



Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

Motivação para a prática de Actividade Física em Mulheres Idosas

Estudo com idosas em Lares e Centros de Dia

Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências do Desporto, na área de especialização de Actividade Física para a Terceira Idade, de acordo com o Decreto-Lei nº 216/92, de 13 de Outubro.

Orientador: Professora Doutora Maria Constança Paúl

Co-Orientador: Professor Doutor António Manuel da Fonseca

**Sílvia Daniela Marques dos Santos
Porto, Julho de 2006**

Santos, Sílvia Daniela Marques (2006) Motivação para a prática de Actividade Física em Mulheres Idosas – Estudo com idosas em Lares e Centros de Dia. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto, na área de especialização de Actividade Física para a Terceira Idade. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto.

Palavras- chave: Actividade Física; Auto Percepção do Envelhecimento; Avaliação Subjectiva da Saúde; Atitudes; Expectativas de Resultado.

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado e nomeadamente a elaboração desta dissertação, não teriam sido possíveis sem a colaboração e o apoio de várias pessoas, a quem eu manifesto o meu mais sincero agradecimento.

- À Professora Doutora Constança Paúl, orientadora desta dissertação, pelo seu acolhimento, disponibilidade e apoio mas sobretudo pela segurança e tranquilidade que me transmitiu ao longo da elaboração deste trabalho.
- Ao Professor Doutor António Manuel da Fonseca, co-orientador desta dissertação, pelas suas críticas e sugestões.
- À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, pela permissão de frequência deste mestrado e pelo apoio disponibilizado.
- Às Instituições que colaboraram na aplicação dos Inquéritos, Centro Social e Paroquial de Terroso, Santa Casa da Misericórdia de Valongo, St^a Casa da Misericórdia de St^o Tirso e Lar do Comércio, pela disponibilidade com que me receberam.
- A todos as idosas que participaram neste estudo, pela sua colaboração.
- Aos amigos, pelas suas palavras de apoio.
- Ao Toni, pelo tempo que era dele...
- Aos meus pais por tudo...

INDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO 15

2. REVISÃO DA LITERATURA 21

O Envelhecimento 23

 Envelhecimento e ciclo de vida 27

 Envelhecimento Feminino 29

Auto-Percepção do Envelhecimento 30

Auto – Avaliação da Saúde 33

Actividade Física no Idoso 37

Comportamento, Atitudes e Expectativas 41

3. OBJECTIVOS 49

Objectivos Gerais 51

Objectivos Específicos 51

4. METODOLOGIA 53

Caracterização da amostra 55

Instrumentos de Avaliação 59

Procedimentos de Aplicação 61

Procedimentos estatísticos 62

5. RESULTADOS 63

Auto Percepção do Envelhecimento 65

Avaliação Subjectiva da Saúde 66

Atitudes Face à Actividade Física 68

Expectativas de Resultado Face ao Exercício 71

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 75

Auto Percepção do Envelhecimento 77

Avaliação Subjectiva da Saúde 79

Atitudes Face à Actividade Física 82

Expectativas de Resultado Face ao Exercício 87

7. CONCLUSÕES e SUGESTÕES 89

8. BIBLIOGRAFIA 95

ANEXOS 107

Índice de Quadros

- **Quadro nº1** Caracterização da Amostra em função da Situação na Instituição e da Prática
- **Quadro nº2** Valor médio da Idade em função da Situação na Instituição
- **Quadro nº3** Valor médio da Idade em função da Prática
- **Quadro nº4** Caracterização das Idosas em função da Situação na Instituição e do Estado Civil
- **Quadro nº5** Caracterização da Amostra em função do Estado Civil e da Prática
- **Quadro nº6** Caracterização da amostra em função do Nível de Escolaridade e da Situação na Instituição
- **Quadro nº7** Caracterização da Amostra por Níveis de Escolaridade em função da Prática
- **Quadro nº8** Distribuição das Idosas em Lar por Tempo de Institucionalização
- **Quadro nº9** Valores médios da Escala de Auto Percepção do Envelhecimento em função da Situação na Instituição
- **Quadro nº 10** Valores médios da Escala de Auto Percepção do Envelhecimento em função da Prática
- **Quadro nº11** Análise dos valores médios da Escala de Auto Percepção do Envelhecimento em função da Frequência das Sessões
- **Quadro nº12** Valores médios da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da Situação na Instituição
- **Quadro nº13** Valores médios da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da prática.
- **Quadro nº 14** Valores médios dos itens da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da prática
- **Quadro nº15** Valores médios da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da Frequência das Sessões
- **Quadro nº 16** Análise dos valores médios da Atitude Face à Actividade Física em função da Situação na Instituição
- **Quadro nº17** Análise dos valores médios da Atitude face à Actividade Física em função da prática

