), é dada uma importância decisiva à compreensão das acções dos participantes na base das suas experiências de vida.

A investigação qualitativa é caracterizada por um forte rigor metodológico. Esta assume e defende a forte ligação dos dados da investigação com as circunstâncias da sua produção. Este tipo de investigação permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2008).

A investigação qualitativa serve predominantemente os tipos de investigação indutivos.

O processo de verificação é, sem dúvida, um problema central de toda a ciência (Moreira, 1994). A investigação empírica deve poder ser repetida por outros, para que os resultados de um estudo possam ser confirmados ou refutados. No entanto, a vantagem dos métodos qualitativos é a sua flexibilidade, ou seja, o facto de o investigador poder desenvolver os temas de pesquisa à medida que estes surgem e orientar o curso da investigação da forma que considerar mais pertinente sem estar estritamente sujeito a uma fórmula prévia.

Resumindo, a pesquisa qualitativa considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O processo é o foco principal. As suas principais características são o ambiente natural como fonte de dados; o pesquisador como instrumento principal; uma análise descritiva/analítica; e por último, a valorização do processo e não do resultado.

3.2 AS ENTREVISTAS

Com o desenvolvimento das ciências sociais, a complexidade da acção social humana passou a fazer parte de inúmeros trabalhos de investigação. Os investigadores passaram a atribuir maior atenção ao comportamento humano, aos seus valores, às suas vivências. Tornou-se portanto necessário adequar os instrumentos ao objecto de estudo.

Nesta perspectiva, a entrevista revelou ser o instrumento adequado para o presente estudo dado que parece ser uma excelente técnica de recolha de

dados para captar as opiniões, atitudes e percepções do grupo estudado. Tal como afirma Santiago (2000: p.17), “ os movimentos, as falas fazem parte do acto de criação e manifestação do ser. Na fala, os indivíduos veiculam os sentidos das coisas, daquilo que existe e lhes é apresentado através de alguma forma de linguagem”.

O método de entrevista permite ao investigador recolher informações e elementos de reflexão muito ricos e permite o emprego de competências cognitivas interpessoais, sendo os sujeitos colocados numa situação em que falam da sua vida (Quivy e Campenhoudt, 2005). Acaba por ser uma forma oral de inquérito e permite a recolha de opiniões e ideias dos entrevistados sobre um determinado tema.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005, p. 192) a entrevista caracteriza-se por um “contacto directo entre os investigadores e seus interlocutores”. A entrevista é a estratégia ideal para obter informações frente a frente, possibilitando, a quem entrevista, estabelecer um vínculo mais estreito com o sujeito da pesquisa e uma maior profundidade nas perguntas previamente elaboradas (Quivy e Campenhoudt, 2005). Permite não só captar a realidade observável ao longo da dita entrevista, como também as ideias dos sujeitos, sendo possível através desta técnica compreender o indivíduo no que concerne aos seus hábitos de vida, às suas vontades, afectos e emoções.

Dada a sua extensa utilização não constitui surpresa que a entrevista assuma várias formas, reflectindo também as experiências dos diversos investigadores de terreno.

O meio mais usual de diferenciar tipos de entrevista é através do grau de estruturação. Assim, as entrevistas podem ser de três tipos: estruturadas ou directivas, semi-estruturadas ou semi-directivas e, por último, as entrevistas não estruturadas ou não directivas (Moreira, 1994; Ghiglione e Matalon, 1997; Quivy e Campenhoudt, 2005).

Nas entrevistas estruturadas, a formulação das perguntas e a sequência de apresentação das mesmas são, por regra, invariáveis. O seu formato é, portanto, rígido. Já no caso das entrevistas semi-estruturadas, o entrevistador faz sempre certas perguntas principais, mas é livre de alterar a sua sequência,

ou introduzir novas questões em busca de mais informação. O entrevistador tem, assim, a possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e receptibilidade do entrevistado. Quivy e Campenhoudt (2005) referem que a entrevista semi-estruturada não é inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas guia relativamente abertas. No entanto, isto implica que seja elaborado previamente pelo entrevistador um guião da entrevista. Permite-se assim que o entrevistado possa de forma exhaustiva dizer tudo o que pensa sobre determinado assunto.

As entrevistas semi-estruturadas são, de acordo com os autores especialistas nos métodos qualitativos de investigação, as mais utilizadas. Desta feita, este tipo de entrevista serve de base à recolha de informação individual, no sentido de esta ser tomada como uma amostra da realidade, sendo que, tanto o entrevistador como o entrevistado manifestam uma relação mais flexível.

Por último, temos a entrevista não-estruturada. Neste caso, o entrevistador apenas dispõe de uma lista de tópicos que pretende ver abordados pelos entrevistados e pode formular as questões como deseja, colocá-las na ordem que lhe pareça mais adequada na ocasião e, eventualmente, pôr os próprios tópicos à consideração dos inquiridos (Moreira, 1994).

Assim, tendo por base todos estes argumentos, optamos no nosso estudo por utilizar a entrevista semi-estruturada, na fase inicial e final do programa de exercício físico e a entrevista não-estruturada, no momento intermédio desse mesmo programa.

Além da tipologia baseada no grau de estruturação, pode fazer-se outra distinção preliminar do tipo de entrevistas, na qual as mesmas diferenciam-se por serem realizadas individualmente ou em grupo (um líder orienta a discussão de um pequeno grupo de entrevistados).

O aspecto mais importante dos grupos focais (*“focus groups”*) é que permite que um grupo de indivíduos partilhe os seus pontos de vista num ambiente agradável, com o objectivo de se apreenderem factores que estão subjacentes a determinadas acções ou atitudes.

Este instrumento apresenta como principal vantagem um nível aprofundado de informações recolhidas, e pouca directividade, permitindo que a cota das informações seja flexível, respeitando os testemunhos e as interpretações dos entrevistados.

Assim, no nosso estudo utilizamos, quer entrevistas individuais, quer de grupo.

3.2.1 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO GUIÃO DA ENTREVISTA

A validade do instrumento de recolha de dados levanta a questão de saber se o investigador observa efectivamente aquilo que pretende observar, ou seja, se com a utilização do presente instrumento da entrevista se obtêm os dados de que se necessita para dar resposta às questões de investigação (Moreira, 1994). Tendo em conta esta premissa e de terem sido definidos os objectivos deste trabalho, o tipo de entrevista e as pessoas a entrevistar, foram elaborados os guiões da entrevista.

Nas entrevistas semi- estruturadas foi utilizado um guião (em anexo) com as grandes linhas dos temas a explorar e respectivas questões, que embora pré-formatadas e estabelecidas com uma ordem, são susceptíveis de alterações na própria situação de entrevista, caso surjam especificidades da conversa que interessem aprofundar, isto é, caso surjam oportunidades de obter mais informação.

De forma a assegurar que as perguntas são bem compreendidas e que as respostas correspondem às informações procuradas é necessário testar as questões, permitindo assim identificar falhas e avaliar exigências de tempo (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Depois de redigido, o guião precisa de ser testado antes da sua utilização definitiva, aplicando-se numa população escolhida, que deve ter características próximas da população alvo, isto é, o guião precisa de um pré-teste antes de ser aplicado no terreno.

Para Marconi e Lakatos (1990), a análise e correcção do guião poderão evidenciar possíveis falhas como: a inconsistência ou complexidade das

questões; a ambiguidade ou linguagem inacessível; as perguntas supérfluas ou que causam embaraço ao informante; a ordem e a quantidade de questões.

Identificadas as falhas, deve-se reformular o guião, conservando, modificando, ampliando ou eliminando itens, chegando-se assim ao guião definitivo.

Para a construção e validação do guião da entrevista, neste trabalho foram respeitadas as seguintes etapas: elaboração de uma entrevista semi-estruturada provisória, aplicação da entrevista teste a um grupo que não fez parte do grupo estudado, reformulação até determinar a sua forma definitiva e respectiva aplicação ao grupo estudado.

A partir desse momento, demos por concluído o processo de validação do guião das entrevistas.

3.2.2. GRUPO ESTUDADO E APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

O grupo estudado foi constituído por 19 idosas (média das idades = 69,5 +- 5,3 anos), residentes na área do grande Porto, submetidos a um programa de exercício físico durante 8 meses (entre Março e Outubro de 2008) com duas sessões de treino semanais.

Após a confirmação de que as questões eram suficientemente claras e adequadas aos objectivos do estudo, foi iniciado o trabalho de campo, com consentimento prévio das entrevistadas.

Quanto ao decurso das próprias entrevistas, foram seguidos uma série de princípios, tais como a neutralidade nas perguntas, não deixando transparecer a opinião pessoal; o aprofundamento, sempre que necessário, da resposta do entrevistado, solicitando mais informação, e orientação do raciocínio do entrevistado na direcção do tema em análise.

As entrevistas foram efectuadas individualmente, e em grupo, em local fixado e com condições apropriadas, nomeadamente no Centro de Investigação de Actividade Física e Lazer (CIAFEL), da FADEUP de acordo com a disponibilidade das idosas. Este local respondia sempre às exigências mínimas, nomeadamente um certo isolamento para que o entrevistado não fosse ouvido, nem interrompido por outros.

Com a devida autorização, as entrevistas foram gravadas em suporte digital, uma vez que não é correcto confiar unicamente nas notas recolhidas, bem como na memória do entrevistador.

A gravação e posteriormente a transcrição das entrevistas permitiu a sua análise repetidas vezes, a fim de esclarecer dúvidas quanto às palavras das entrevistadas. Concluída a execução de cada entrevista, procedeu-se à audição integral das mesmas, sua transcrição e respectivo processamento no computador, tentando sempre manter a fidelidade das declarações, respeitando a totalidade do conteúdo e a forma do discurso de cada entrevista.

As entrevistas foram realizadas em três fases distintas:

1. Numa primeira fase, foram aplicadas as entrevistas semi-estruturadas individualizadas a 19 idosas antes do início do programa de exercício físico. Esta fase teve como objectivo compreender as percepções das idosas e suas expectativas em relação ao programa de exercício físico.
2. Numa segunda fase foi feita a recolha de dados (4 meses após o início do programa de exercício físico) de forma a compreender o efeito do programa de exercício físico nas idosas. Nesta fase, fez-se uso da técnica grupos focais, com entrevista não-directiva ou aberta (com temas gerais). Foram criados 2 grupos aos quais a investigadora expôs uma lista de tópicos que pretendeu ver abordados pelas entrevistadas. Para a organização dos grupos foi entregue uma folha em branco às idosas para que elas se agrupassem com quem mais se identificassem e se sentissem mais à vontade. Esta fase foi bastante importante pois teve a vantagem de auxiliar a investigadora nas suas decisões metodológicas e orientar a investigação no desenvolvimento de novos planos de entrevistas, na fase seguinte de recolha de dados. Os grupos focais tiveram como objectivo primordial aprofundar a problemática que surgiu das primeiras entrevistas, testar a consistência dos discursos individuais, bem como conhecer o discurso elaborado em grupo, atentando a novas pistas de pesquisa.

3. Por último, na terceira fase, após 8 meses de frequência do programa de exercício físico e coincidindo com o seu término, restabeleceu-se o uso das entrevistas semi-estruturadas e individuais, por serem adequadas a este estudo. Nesta fase demos continuidade à temática desenvolvida na fase anterior de forma individualizada com o objectivo de interligar as especificidades de cada entrevista.

3.3. PROCESSO ANALÍTICO

Os dados recolhidos no decorrer da pesquisa não respondem por si só às questões da pesquisa e como tal necessitam de tratamento analítico.

Desta forma, para o tratamento dos dados resultantes das entrevistas recorreu-se à análise de conteúdo.

3.3.1. CONSTITUIÇÃO DO CORPUS

O corpus de uma pesquisa é o conjunto dos documentos que são submetidos aos procedimentos analíticos, como por exemplo entrevistas, respostas a um questionário, editoriais de um diário, emissões de televisão sobre determinado assunto, entre outros (Bardin, 2004).

O corpus documental é constituído pela transcrição integral de todas as entrevistas realizadas, o qual será submetido ao processo de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2004). Essa transcrição foi realizada logo após a realização das entrevistas, com o objectivo de o fazer com a maior exactidão e precisão possível.

As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora. O tempo médio, aproximado, para cada uma das entrevistas não-estruturadas foi entre 60 a 70 minutos. O tempo médio, aproximado, para cada uma das entrevistas semi-estruturadas foi entre 50 e 60 minutos, sendo que a menos demorada decorreu em 40 minutos e a mais demorada em 60 minutos.

3.3.2. ANÁLISE DE CONTEÚDO

O método da entrevista, num sentido mais restrito, “está sempre associado a um método de análise de conteúdo como dispositivo específico de análise das informações” (Quivy e Campenhout, 2005, p. 195).

A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais (Vala, 1986). Segundo o mesmo autor, este tipo de análise tem como ponto de partida os objectivos da investigação e as referências da literatura.

A análise de conteúdo resume-se a um conjunto de técnicas de análise, geralmente das comunicações, que tem como objectivos obter através de procedimentos sistemáticos a descrição do conteúdo das mensagens, além de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos aos mesmos conteúdos (Bardin, 2004).

A análise de conteúdo é uma técnica utilizada para o tratamento de dados que visa identificar aquilo que está a ser referido a respeito de determinado tema.

Bardin (2004) refere que fazer a descrição, enumerar as características do texto após tratamento, não é suficiente, nem tão pouco sinónimo de análise de conteúdo; é sim, segundo a autora, uma primeira etapa necessária nesse processo, que tem como última etapa a interpretação e a significação dada a essas características. Assim, o lugar da inferência nesse processo é o procedimento intermediário, aquele que permite de forma explícita e controlada a passagem de uma etapa à outra (Bardin, 2004).

O processo que permitiu a análise e o tratamento de um determinado material foi a codificação. Ou seja, a transformação de dados contidos nos documentos que permitiram uma representação do tema em questão, ou que conduziram que a partir dessa relação fosse possível a identificação de características específicas de determinados assuntos.

Para Bardin (2004) as unidades de registo não são mais do que unidades ou partes dos documentos que serão codificados, e que representarão a base

para a definição das categorias e a sua posteriori identificação nas entrevistas e documentos.

A unidade de registo utilizado no presente estudo foi o tema. O tema é geralmente utilizado para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças. As respostas a questões abertas, as entrevistas individuais ou de grupo são frequentemente analisados tendo o tema por base.

3.3.3. SISTEMA CATEGORIAL

Embora não haja um procedimento único para o estabelecimento de categorias, devido às variáveis possíveis e à complexidade das escolhas, a sua determinação facilita a selecção e classificação de informação que necessitamos (Marconi e Lakatos, 1990).

Tendo Bardin como base (2004, pp. 92-93), e quando esta cita Henry e Moscovici (1968), procurou-se evidenciar as propriedades dos textos (das entrevistas), ao mesmo tempo que se construiu o quadro de análise - o qual não foi definido de partida, como no caso de pesquisas que visam confirmar hipóteses levantadas previamente ou explicar fenómenos em função de categorias definidas a priori.

As categorias de análise foram depreendidas da própria leitura e releitura das entrevistas. As categorias foram definidas a posteriori. Efectuamos uma leitura das transcrições, num primeiro momento, no sentido de ter uma visão global das entrevistas acerca da temática em estudo.

A categorização tem como principal objectivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 2004) e reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido (Vala, 1986).

De acordo com Vala (1986), a construção de um sistema categorial pode ser construída a priori ou a posteriori, ou utilizando a combinação destes dois processos.

De acordo com Bardin (2004, p. 111) “as categorias são rubricas ou classes, que reúnem um conjunto de elementos (unidades de registo, no caso da

análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse, efectuado em razão dos caracteres comuns desses elementos.

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles.

Na construção de um sistema categorial deverão ser seguidos um conjunto de pressupostos sugeridos por Bardin (2004):

- a) a exclusão mútua: cada elemento não deve estar incluído em mais de uma categoria;
- b) a homogeneidade: o princípio da exclusão mútua depende deste e aponta para a necessidade de uma mesma categoria só poder funcionar com um registo e com uma dimensão de análise;
- c) a pertinência: a categoria é encarada como pertinente quando se adapta ao material de análise escolhido e quando se engloba no quadro teórico definido;
- d) a objectividade e a fidelidade: as vantagens em estudo devem ser perfeitamente definidas, bem como os índices que determinam a entrada de elemento numa categoria;
- e) produtividade: um conjunto de categorias é considerado produtivo se fornecer resultados férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exactos.

Da aplicação deste procedimento emergiram as diferentes categorias:

- Expectativas da prática do exercício físico/ Exercício físico e novos hábitos de vida;
- Perda de independência funcional/ Contornar a perda da independência funcional;
- Desvalorização pessoal/ Valorização pessoal;
- Isolamento social/ Lazer e convivência;
- Esfera doméstica nos papéis sociais/ O exercício físico e os papéis sociais.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto do nosso trabalho pretendemos proceder à apresentação e discussão dos resultados, à luz das categorias definidas a posteriori e tendo em consideração a informação proveniente da revisão da literatura previamente efectuada.

Todos os nomes constantes nos extractos de entrevistas são pseudónimos para se assegurar o anonimato das participantes.

4.1. PERCEPÇÕES DE BEM-ESTAR FÍSICO/PESSOAL

4.1.1. “EXPECTATIVAS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO”/ “EXERCÍCIO FÍSICO E NOVOS HÁBITOS DE VIDA”

No tocante às “expectativas da prática de exercício físico” estas integram as unidades de registos referentes às expectativas e motivações das entrevistadas relativamente à prática do exercício físico bem como, face à participação no programa de exercício físico.

Quanto ao “exercício físico e novos hábitos de vida”, estes integram as significações na adopção de novos hábitos e atitudes consideradas saudáveis e preventivas, pelo despertar da motivação para a prática de exercício físico.

Os resultados que se referem às “expectativas da prática de exercício físico” evidenciam significações relativas à prática de exercício físico integrando percepções de bem-estar físico e pessoal. No seguimento deste raciocínio, as entrevistadas associam este tipo de práticas a uma concepção ampla de saúde. A este respeito mostram-se conscientes de que este tipo de comportamentos activos é benéfico para a saúde. Perspectivando compreender o bem-estar físico numa relação recíproca com o bem-estar pessoal, atenta-se igualmente a significações sociais associadas a estas expectativas. Neste sentido, à expectativa de que a prática do exercício físico pode ter contributos positivos para o bem-estar físico, subjazem motivações associadas à importância desses contributos na independência funcional e na vida quotidiana destas mulheres como se pode depreender dos seus discursos.

“É muito importante movimentar-me pela minha própria saúde. (...) Vou tentar dar o meu melhor e a partir daí recuperar um bocadinho”. (Amélia)

“Cuidar da saúde e tratar-me um bocadinho (...) Então o motivo principal é a actividade física para a saúde, para me sentir melhor”. (Maria José)

“Como tenho bastantes problemas nos ossos, acho que o exercício físico me vai ajudar a que eles não enfraqueçam mais e foi esse o meu objectivo”. (Ana Isabel)

“Acho que o desporto é bom para a pessoa, para fazer exercício, eu vejo que as pessoas que se metem no desporto ficam mais abertas e mais alegres. Tanto é para o corpo como para a mente”. (Adelaide)

“É para me movimentar porque estou todo o dia metida em casa... Acho que é bom porque activa a circulação sanguínea e acho que é bom”. (Maria Manuela)

Independentemente dos possíveis mecanismos responsáveis pelo envelhecimento, este resulta numa perda de capacidade generalizada e progressiva das funções, numa menor resposta adaptativa ao stress e aumento de doenças crónicas (Spirduso, 1995).

Deste modo, os motivos que estão relacionados com a participação destas mulheres idosas no programa de exercício físico, e tendo em vista as percepções de bem-estar físico e pessoal, revelam expectativas relativamente à doença percebida, isto é, à diminuição dos efeitos da doença e da dor. Algumas entrevistadas referem também ter expectativas de que, não sendo possível diminuir os efeitos das doenças, possam prevenir avanços futuros e situações mais débeis. Por outro lado, esperam melhorar a sua mobilidade física, nomeadamente ter mais facilidade em caminhar, mover os membros, baixar, etc., podendo assim desempenhar as suas funções diárias com maior facilidade de movimentos, com maior agilidade, menos dor, menos cansaço físico.

“Eu queria ao menos atrasar esta doença e queria fazer alguma coisa para contrariar (...) Penso em tudo o que eu possa fazer em benefício para o nosso corpo, acho que é uma coisa muito rica. Acho que toda a gente que faz desporto tem uma vida mais saudável”. (Ana Sofia)

“Se eu conseguir caminhar melhor já poderei fazer marchas e se não tiver estas dores permanentes nas pernas já é muito bom”. (Odete)

Por conseguinte, para além da “boa saúde”, as suas expectativas alargam-se ao desempenho físico e funcional nas variadas funções da vida, e, portanto, com efeitos esperados sobre os papéis sociais.

Estudos epidemiológicos e a própria sociedade em geral vêem no exercício físico um meio de melhorar os níveis de saúde, de bem-estar físico, mental e social e de obtenção de hábitos e estilos de vida saudáveis, melhorando a qualidade de vida das populações (Sallis e Owen, 1999).

Por outro lado, os dados mostram que as expectativas destas mulheres não se confinam estritamente aos benefícios do exercício físico na sua vertente física e funcional, mas também ao significado de emagrecer como se verifica no seguinte depoimento.

“Espero andar melhor, de me sentir melhor comigo mesma, de sentir o corpo mais leve, mais leve (...) Espero ficar mais leve, emagrecer 2 kg”.
(*Maria Alice*)

O “visual” e a aparência sugerem desempenhar um papel fundamental nas representações sociais do feminino, influenciando as relações e a construção do processo de identidade física (Garcia, 1998).

A expectativa de que a prática de exercício físico pode ter benefícios psicológicos está também presente nos resultados. As significações de carências afectivas expressas nos relacionamentos interpessoais, mais do que representações individuais apontam a questão do isolamento como um problema social afecto a esta população. O programa de exercício físico é assim encarado como um contributo para a ocupação dos tempos livres e lazer, como a possibilidade de participação social no que respeita à “renovação” da capacidade de relacionamento, da partilha de ideias e de valores, e de convivência. Estas expectativas são referidas pelas entrevistadas como motivos para a participação no programa.

“Faz-me falta o convívio (risos), conviver com pessoas, falar, estou um dia inteiro sem falar com ninguém, sozinha”. (*Maria Manuela*)

“Vivo sozinha e também me interessa conhecer outras pessoas. (...) Espero fazer amigos”. (*Daniela*)

“É pelo convívio porque eu só tenho o meu marido, não tenho mais ninguém, já tive os meus pais, mas faleceram”. (Ana Maria)

Para algumas entrevistadas, uma das expectativas criada relativamente ao programa de exercício físico esta relacionada com o convívio, ou seja, com a necessidade de contactarem com outras pessoas.

Assim, o lugar dedicado à realização do exercício físico não será simplesmente um lugar onde o idoso pode exercitar-se, mas também um espaço dedicado à convivência, à comunicação, um local onde partilhar e conversar (Geis, 1996), possibilitando à pessoa idosa manter uma presença activa nesse círculo social. De facto, um dos objectivos dos programas de exercício físico é maximizar o contacto social dos idosos (Berger, 1989).

Passemos agora a analisar os resultados que se referem ao “exercício físico e novos hábitos de vida” evidenciam percepções de bem-estar físico e pessoal pelas atitudes das entrevistadas perante a prática do exercício físico, que o programa proporcionou, como se pode depreender dos seus discursos.

“Agora ando mais a pé, antes andava um bocadinho, 10, 15 minutos e não me apetecia mais (...) sinto mais vontade de sair de casa”. (Isabel)

“Eu acho que sou capaz de fazer tudo! (...) Alguns dos que faço aqui, misturo com a minha ginástica de casa, o que é muito bom”. (Alexandra)

“Às vezes chego a casa e já faço os exercícios que aprendi aqui. (...) A escada tem um varandim, ponho-me lá e faço as flexões”. (Odete)

“Vou-me meter agora na piscina, acho que tenho força para isso. (...) Vou querer ainda mais”. (Mirandolina)

“Agora ando mais, mas sinto-me muito cansada por causa dos pés. Ando muito e marco horas para mim mesma.” (Ana Maria)

“Estamos sempre ansiosas por fazer mais isto e mais aquilo.” (Alexandra)

“É verdade que temos outra vontade de sair. (...) vou dar uma volta a pé, sinto-me menos cansada, mais leve. (...) Tenho mais gosto. ” (grupo focus 1)

Segundo Huang et al. (1997), o exercício físico tem efeitos positivos na funcionalidade e na prevenção de limitações funcionais, especialmente neste grupo etário.

A procura de um aumento do bem-estar pelo lazer, particularmente na pessoa idosa, só pode ser efectiva num envolvimento em que o sujeito se sinta plenamente integrado, e no qual se possa perspectivar o seu desenvolvimento no seio de um grupo socialmente relevante, particularmente nos aspectos afectivos (Mota, 2000).

Os resultados obtidos reflectem hábitos de vida que se aproximam daqueles que são considerados saudáveis e preventivos. Entenda-se que as entrevistadas se expressam com entusiasmo e motivação quando se referem ao contributo do exercício físico para a condição de saúde percebida e para as percepções de bem-estar no seu relacionado sentido físico, pessoal e social. Seguindo este raciocínio, as entrevistadas mostram-se conscientes dos benefícios do programa em que se inserem e atentas àquilo que podem fazer para que consigam prevenir obstáculos e ultrapassar dificuldades. Desta feita, os resultados referem-se ao exercício físico nos hábitos de vida. Neste sentido, as entrevistadas projectam integrar outras actividades físicas, outros programas de participação social, tendo em conta o facto de se sentirem menos receosas e, portanto, mais capazes. Por outro lado, as idosas referem que a existência do programa de exercício físico vai para lá do espaço em que é praticado, integrando as suas próprias vidas em casa, nos tempos livres, reflectindo assim as dinâmicas que envolvem os seus hábitos de vida.

Num estudo realizado por Resnick (2001) verificou-se que, as amostras de idosos que apresentavam níveis mais elevados de exercício físico eram aquelas em que os idosos estavam mais expostos a informação sobre as suas vantagens. Acredita-se que o mais importante foi a percepção que o grupo deixou caracterizada no tocante aos exercícios, uma vez que as idosas já incorporaram tais actividades na dimensão de educação permanente, quer dizer, ao que se pode verificar cada um, a seu modo, se distancia cada vez mais do sedentarismo e, ao adoptar de modo contínuo hábitos e atitudes saudáveis encarrega-se de disseminar tais valores no seio da própria família.

Para Santiago (2006) os hábitos de vida devem motivar a vontade de viver, de não se entregar a desordem biológica, psicológica e social provocada pelo envelhecimento. Na descoberta de novas tarefas e desafios o idoso deve

buscar meios de se relacionar melhor com esta fase da vida. São esses valores que estão subjacentes às actividades realizadas pelos idosos, interesse pela convivência em grupo, prazer e autonomia.

4.1.2. “PERDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL” / “CONTORNAR A PERDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”

No que se refere à “perda de independência funcional”, esta integra as unidades de registos que, nas entrevistas, foquem as percepções relativamente aos efeitos da perda de independência funcional na vida quotidiana destas mulheres.

No tocante ao “contornar a perda de independência funcional”, abordaremos as unidades de registos que foquem as representações que permitam compreender de que forma o exercício físico conferem aprendizagens para contornar a perda de independência funcional.

Os dados que se referem à “perda de independência funcional” mostram que os efeitos da doença e da perda de mobilidade física, bem como a vivência das dificuldades funcionais, são aspectos que têm muita importância para estas mulheres, nomeadamente pelo significado que conferem às suas vidas, a ambições e a preocupações com o futuro, como se pode deduzir dos seus discursos.

“Às vezes quando me baixo custa-me, às vezes quero andar mais ligeira e também me canso um bocado (...) Custa-me levantar o colchão para fazer a cama, mas faço”. (Maria Alice)

“Não consigo cortar as unhas dos pés, é o meu marido que me corta as unhas”. (Conceição)

“Há coisas que fazia antigamente que agora já não faço, por exemplo, lavar a roupa”. (Adelaide)

“Subir as escadas, não me sinto bem com o facto do corpo já não ajudar (...) Custava-me subir à banheira, então mandei fazer um chuveiro para me facilitar os movimentos. (Ana Sofia)

“Não consigo fazer trabalhos mais forçados, carregar os sacos do supermercado (...) sinto com dores, baixar e levantar, mudar a roupa da cama. Canso-me muito a fazer a minha vida de casa”. (Ana Maria)

“Antigamente limpava a casa de cima a baixo, é uma hipótese. Agora já não o faço e se faço, faço com medo de cair”. (Anabela)

“Tenho ocasiões que não consigo descer as escadas porque me dói a rótula”. (Maria Manuela)

“Já me canso mais, por exemplo, às vezes quero lavar as carpetes e já me canso, mas sou eu sempre que as lavo só que já me canso com mais facilidade”. (Adelaide)

Com a idade é habitual ser notada uma diminuição global do movimento, para além de se verificar uma progressiva tendência à sedentarização. O movimento torna-se menos amplo, menos coordenado, menos rápido, surgindo assim dificuldades na adaptação postural, na mobilidade e, finalmente, na própria marcha (Appel e Mota, 1991). Estas alterações assumem repercussões na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia e na saúde desta população e, deste modo, no seu bem-estar (Spirduso, 1995).

A perda de independência funcional é relatada tendo em conta as dificuldades concretas do dia-a-dia, e com alguns exemplos práticos, tais como subir e descer as escadas, transportar os sacos de compras, limpar a casa, lavar as carpetes, levantar o colchão. Outros aspectos evidenciam ainda o cuidado da pessoa, consigo mesma, que são percebidos com muita relevância, como é o caso das dificuldades em cuidar dos pés, cortar as unhas dos pés, dar banho, etc. Assim sendo, especificam várias das dificuldades com que se deparam nas suas actividades diárias. Ora tudo isto revela a relação entre o bem-estar físico e o bem-estar pessoal.

Acrescenta-se ainda a estas questões o receio de dependência de terceiros (ficar dependente de uma cadeira de rodas é algum dos exemplos referidos) e da incapacidade de desenvolver os seus papéis sociais (evidenciando o desempenho das tarefas domésticas e das diversas funções quotidianas na família), como se pode depreender dos seguintes discursos.

*“Tenho algumas limitações, sei que já não posso fazer certas coisas.”
(Maria Emilia)*

“Antigamente limpava a casa de cima a baixo, é uma hipótese. Agora já não o faço e se faço, faço com medo de cair”. (Anabela)

“Eu penso no mais tarde porque eu sei que tenho osteoporose, artroses, eu penso que um dia mais tarde terei que ficar numa cadeira de rodas, não é?!”. (Ana Isabel)

Segundo Carvalho e Mota (2002), a independência funcional e a autonomia são aspectos fundamentais da qualidade de vida, ou seja, quanto mais o idoso se sente independente e autónomo, mais elevada será a imagem positiva de si mesmo.

Consideremos em seguida os dados que se referem ao “contornar a perda de independência funcional” evidenciam percepções de bem-estar físico e pessoal pela aprendizagem em contornar a perda da independência funcional e saúde por via da prática do exercício físico.

O exercício físico tem efeitos muito importantes na capacidade funcional, nomeadamente a nível cardiovascular, massa muscular, força, flexibilidade, coordenação e agilidade, reduzindo a incidência de quedas, tensão e fadiga (ACSM, 1998; Harper, 1999).

As vivências da participação destas mulheres no programa em questão são percebidas pelos benefícios do exercício físico para a manutenção de determinadas capacidades físicas, referidas essencialmente pelo efeito da diminuição da fadiga e da diminuição das dificuldades sentidas na respiração. Assim sendo, as entrevistadas referem que os efeitos das doenças diminuíram, sentindo menos dores, tendo sido ainda possível prevenir o agravamento das doenças, nomeadamente ao nível das artroses, musculatura, circulação sanguínea, articulações.

Permanecer em actividade é um passo importante para proporcionar ao idoso a realização das tarefas do dia-a-dia sem grandes problemas e de forma autónoma (Hilgert e Aquini, 2003).

As entrevistadas referem que a prática de exercício físico trouxe-lhes melhorias no que se refere à mobilidade funcional, ao equilíbrio e à flexibilidade, como se pode depreender dos seus discursos.

“Em tudo de uma maneira geral consigo fazer melhor, em todas as coisas”. (Soraia)

“Eu tinha dores nestes joelhos, mas tenho muito menos (...) a dor é mínima!” (Alexandra)

“Eu penso que toda a movimentação que nós fazemos vem contribuir para um bem-estar geral, não só da parte óssea que é importante, mas também um bem-estar a nível da circulação”. (Amélia)

“No caminhar, eu já caminhava bastante, mas agora caminho mais e não me dói tanto os ossos!” (grupo focus1)

“Sou é capaz de não me cansar tanto a fazer as coisas (...) Há um certo orgulho porque eu penso assim afinal, ainda consigo fazer”. (Joana)

“Tem muita influência na maneira como nós, agora, olhamos para o corpo (...) O corpo parece que está mais elástico (entusiasma-se). É ótimo! A sério!” (Soraia)

“Parece que me torno mais leve! Parece que estou mais flexível, não me sinto perra”. (Odete)

“Eu queria continuar para estar em actividade, para me poder baixar e limpar o chão, apertar o avental”. (Beatriz)

“Fiquei com muito mais agilidade, muito mais! (...) Eu também me sinto muito bem, quando levantava os braços para estender a roupa (...) agora ando com mais...mais...ando mais liberta!” (Grupo 1)

“Eu não apertava o avental, os meus braços não chegavam e agora vão atrás (...) Agora consigo, ponho um pé em cima de qualquer coisa e corto-as (as unhas). (Grupo 2)

Assim, contornar a perda de independência funcional revelou-se importante para estas mulheres, porque permitiu-lhes encarar os obstáculos e as dificuldades do dia-a-dia com confiança, entusiasmo e motivação. Percepcionar a capacidade do corpo mostra-se relevante para estas mulheres, porque, mais do que movimentar o corpo, elas percebem que o podem fazer e este aspecto acaba por se reflectir nas significações de confiança necessárias para as suas vidas. Também nesta categoria se enfatiza a relação entre o bem-estar físico e pessoal já que significações de confiança, de felicidade, de entusiasmo e de motivação integram os dados quando se referem aos efeitos e benefícios do exercício físico.

O exercício físico surge associada ao aumento da alegria, da auto-eficácia, do auto-conceito, da auto-estima, imagem corporal, função cognitiva, auto-eficácia e à qualidade de vida (Berger, 1998; ACSM, 1998).

Os benefícios do exercício físico para o bem-estar individual manifestam-se dando relevância aos impactos na mobilidade e capacidade funcional e na doença.

Após o programa de exercício físico, as alterações experienciadas pelas mulheres ao nível da mobilidade e capacidade funcional indicam a agilidade, a flexibilidade e o equilíbrio como aspectos que acusam uma modificação positiva. As entrevistadas especificam que o programa de exercício físico permitiu-lhes compreender que têm capacidade para executar as tarefas do dia-a-dia com mais facilidade, ganhar domínio sobre os seus corpos, habituando-as a fazer algo sem dependerem de outros e, por isso, promove-lhes outra qualidade de vida.

Para o idoso, a procura de uma determinada qualidade de vida estará sempre relacionada com a saúde, com a capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia e com sentimentos de bem-estar e de satisfação (Spirduso, 1995).

4.1.3. “DESVALORIZAÇÃO PESSOAL”/ “VALORIZAÇÃO PESSOAL”

No tocante à “desvalorização pessoal”, abordaremos as unidades de registos que, nas entrevistas, foquem as percepções das entrevistadas relativamente às vivências da “velhice” por via do corpo físico, às experiências face ao corpo envelhecido, às significações face às suas capacidades físicas na complexidade das vertentes que permitam compreender a importância do bem-estar físico para a valorização pessoal, para o bem-estar pessoal.

Quanto à “valorização pessoal”, esta integra as unidades de registos que, nas entrevistas permitam compreender a importância do bem-estar físico e da percepção de capacidade física para a valorização pessoal, para o bem-estar pessoal.

Os dados que se referem à “desvalorização pessoal” mostram que as percepções das entrevistadas relativamente às vivências da velhice evidenciam as experiências de um corpo físico envelhecido. As dificuldades funcionais e as experiências relacionadas com a doença e a perda de independência funcional

exprimem receios que eventualmente interferem com a percepção de bem-estar.

O processo de envelhecimento do ser humano na sociedade contemporânea, está, indubitavelmente, acompanhado de vários desafios. Giddens (2001, p. 146) refere: “ à medida que as pessoas envelhecem, elas enfrentam uma combinação de problemas físicos, emocionais e materiais difíceis de solucionar. Uma das principais preocupações das pessoas idosas é conseguir independência, liberdade de movimento e habilidade para participar integralmente do mundo social”.

As entrevistadas fazem referência a significações de desvalorização pessoal, já que se mostram conscientes da forma como a idade avança e se reflecte nos seus corpos, nas suas identidades. A este respeito mostram-se receosas quanto ao futuro, tendo a noção de limitações e representações de incapacidade, de fragilidade, bem como, de receio em equacionar o futuro. Logo, nas percepções do bem-estar físico e pessoal, o corpo físico envelhecido é percebido por significações de insegurança, incerteza e medo da dependência. As participantes prendem-se com a importância de se manterem activas e de serem capazes de fazer as actividades do dia-a-dia com normalidade, como se verifica nos seguintes depoimentos.

“É isso que me preocupa porque eu posso ter um problema qualquer que me imobilize, ter que ficar imobilizada e dependente dos outros”. (Amélia)

“Agora já me custa um bocadinho e há coisas que pago para me fazerem porque eu dei uma queda (...) antigamente limpava a casa de cima a baixo. Agora já não o faço e se faço, faço com medo de cair”. (Anabela)

“Tenho medo de ir sozinha para qualquer lado devido à idade que tenho e ao facto de ter diabetes (...) O meu desgosto maior é não ver bem, não posso ler”. (Maria Manuela)

“Tenho medo de paralisar e ficar num canto (...) Acho que realmente estou muito presa a estes ossos”. (Ana Sofia)

“Não consigo fazer trabalhos mais forçados, carregar os sacos do supermercado (...) Há tarefas em que me sinto muito frágil e não posso fazer”. (Ana Maria)

Ribeiro (2004, p. 19) afirma que “ ideias de desvalorização podem justificar o isolamento do idoso em relação à família, à comunidade e até à sociedade”.

Alicerçado no isolamento, o envelhecimento social é o caminho percorrido em relação à morte social, que se traduz na ausência de contactos interpessoais; na impossibilidade ou incapacidade de estabelecer relações significativas com outros seres humanos (Motta, 1989).

Os discursos permitem também, uma compreensão dos variados papéis sociais da mulher no quotidiano, sendo de revelar o papel da mulher na esfera doméstica, nomeadamente nos cuidados com a casa. É importante para a idosa sentir-se útil no contexto familiar e social. A idosa deseja continuar o seu papel de matriarca, não sendo relevada para um segundo plano devido à sua idade avançada. O receio de se tornar dependente por incapacidade física é um dos maiores medos dos idosos (Spirduso, 1995).

No tocante aos dados que se referem à “valorização pessoal” evidenciam percepções de bem-estar físico e pessoal pelas percepções de um corpo que aprendeu a manter capacidades físicas por via da prática de exercício físico, a proporcionar a capacidade funcional e a contornar os efeitos das doenças.

Guedes (2000) refere alguns benefícios psicológicos do exercício físico constatados em alguns estudos: redução da ansiedade; diminuição da agressividade; aumento da autoconfiança; aumento da auto-estima; e alívio da frustração e redução do stress.

As significações de bem-estar com o corpo são por isso importantes quando as entrevistadas se referem ao bem-estar com a “mente”, com “a parte psicológica”, tal como é mencionado. O facto de estas mulheres estarem mais motivadas para o exercício físico, integrando a sua prática nos seus hábitos de vida, não se sentirem incapazes e debilitadas, reflectem o bem-estar físico percepcionado em sintonia com o bem-estar pessoal, na medida em que evidenciam os benefícios para “a mente”, como se confirma nos seus discursos.

“Antes de vir para cá dedicava-me à minha mãe, agora dedico mais tempo a mim”. (Teresa)

“Se puder ser útil a alguém ainda sou, sem fazer muitos esforços.” (Anabela)

“Significa um bem-estar, ficamos muito mais contentes, muito mais felizes por vermos que o corpo ainda consegue dar assim uma volta e ficar melhor e isso é importante. (...) E ao fazer bem à mente, faz-me bem fisicamente também. (...) Apetece cantar (risos). Nunca me fecho em casa!” (Soraia)

“Sinto que estou mais livre e mais expansiva. Eu sinto-me mais feliz (...) Faz-me sentir alegre porque significa que me movimento melhor. Sinto que o corpo está mais liberto”. (Isabel)

“Desde que ando neste programa, já estou melhor. (-) O astral também está melhor. Já tenho mais um bocado de alegria e já encaro melhor as coisas do que encarava. (...) Sinto-me mais feliz”. (Maria Alice)

“Mentalmente sinto-me melhor também nessa parte, o que também ajuda porque eu acho que a ginástica não é só no corpo físico que se sente, mas também na mente. (...) Sou uma pessoa que se sente talvez com mais um pouco de energia, de alegria, sei lá, de motivação, tudo isso. Eu acho que é importante” (Alexandra)

“Sinto-me mais alegre! Mais alegre!. (...) Agora sei que está a fazer muito bem, sinto-me mais confiante, sinto-me. (...) Porque acho que isto é a alegria na alma e no corpo. Sinto-me bem!”. (Beatriz)

“Dá-me muito mais auto-estima, dá muito mais auto-estima à pessoa (...) Quando uma pessoa sai daqui sente-se mais leve. (expressa-se com ânimo)”. (Amélia)

“Estamos mais novas! (...) A gente sai, convive e não anda naquele stress porque eu podia ir e não vou (...) Que não estamos velhas! (...) Eu acho que mentalmente toda a gente evoluiu. (...) Eu sinto-me mais jovem! Eu sinto que já não me lembro da idade. (grupo focus 1)

Os benefícios ao nível da mobilidade e capacidade funcional, bem como na forma como lidam com a doença são aspectos importantes para a mente, na medida em que são compreendidos como estando em relação. Expressam essa relação referindo que se sentem mais jovens, e, conseqüentemente, com outras percepções acerca da idade, mostrando-se mais felizes e optimistas quanto ao futuro.

Para as idosas, o sentimento de se sentirem úteis é essencial para a visão positiva, é um meio de realização e valorização pessoal e social (Veloz, 1999).

4.2. PERCEPÇÕES DE BEM-ESTAR SOCIAL/PESSOAL

4.2.1 “ISOLAMENTO SOCIAL”/ “LAZER E CONVIVÊNCIA”

Quanto ao “isolamento social”, abordaremos as unidades de registos que, nas entrevistas, foquem as significações das entrevistadas em contexto social, incluindo os seus relacionamentos com a família, amigos e demais figuras. Integra também as significações relativas ao isolamento social pelas situações diversas (morar sozinha, o desinteresse dos filhos, netos, etc).

No que se refere ao “lazer e convivência”, verificar-se-á pela vertente social a importância que o convívio e as sociabilidades (actividades de lazer, sociabilidade e ampliação da convivência cultural através de passeios; ter amigos; convivências nas aulas e fora das aulas) poderão desempenhar no bem-estar pessoal e social, evidenciando a importância de pertencer a um grupo e a um espaço de participação social através do programa de exercício físico.

Os dados que se referem ao “isolamento social”, mostram que o contexto dos relacionamentos sociais e as percepções do envolvimento em contexto social são perspectivados com grande importância pelas entrevistadas quando se referem ao bem-estar pessoal e social.

Situações de depressão e esgotamento são relatadas por estas mulheres referindo carências nas suas relações, problemas pessoais relacionados com falecimento de familiares e problemas afectivos dos filhos, como se pode depreender dos seus discursos.

“Já tive muitas depressões, mas nunca me tratei, sofri sempre para dentro” (Maria Emília)

“Tive também um esgotamento muito grande por causa de um filho que se divorciou e eu não recebi aquilo muito bem”. (Ana Sofia)

“Eu vivo sozinha porque morreu o meu filho e o meu marido, fiquei eu. Convivo facilmente com outras pessoas. Mas, tenho alturas em que me iso! Não é fácil estar sozinha”. (Odete)

“Moro num primeiro andar e só tenho um vizinho que mora por cima, mas meto-me em casa e não convivo com ninguém, não falo com ninguém”. (Adelaide)

“Faz-me falta o convívio (risos), conviver com pessoas, falar, estou um dia inteiro sem falar com ninguém, sozinha”. (Maria Manuela)

“Vivo sozinha e também me interessa conhecer outras pessoas. (...) Espero fazer amigos”. (Daniela)

“É pelo convívio porque eu só tenho o meu marido, não tenho mais ninguém, já tive os meus pais, mas faleceram”. (Ana Maria)

“Penso que o convívio também vai enriquecer a nossa maneira de ser e de estar na vida”. (Ana Isabel)

“Sou uma pessoa com um pensamento muito positivo e gosto muito de conviver, acho que isso é saudável, nós precisamos do corpo e da mente!”. (Maria João)

No estudo elaborado por Barroso e Tapadinhas (2006), constatou-se que a perda de familiares e amigos é uma das causas de solidão nos idosos, porque não ter ninguém com quem partilhar os momentos, angústias e alegrias, gerando um sentimento de insatisfação.

Segundo Pais (2007), a solidão sente-se porque existe a necessidade do outro. Para os idosos, o verificar que já não têm significado para os outros é uma das suas inquietações.

As significações de carências afectivas expressas nos relacionamentos interpessoais, mais do que representações individuais apontam a questão do isolamento como um problema social afecto a esta população

Apesar desta percepção de um maior isolamento por parte das idosas, também ficou constatado que o tema sobre a morte muito raramente foi abordado, e, quando por vezes isso ocorreu, geralmente, foi em tom de brincadeiras e bom humor, como se verifica no seguinte depoimento.

“Morrendo estando viva e não moribunda, (...) os filhos estão ocupados, têm as suas coisas e os seus próprios filhos, e os maridos (...). Se não tem uma pessoa que nos deite a mão, é um problema e eu queria morrer com dignidade, é isso que me preocupa”. (Amélia)

Essa evidência a seu modo, não deixa de ser convergente, uma vez que na sociedade quase sempre o envelhecimento humano é logo relacionado com o final da existência pessoal.

Detenhamo-nos agora com os resultados relativos ao “lazer e convivência” evidenciam percepções de bem-estar pessoal e social pela importância que o convívio e as sociabilidades desempenham no programa de exercício físico.

Assim, o lugar dedicado à realização do exercício físico não será simplesmente um lugar onde exercitar-se, mas também um espaço dedicado à convivência, à comunicação, um local onde compartilhar e conversar (Geis, 1996), possibilitando à pessoa idosa manter uma presença activa no círculo social em que se encontra inserido, criando inclusivamente novas amizades.

A sua importância é expressa pelo relato de situações de recreio que integram os exercícios nas aulas, bem como fora delas, noutras actividades de lazer em situações especiais, como se verifica nos seguintes discursos.

“Uma pessoa saudável num aspecto porque consegue transmitir felicidade e essa felicidade depois vai de encontro às pessoas com quem convivemos e isso nota-se, vê-se”. (Soraia)

“Este ano fizemos o S.Martinho (...) Portanto, há a oportunidade de conhecer outras pessoas e que são da mesma região que nós, ela também é transmontana”. (Teresa)

“Há uma senhora que tem uma casa na aldeia, vamos alugar uma camioneta e vamos todas lá, convivemos e brincamos. Eu gosto!” (Maria Alice)

“Eu gosto de ver gente, gosto de conviver e de estar com as pessoas embora não saiba o nome delas (...) O que mudou foi ter um certo convívio que não tinha. (-) Vejo pessoas!” (Odete)

“Contamos as histórias da nossa vida, conversamos, contamos histórias passadas, contamos e ouvimos. (...) consigo participar mais nas brincadeiras com os meus netos, sentada no chão porque eles gostam muito de brincar”. (Amélia)

“O convívio faz-nos muito bem, a gente saber que naqueles dias tem que vir e estar com as pessoas, uma diz uma coisa e outra diz outra, as pessoas brincam com a gente (risos) (...) Sente-se outra alegria! O convívio! (...) O convívio, a amizade e foi isso que me deu mais saúde!”. (grupo focus 1)

“É bom para nos relacionarmos com os outros. (...) Além dos exercícios, conseguimos ter umas com as outras a amizade, acho que isso foi muito bom. (-) Todo o convívio faz-nos muito bem porque nos tira de casa também. (...) Aquele convívio faz-nos esquecer o stress”. (Grupo 2)

A vertente social deste programa integra também as percepções de bem-estar pessoal e social das entrevistadas, já que evidenciam a importância de

pertencer a um grupo, apresentando-o como um espaço de participação social. As entrevistadas expressam esta questão referindo-se às aulas como uma motivação para os seus dias, na medida em que as encaram como uma quebra na rotina. Um espaço-tempo em que é possível descarregar o stress, a ansiedade e, portanto, como uma forma de dedicação própria e de reflexão. É igualmente um espaço em que se dá lugar à brincadeira e à boa-disposição, um espaço em que se esquecem problemas pessoais. É igualmente de salientar que os benefícios do exercício físico integram o desempenho destas mulheres nas suas relações, na medida em que se sentem mais capazes para ter certas brincadeiras com os netos. Além disso, mostram-se mais motivadas para caminhar pelo facto de sentirem menos dores e menos cansaço e por se sentirem mais predispostas em termos psicológicos, saindo mais vezes de casa. Os relacionamentos e a convivência são aspectos muito importantes, porque reflectem a oportunidade de contrariar o isolamento social e surgem como uma oportunidade para contactar com outras pessoas da mesma geração e de gerações diferentes, partilhando assim opiniões, preocupações, referências, experiências e ideias.

Neste sentido, ao convívio e à socialização associam-se comportamentos e atitudes saudáveis, que podem ajudar a encarar a vida com um postura mais positiva, optimista e inovadora, contrariando os sentimentos de solidão, o isolamento e a passividade que, não raras vezes, caracterizam os indivíduos que vivenciam esta faixa etária (Bento, 1999).

A partir do processo de interacção com outras pessoas e trocas de experiências, os idosos podem desenvolver uma forma diferenciada de encarar o processo de envelhecimento pelo qual passam e não mais defini-lo de forma negativa e carregada de pessimismo, e podem recorrer a descoberta e revitalização de valores que permitam o seu reconhecimento pessoal e social (Santiago, 2006).

De acordo com Spirduso (1995) a maioria das teorias relacionadas com o envelhecimento, postula que o bem-estar emocional também resulta da interacção social e da força do vínculo social. O grupo torna-se um redutor de

stress, ajudando o idoso a manter um auto-conceito positivo diante da diminuição de energia e das dificuldades que surgem.

Neste sentido, questiona-se o nível do exercício físico e a sua relação com a qualidade de vida e bem-estar das mulheres participantes nos grupos de convivência para idosos, pois são vários os estudos que apresentam os benefícios do exercício físico na capacidade funcional, saúde e bem-estar dos idosos (Shepard, 1997; Spirduso, 1995; Sallis e Owen, 1999).

4.2.2. “ESFERA DOMÉSTICA NOS PAPÉIS SOCIAIS” / “O EXERCÍCIO FÍSICO E OS PAPÉIS SOCIAIS”

No tocante à “esfera doméstica nos papéis sociais”, abordaremos as unidades de registos que, nas entrevistas, foquem as percepções das entrevistadas relativamente aos factores socioculturais que se refiram à vivência da “velhice” por parte da mulher nos vários papéis que desempenha na sociedade e nas referências da perda da funcionalidade nesses papéis.

Quanto ao “exercício físico e os papéis sociais”, abordaremos as unidades de registos que, nas entrevistas, foquem as percepções das entrevistadas relativamente aos efeitos do exercício físico no dia-a-dia e com reflexos nos papéis sociais desempenhados.

Os dados que se referem à categoria “esfera doméstica nos papéis sociais” mostram que a actividade da mulher no contexto da casa e da família tem muita relevância para a definição da importância destas mulheres (nesta geração) na sociedade, perante os outros e, inclusivamente, para a sua identidade. Atendendo aos factores socioculturais subjacentes, entende-se que a perda de independência funcional tem consequências nas percepções das mulheres relativamente ao desempenho destes papéis socialmente atribuídos.

“Sinto-me bem quando estou uma tarde inteira em pé a fazer rissóis porque dão muito trabalho, mas gosto de fazer, gosto de passar a ferro, lavar”. (Maria Alice)

“O corpo mexe-se com facilidade, faço a limpeza de casa (...) Não tenho ninguém que me faça nada em casa e ainda vou a casa da minha filha passar a roupa a ferro”. (Rita)

“Faço essas coisas e sinto-me orgulhosa. (-) Não posso estar parada, faço renda (...) Faço a minha vida, faço tudo, ainda agora fui passar a ferro a casa da minha filha (...) Não tenho empregadas”. (Joana)

“De manhã levanto-me e procuro logo a roupa para lavar, faço as camas, faço o almoço, estendo roupa, faço as coisas para o meu marido porque ele é muito parado, eu sou mais activa”. (Ana Isabel)

“Faço a minha vida toda de casa, ainda ajudo a minha filha mais nova, sou eu que dou a ferro a roupa dela, sou eu que faço o almoço para nós, o jantar”. (Amélia)

“Quando arrumo a casa, quando alguém tem necessidade de eu lhe ir fazer qualquer coisa, ainda vou. Se puder ser útil a alguém ainda sou, sem fazer muitos esforços”. (Anabela)

“Às vezes as vizinhas sabem que percebo de costura, vão-me pedir para subir umas calças ou assim e eu não tenho problemas em fazer isso”. (Odete)

Perante estes depoimentos, podemos inferir que as entrevistadas se mostram resistentes à perda de funcionalidade e à percepção de ser inactiva e com vontade de contrariar este sedentarismo. Nos seus discursos, assumem-se fisicamente capazes e consideram-se activas e úteis, sendo que as percepções que o evidenciam se referem a aspectos como ser capaz de cuidar dos familiares, ter capacidade para desempenhar as funções nos cuidados com a casa, em trabalhos de costura, no auxílio aos filhos, etc.

Permanecer em actividade é um passo importante para proporcionar ao idoso a realização das tarefas do dia-a-dia sem grandes problemas e de forma autónoma (Hilgert e Aquini, 2003). A qualidade de vida para o idoso é avaliada pelo seu grau de funcionalidade e pela capacidade em permanecer independente (Guralnik et al., 2003).

Estas informações especificadas, mostram que a actividade doméstica e os cuidados com a família, enquanto aspectos relevantes na ocupação dos tempos livres destas mulheres nestas fases das suas vidas, são parte integrante das suas identidades, associando-se a significações de utilidade, de afirmação, de confiança. A possibilidade de ter uma vida fisicamente activa, de realizar actividades da vida diária e exercitar-se são factores que podem ter efeitos positivos sobre o que a idosa sente, sobre a sua auto-avaliação e sobre a forma como os outros a vêem (Holloszy et al, 1992).

Consideremos em seguida os dados que se referem ao “exercício físico e os papéis sociais”, estes evidenciam o contributo do exercício físico para sustentar determinados papéis sociais considerados importantes por estas mulheres. Este contributo refere-se às percepções de bem-estar pessoal e social expressos pelas significações de confiança, utilidade e de capacidade com que as entrevistadas lidam na sua vida diária.

A percepção de bem-estar, que tem como base o desejo de uma vida mais sã e serena, que permite ultrapassar as “batalhas diárias”, as diferentes fontes de preocupação de tudo o que nos rodeia (Albuquerque, 2005).

A este respeito é importante considerar os benefícios da prática do exercício físico na aprendizagem em contornar a perda de independência funcional na vida concreta destas mulheres, e na forma como este aspecto integra no desempenho dos seus papéis sociais, nomeadamente como donas de casa, nas tarefas domésticas que consideram de sua responsabilidade.

“Agora noto que faço a ginástica e chego ao fim sem estar cansada e faço mesmo as actividades em casa e habitualmente não estou cansada. (...) Sinto-me mais confiante para fazer determinadas coisas”. (Teresa)

“Porque vem-se a reflectir de uma maneira geral no dia-a-dia e no desempenho de tudo quanto nós temos que fazer. (...) poderemos fazer com o corpo aquilo que é necessário, sem estarmos a depender de ninguém”. (Amélia)

“Eu tenho de tratar de tudo, tudo da minha casa porque sou só eu, tenho que tratar de seguros, tenho que tratar de águas, tenho que tratar de electricidades, de telemóveis, finanças, tenho que tratar de tudo”. (Adelaide)

“Agora não tenho problemas de me pôr em cima de uma cadeira, sento-me no peitoril da janela e limpo muito bem e o da cozinha. (...) Muito mais! (...) Eu não era capaz de sacudir um tapete, se fosse mais pesado (...) Assim não, a gente faz as coisas, faz com gosto, ainda faço as coisas para a minha filha, ainda faço as coisinhas, ainda lavo a roupa, ainda passo a ferro e sinto-me útil.”. (grupo focus 1)

“Chego às prateleiras com mais facilidade. (...) Faço as coisas mais rápidas. (...) Sinto que estou mais leve e aliás eu disse sempre que isto me ia facilitar. (...) O que a gente sente é que faz com mais facilidade, ir lá abaixo, faço mais facilmente”. (grupo focus 2)

As entrevistadas referem assim estarem mais motivadas para as executar, sentindo-se com capacidade para fazer determinadas tarefas que não faziam ou tinham dificuldade em realizar antes de integrarem o programa.

O bem-estar e a qualidade de vida das idosas são largamente influenciados pela capacidade em manter a autonomia e a independência (MS/DGS, 2004).

O entendimento do sentido de um corpo capaz de ser gerido e capaz de ultrapassar limitações é referido como uma motivação para a vida, sendo que a independência funcional evidencia a conquista de um lugar na estrutura social.

As histórias pessoais, as atitudes, as convicções e a socialização que se desenvolvem dentro de um contexto sociocultural influenciam a prática de desporto, de exercício e de actividade física nas idosas.

A explicação teórica deste facto tem aparentemente início na adolescência e está enraizada na protecção social e médica do corpo da mulher e do seu papel reprodutivo (Vertinsky, 1998). Mónica (1996, pp. 19) refere que “ricas ou pobres, inteligentes ou estúpidas, activas ou passivas, as mulheres tinham uma única função: ser mães”.

Posto isto, o exercício físico é uma das formas de ocupar o tempo livre, conferindo à idosa um significado e uma valorização própria.

Com o exercício físico, a idosa não só convive com um grupo de pessoas com preocupações semelhantes à sua, como melhora a sua capacidade física, continuando capaz de executar uma variedade de tarefas. A idosa não se sente assim menos capaz ou inferior no contexto social e familiar do seu quotidiano, contribuindo para o seu bem-estar.

5 CONCLUSÕES

Envelhecer é um processo que tem como característica uma transformação pessoal que requer a re-dimensão dos valores humanos. Ora esta mudança de valores é uma tarefa para a qual a sociedade ainda não se encontra totalmente preparada e, por isso mesmo, sugere-se que se reveja possíveis conceitos, normas e perspectivas sobre a velhice, pois não são somente as pessoas que envelhecem, mas a sociedade em si.

Os resultados do estudo qualitativo evidenciaram que o programa permitiu às mulheres idosas uma concepção ampla de saúde. Neste sentido, à expectativa de que a prática de exercício físico pode ter contributos positivos para o bem-estar físico, subjazem motivações associadas à importância desses contributos na independência funcional na vida quotidiana. As dificuldades funcionais e as experiências relacionadas com a doença e a perda de independência funcional existem na relação com a percepção de bem-estar pessoal.

Os dados mostraram igualmente que as expectativas destas mulheres não se confinavam estritamente aos benefícios do exercício físico na sua vertente física e funcional, mas também ao significado de emagrecer.

Por conseguinte, para além da “boa saúde”, as suas expectativas alargaram-se ao desempenho físico e funcional nas variadas funções da vida, e, portanto, com efeitos esperados sobre os papéis sociais.

O programa de exercício físico é assim encarado como um contributo para a ocupação dos tempos livres e lazer, como a possibilidade de participação social no que respeita à “renovação” da capacidade de relacionamento, da partilha de ideias e de valores, e de convivência.

No entanto, após o programa de exercício físico os resultados obtidos reflectem hábitos de vida que se aproximam daqueles que são considerados saudáveis e preventivos. As entrevistadas expressam entusiasmo e motivação quando se referem ao contributo do exercício físico para a condição de saúde percebida e para as percepções de bem-estar no seu relacionado sentido físico, pessoal e social.

As representações sociais envolvidas traduzem-se em sentimentos de valorização pessoal conseguidos por um corpo mais leve, equilibrado e flexível, e por uma maior capacidade de contornar a doença.

Desta forma, estes resultados podem ajudar a explicar os efeitos do exercício físico, demonstrando que, apesar das dificuldades diárias com que o corpo envelhecido tem de lidar, este programa poderá ser válido, fornecendo instrumentos para um empoderamento social e individual, contribuindo para sustentar melhor bem-estar e qualidade de vida da mulher idosa.

Os discursos permitem também uma compreensão dos variados papéis sociais da mulher no quotidiano, sendo de salientar o papel da mulher na esfera doméstica, nomeadamente nos cuidados com a casa. É importante para a idosa sentir-se útil no contexto familiar e social. Com o exercício físico as idosas referem que se sentem mais jovens, e, conseqüentemente, com outras percepções acerca da idade, mostrando-se mais felizes e optimistas quanto ao futuro.

Também se verificou com o programa de exercício físico a aquisição de comportamentos mais activos que se reproduziram pela vontade das idosas de se envolverem em outras actividades físicas. Foi também possível constatar a emergência de renovados sentimentos de exaltação e valorização do corpo pela alteração da aparência, permitindo uma nova relação com o mesmo, que se reflectiu, de igual modo, na relação com os outros.

Esta relação, protagonizada em grande parte pela interacção e pelo convívio proporcionando pelas sessões do exercício físico, teve também um importante papel na auto-valorização de cada idosa, sendo um incentivo para a reconquista de dignidade corporal e social.

Constatou-se também que com a realização do programa de exercício físico, as idosas criam novas amizades e aumentam os seus contactos sociais.

Tendo em consideração os discursos das idosas em estudo, o programa de exercício físico realizado pareceu-nos ser um instrumento capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar destas mulheres, permitiulhes compreender que têm capacidade para executar as actividades do dia-a-dia com mais facilidade, ganhar domínio sobre os seus corpos, permitindo-lhes fazer algo sem dependerem de outros e, por isso, promove-lhes outra qualidade de vida.

Para a idosa, a procura de uma determinada qualidade de vida e bem-estar estará sempre relacionada com a saúde, com a capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia e com sentimentos de bem-estar e de satisfação (Spirduso, 1995).

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque (2005). Estado Saúde- Bem-estar completo. Disponível em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/913

Alfermann, D.; Stoll, O.(2000). Effects of physical exercise on self- concept and well- being. *Journal of sport psychology*. 1 (31): 47- 65.

Alves, J. R. (1999). *Representações simbólicas do corpo envelhecido*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto/ Portugal.

Alves, J. R.; Corte-Real, N.; Corredeira, R.; Brustad, R.; Balaguer, I; Fonseca, A. M. (2004). *A actividade física e desportiva e satisfação com a vida*. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 4 (2), 135-136.

American College of Sports Medicine (1998a): Exercise and physical activity for older adults In *med science sports exercise* 30 (6),992-1008.

American College of Sports Medicine (1998b): Recommendations for cardiovascular screening, staffing, and emergency policies at health/fitness facilities. In *Med Science Sports Exercise* 30 (6), 1009-1018.

Appell, H.; Mota, J. (1991): Desporto e Envelhecimento. In *Revista Horizonte*, 7 (44).

Aragão, J.; Dantas, E. (2003). Treinamento da RML na autonomia e na qualidade de vida de idosos. In Dantas, E.; Oliveira, R. (Eds.), *Exercício, Maturidade e Qualidade de Vida* (pp.49-78). 2ªedição. Rio de Janeiro: Shape.

Baltes, P. B.; Baltes, M. M. (1990). *Successful aging*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª Ed). Lisboa: Edições 70 Lda.

Bandura, A. (2004). *Health promotion by social cognitive means*. Health Educ Behav, 31(2), 143-164.

Barroso, V. L.; Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. P. 171-183 disponível em: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf

Barreto, J. (1999). *Um dia de reflexão sobre a dignidade da pessoa no caso da vida*. Academia pontifícia pró-vita. Centro de estudos de bioética.

Basílio, P; Pereira, A. (2005). A mulher e a actividade físico-desportiva nas cidades de Lamego, Peso da Régua e Vila Real. Representações práticas e aspirações. In P. Botelho Gomes; I. Cruz (eds) *Mulheres e Desporto: Agir para a mudança- II Congresso Internacional Mulheres e Desporto* (pp 76-81). Quijas: Associação Portuguesa Mulher e Desporto, Faculdade de Ciências do desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Bento, J. (1999) O idoso: a geração do próximo milénio. In J. Mota e J. Carvalho (eds), *Actas do seminário "A qualidade de vida do idoso: o papel da actividade física "*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.

Berger, B. G. (1989). The role of physical activity. In *The life quality of older adults*. Am. Acad. Phys. Ed. Papers, V.22, P.42-54.

Berger, L; Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Luso didacta.

Berger, B. (1998). A taxonomy for enhancing the psychological benefits of exercise. Comunicação apresentada no 2º Congresso Mundial de Psicologia Aplicada ao Desporto e à Actividade Física. Universidade do Minho.

Birren, K. W.; Scrnoots, J. F. (1995). History, concepts and theory in the psychology of aging. In: Birren, J. E. & Schaie, K. W. (eds). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press.

Birren, J. E. (1988). *Emergent theories of aging*. New York: Springer.

Booling, A.(1995). *Health Related Quality of Life: A discussion of the concept, its use and Measurement*. Measuring Disease. Open University Press, Buckingham- pp. 01-99.

Brasão, I. (1999). *Dons e disciplinas do corpo feminino: os discursos sobre o corpo na história do estado novo*. Organizações não governamentais do conselho consultivo da comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres.

Carrière, I.; Colvez, A.; Favier, F. et al (2005). *Hierarchical components of physical frailty predicted incidence of dependency in a cohort of elderly women*. J Clin Epidemiol; 58:1180- 1187.

Carvalho, J. (1999). Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In Mota, J.; Carvalho, J. (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física* (pp.95-104). Gabinete de desporto de recreação e tempos livres: FCDEF-UP.

Carvalho, J.; Soares, J. M. C. (2004). *Envelhecimento e força muscular: Breve Revisão*. Revista portuguesa de ciências do desporto, 4 (3), 79-93.

Carvalho, J.; Mota, J. (2002). *A actividade física na terceira idade*. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras - Divisão do Desporto.

Carvalho, J.; Mota, J. (2006). A qualidade de vida do idoso: o papel mediador da actividade física e desportiva. In G. Tani; J. Bento; R. Peter Sem (Eds), *Pedagogia do Desporto* (pp.132-141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Chodzko-Zajko, W. (1998). Exercise for older adults. In: *Physiology of aging and exercise. Ace's guide for fitness professionals* – American Council on Exercise.

Clark, D. (1999). Physical activity and its correlates among urban primary care patients aged 55 years or older. *Journals of gerontology*, 54, 41S- 48S.

Cordeiro M. (1998) Avaliação da saúde em gerontologia. In Manual Sinais vitais, *O idoso- problemas e realidades*. Editora Formasau.

Costa, M.; Agreda, J.; Ermida, J.; Cordeiro, M.; Almeida, M.; Cabete, D.; Veríssimo, M.; Grácio, E.; Lopes, J.; Cruz, A. (1999). *O idoso – problemas e realidades*. Editora Formasau.

Dantas, E.; Dantas, B.; Aragão J. (2002). RML e autonomia: efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. *Revista Fitness & Perform*, 1 (3), 21-27.

Dantas, E.; Amorim, F. (2003). Autonomia e resistência aeróbica em idosos: efeitos do treinamento da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia de idosos. *Revista Fitness & Perform*, 1 (3) 47-59.

Direcção Geral de Saúde (1999). *Conservar-se em forma em idade avançada*. Guias para as pessoas idosas, 1. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*.

Dishman, R (1982). Compliance/ adherence in health- related exercise. *Health Psychology*, 3, 237- 267.

Ebrahim, S.; Rowland, L. (1996). Towards a new strategy for health promotion for older women: determinants of physical activity. *Psychol. Health Med.*1, p. 29-40.

Elon, R. (1996). *Geriatric Medicine*. Br Med. J., 12, 561-563.

Faria Junior, A. G. (1999). Idosos em movimento- mantendo a autonomia: um projecto para promover a saúde e a qualidade de vida através das actividades físicas. In Mota, J.; Carvalho, J. (Eds), *Actas do seminário “A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física”*. Porto: Universidade do Porto, pp. 36-49.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI. Editores.

Garcia, R. (1999). O idoso na sociedade contemporânea. In Mota, J.; Carvalho, J. (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física* (pp.74-83). Gabinete de Desporto de Recreação e Tempos Livres: FCDEF-UP.

Garcia, R. (2004). O idoso entre a ciência e a poesia. In J. Bento e E. Lebre (Eds) *Professor de educação física, ofícios da profissão* (pp. 189-212). Porto:

Gáspari, J.; Shawartz, G. (2005). *O idoso e a ressignificação emocional lazer*. Psicologia: teoria e pesquisa. 21 (1), 069-076.

Geis, P. (1996). *Tercera edad, actividad física y salud*. Editorial Paidotribo – 2ª Edición.

Geis, P. (2005). *Actividade física e saúde na terceira idade: teoria e pratica*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1997). *O inquérito- teoria e prática* (2ª ed). Oeiras: Editora Celta.

Giddens, A. (2001). *Modernidade e identidade*. Celta Editora. Oeiras

Gonçalves F. (1990) *Moderna Saúde Publica*. 6ª edição.

Guedes, O. (2000). Idoso estresse e actividade física. In Júnior, A.; Decaro, P.; Sanches, J. (Org.), *III Seminário internacional sobre actividades físicas para terceira idade* (pp. 77-86). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Guralnik, J. M.; La Croix, A. Z.; Everett, D. F.; Kovar, M. G. (1999). Aging in the eighties: the prevalence of comorbidity and its association with disability. Advance data from vital and health statistics, n. 70 National center for health statistics. Hyattsville, MD.

Guralnik, J. M.; Ferrucci, L.; Pieper, C. F.; Leveille, S. G.; Markides, K. S. ; Ostir, G. V. (2003). Lower *extremity function and subsequent disability*: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J. Gerontol Med Sci*; 55 A(4): 221-231.

Harper, S. (1999). Building an intergenerational activity program for older adults, implications for physical activity. *The Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 70 (2), 68-69.

Hayflick, Leonard (1996). *Como e porquê envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus.

Hilgert, F.; Aquini, L. (2003). *Actividade física e qualidade de vida na terceira idade*. *Revista Horizonte*, nº 9, vol XIX, 3-9.

Holloszy, J. O.; Spina, R. J.; Korhrt, W.M. (1992). Health benefits of exercise in elderly. *Med. Sports Sci.*; V. 37, p. 91-108.

Huang, Y.; Macera, C.; Blair, S.; Brill, P.; KohlIII, H.; Kronenfeld, J. (1997). Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30 (9), 1430-1435.

INE (2002) Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-economica recente das pessoas idosas. *Revista de estudos demográficos*, 185-209.

Kahn, R.L.; Antonucci, T.C. (1979). *Convoys over the life course: Attachment, roles and support*. Manuscrito não publicado. Institute for Social Research. University of Michigan, Michigan.

Lassey, W; Lassey, M. (2001). *Quality of life for older people: an international perspective*. New Jersey: Prentice Hall.

Leventhal, E. (1994). Aging women, getting older, getting better?. In Manuck, S.; Jennings, R.; Rabin, B. (eds) *Behavior, Health and aging* pp. 27- 42, USA: Lawrence Erlbaum Associats, Publishers.

Liano M.; Manz M.; Oliveira S.(2004) *Guia prático da actividade física na terceira idade: para envelhecer saudavelmente*. 2ª Edição, Cacém: Manz produções

Lovisol, H. (1995) *A arte da meditação*. Rio de Janeiro: Sprint.

Malina, R.; Bouchard, C. (1991). *Growth, maturation, and physical activity*. Human Kinetics Boocks. Champaign, Illinois.

Marconi, M.; Lakatos, E. (1990). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas Editora.

Mariovet (1994). Hábitos desportivos da população portuguesa. *Revista Horizonte*, 7 (42), 191-200.

Maroy, C. (1997). A análise qualitativa de entrevistas. In Albarello, Digneff, Hirnaux, Maroy, Ruquoy, Saint- Georges. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. (pp. 117 – 155). Lisboa: Editora Gradiva.

Morrow, J. (1992). Are American children and youth fit? Review and Commentary. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 63, 2-55.

Moreira, C. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: ISCTE.

Marques, A. T. (1999). A actividade física na 3ª idade. In: J. Mota; J. Carvalho (Eds.), *Actas do Seminário – A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física* (pp. 11-19). FCDEF-UP.

Marques, A.; Bento, J.; Constantino, J. M. (1993). *Actividade física e saúde na terceira idade*. Livro de resumos. 1ª Conferência do EGREPA, C. M. Oeiras.

Matsudo, S. (2001). *Envelhecimento e Actividade Física*. Londrina: Ed. Midiograf, 2001.

Matsudo, S., Matsudo, V. (1993). *Prescrição e benefícios da actividade física na terceira idade*. *Revista Horizonte*, 9 (54), 221-228.

Mazzo, G. Z. (2001). *Actividade Física e o Idoso*. Concepção gerontologica. Porto Alegre. Editora Sulina.

- Mónica, M. (1996). Os costumes em Portugal. *Cadernos do público. B.P.I.* Banco Português de Investimento.
- Mota, J. (2000). O idoso, a actividade física, e a qualidade de vida. In: *A recreação e lazer da população com necessidades especiais*. FCDEF-UP, 126-131.
- Mota, J.; Paiva, P; Silva, S. (1993). “effects of 5 months weekly training program on some motor behavior of older adults”, in *actividade física e saúde na Terceira idade; Livro de resumos. 1ª Conferência do EGREPA*, C. M. Oeiras.
- Motta, E. (1989). Envelhecimento Social. *A Terceira Idade*, 2, 16-39. Edição Serviço Social do Comércio (SESC). São Paulo.
- MS/DGS (2004) Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas- Despacho Ministerial 08/06/2004, disponível em:
<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006491.pdf>
- Nahas, M. (2001). *Actividade física e qualidade de vida; conceitos, sugestões para um estilo de vida activo*. (1º Ed). Editora Midiograf, Londrina- PR.
- Norman, K.(1995). *Exercise programming for older adults*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Novo, R. (2003). *O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nunes, M. (2005) *O envelhecimento no feminino*. Um desafio para o novo milénio. Colecção informar as mulheres nº22. Lisboa, 2005.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde*. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica. LIDEL- edições técnicas, lda.

O'Brien, S. J.; Vertinsky, P. A. (1991). Unfit survivors: Exercise as a resource for aging women. *The Gerontologist*, 31, 347-358.

Oliveira B. (2008) *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 3º Edição. LIVPSIC

Organização Mundial de Saúde (1986) *Carta de Ottawa para a promoção de saúde*. Lisboa: divisão da educação para a saúde.

Organização Mundial de Saúde (1997). The heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of aging and physical activity*, 5, 1, 2-8.

Organização Mundial de Saúde (2002). *The world health report 2002- Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. WHO, 7-9.

Osório, A. R. e Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos, 2007.

Pate, R.; Pratt, M.; Blair, S.; Haskell, W.; Macera, C.; Bouchard, C. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sport and medicine. *Journal of American medical association*, 273, 402- 407.

Pais, J. M. (2007). *Análise Sociológica da Solidão na Pessoa Idosa*. P. 1-9 disponível em:

www.unifai.eu/files/active/1/Analise_sociologica_solidao.pdf

Pedrozo, S. K.; Portella, M. R. (2003). *Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos*. P.1-13 Recuperado em 2 de Abril, 2008.

Pereira, I. C. (2003). Perfil da Autonomia funcional em Idosos Institucionalizados na Cidade de Barbacena. *Journal, Rio de Janeiro*, v 02, n 05, p. 261.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª Ed). Lisboa: Editora Gradiva.

Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Legis: Editora/ LIVPSIC.

Santiago, L. (2000). *Os valores orientadores das práticas desportivas em grupos emergentes de terceira idade: Um estudo sobre as suas construções simbólicas*. Dissertação de Doutoramento, Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Santiago, L. (2006). *Os valores orientadores das praticas desportivas em grupos emergentes da terceira idade*: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Sallis, J.; Owen, N. (1999). *Physical activity & Behavioural medicine*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Simões, R. (1994). *Corporeidade e terceira idade – A marginalização do corpo idoso*. Piracicaba: Editora Unimep.

Shephard, R. (1997). Impact of aging on major physiological systems at rest and during submaximal and maximal exercise. In S. Bott; C. Schutter (Eds.),

Aging, physical activity, and health (pp. 118-130). University of Toronto: Human kinetics.

Shephard, R. (2002). The role of physical activity in successful aging. In K., Chan; W. Chodzko-zajko; W. Frontera; A. Parker (Eds.), *Active aging* (pp. 2-31). International federation of sports medicine (FIMS).

Shephard, R. (2004). Activity, physical activity and aging. *European review of aging and physical activity*, 1, 18-25.

Smith J. (2002). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev.*;9:461-77.

Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign, IL Human Kinetics.

Spiriduso, W.; Francis, K.; Macrae, P. (2005). *Physical dimensions of aging*. Champaign, Human Kinetics.

Terry, P. C.; Biddle, S.; Chatzisaranti, N.; Bell, R. (1997). Development of a test to assess the attitudes of older adults toward physical activity and exercise. *Journal of aging and physical activity*, 5, (2):11-125.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva; J. M. Pinto (org). *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101- 128). Porto: Edições Afrontamento.

Vertinsky, P. A. (1998). Run, Jane, Run: Central tensions in the current debate about enhancing women's health through exercise. *Journal of Women e Health*, 27 (4), 81-111.

Veloz M.C.T. (1999). Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. *Representações sociais do envelhecimento*. *Psicologia, Reflexão e Crítica*. 12(2): 479-501.

Wilcox, S.; Tudor- Locke, C. E.; Ainsworth, B. E. (2002), physical activity patterns, assessment, and motivacion in older adults. In: Shepard, R. J. (ed) *Gender, Physical activity, and aging*. Florida: CRC Press LLC, p. 13-39.

Zambrana, M. (1992). *Desporto na 3ª Idade*. Câmara Municipal de Oeiras.

ANEXOS

Guião semi-estruturado individual

Objectivo: as consequências da actividade física para o reposicionamento da identidade física.

Compreender se um programa de actividade física ao criar estratégias de interacção social entre as mulheres idosas reposiciona as suas identidades físicas. Para isso, abordaremos as consequências do programa ao nível das percepções da imagem corporal e da reconstrução da vaidade. Compreendemos as significações sociais relativas à importância social da imagem física. No que respeita à pertinência deste programa na socialização das mulheres abordaremos o contributo para o restabelecimento de relações sociais.

Acolher: *Antes de mais queria agradecer-lhe a disponibilidade e colaboração e pedir-lhe autorização para registar esta entrevista. Hoje estamos aqui reunidas para conversarmos e trocarmos opiniões acerca do programa em que está inserida. Durante a entrevista se quiser saber razão de determinada pergunta, por favor sinta-se à vontade para o fazer, ou se houver algo a que não queira responder simplesmente diga que não responde. Quer fazer-me alguma pergunta antes de começarmos?*

1. Agora que já frequentou este programa de actividade física gostaria que falássemos um pouco sobre o que trouxe de novo para a sua vida.

1.1 *Diga-me então que alterações sentiu ao frequentar estas aulas? (desenvolver a importância da mobilidade física e/ou do convívio) Qual é a importância que isso tem para si?*

1.2 *De que forma interfere na sua vida pessoal?*

1.3 *Este programa motivou-a a fazer outras coisas (no sentido da actividade física)? O quê?*

2. Abordemos também as consequências do programa ao nível das percepções do corpo.

2.1 Este programa interferiu de algum modo na forma como vê e encara (significado simples de “percepciona”) o seu corpo? Como? Qual é a importância que isso tem para si?

2.2 Interfere de alguma forma na confiança que tem em si mesma? Como? O que é que significa para si? (desenvolver sentimento de auto-estima e restabelecimento da vaidade)

2.3 Os seus familiares e as pessoas suas amigas o que é que lhe dizem? Como é que isso a faz sentir?

3. É importante falarmos também das significações ao nível das relações sociais.

3.1 Construiu relações no grupo? Qual é a importância que isso tem para si?

3.2 Que sentimentos se criam quando faz a aula e vai para casa?

3.3 Interferem de alguma forma no seu relacionamento com outras pessoas?

Encerrar: Há mais algum aspecto de que não tenhamos falado e que considere ter mudado a sua vida com esta nova experiência?

Agradecer: Só tenho a agradecer-lhe por ter colaborado connosco e desejar que continue a gostar das aulas.