- **Quadro nº18** Valores médio das Sub-escalas da Atitude face à Actividade Física em função da Situação na Instituição
- **Quadro nº 19** Valores médio das Sub-escalas da Atitude face à Actividade física em função da prática
- **Quadro nº 20** Valores médios da Atitude face à Actividade Física das idosas Praticantes em função da Frequência das Sessões Semanais
- **Quadro nº21** Valores médios das Sub escalas da Atitude face à Actividade Física, das idosas praticantes em função da frequência da prática na Instituição
- **Quadro nº 22** Valor médio das Expectativas de Resultado Face à Actividade Física
- **Quadro nº23** Valores médios das Expectativas de Resultado Face ao Exercício em função da Situação na Instituição
- **Quadro nº 24** Valores médios das Subescalas de Expectativas de Resultado sobre o Exercício
- **Quadro nº25**Valores médio das Expectativas Face à Actividade Física em função da Frequência das Sessões Semanais
- **Quadro nº26** Valores médios das Subescalas das Expectativas de Resultado em função da frequência das sessões de Actividade Física na instituição

RESUMO

A investigação sobre a prática de Actividade Física na 3ª Idade vem acumulando evidências sobre os benefícios sociais, psicológicos e físicos da prática de Actividade Física. No entanto, o número de idosos fisicamente activos, nomeadamente os que estão inseridos em instituições, é extremamente reduzido. **Objectivo:** Este estudo teve como objectivo identificar e caracterizar a diferença entre mulheres idosas de Lares e Centros de Dia, praticantes e não praticantes, ao nível das variáveis da Auto Percepção do Envelhecimento, da Avaliação Subjectiva da Saúde, das Atitudes Face à Actividade Física, das Expectativas de Resultado e da frequência de realização das sessões. **Metodologia:** A amostra deste estudo foi constituída por 70 idosas. Os Instrumentos de Avaliação utilizados foram: Escala de Ânimo de Lawton (1975) – Sub-escala da Auto percepção do Envelhecimento; *European Survey on Aging Protocol* – Sub-escala das Medidas de Saúde; Questionário de Avaliação das Atitudes dos Idosos face à Actividade Física (*OPAPAEQ - Older Persons' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire*); A Escala de Expectativas de Resultado sobre o Exercício (*Outcomes Expectations for Exercise Scale - OEE*) **Resultados:** Os resultados obtidos indicaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre praticantes e não praticantes ao nível das variáveis socio-demográficas, da Auto percepção do Envelhecimento e da Autoavaliação da Saúde. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das Atitudes, apesar de praticantes e não praticantes apresentarem uma Atitude positiva face à Actividade Física. As idosas praticantes apresentavam Expectativas de Resultado positivas face à Actividade Física. Constatou-se também que as idosas que praticavam Actividade Física 3 vezes por semana apresentavam valores de Atitude e de Expectativas de Resultado mais positivos. **Conclusão:** A Atitude face à Actividade Física é a variável que estabelece a diferença entre as idosas praticantes e não praticantes.

Palavras- chave: Actividade Física; Auto-percepção do Envelhecimento; Autoavaliação da Saúde; Atitudes; Expectativas de Resultado.

Resume

The investigation about the practice of Physical Activity in older adults has been accumulating evidences of its social, psychological and physical benefits. However, the number of older adults physically active, namely the ones in institutions, is extremely reduced. **Objective:** This study has the objective of identify and characterize the difference between participants and non participants older women in the following variables: Self-perception of aging; Subjective Evaluation of Health; Attitudes toward Physical Activity and Outcomes Expectations for Exercise. **Methodology:** Participants were 70 older women. The instruments of evaluation used were: Moral Scale of Lawton (1975) – Subscale of Self-perception of aging ; European Survey on Aging Protocol – Subscale of health measures; Older Persons' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire – OPAPAEQ and Outcomes Expectations for Exercise Scale - OEE). **Results:** The results indicated that there were no differences between participants and non participants in the Social-demographics variables, Self-perception of aging and Self-evaluation of health. Differences were found at the Attitude level, even though participants and non participants presented a positive attitude towards physical activity. The participants' women showed a positive Outcomes Expectations for exercise. There was also found that older women who practice Physical Activity 3 days/ week showed more positive way the Attitudes and Expectations towards Physical Activity. **Conclusion:** The Attitude towards Physical Activity was the variable that establish the difference between participants' older women and non participants.

KEY-WORDS: Physical Activity; Self-perception of aging; Subjective Evaluation of Health; Attitudes; Outcomes Expectations of Physical Activity.

Résumé

La recherche sur la pratique d'activité physique au 3e^eme age vient accumulant des évidences sur les bénéfices sociaux, psychologiques et physiques de la pratique d'activité physique. Au même temps, le numéro de personnes âgées physiquement actives, surtout tous ceux qui sont dans des institutions c'est assez réduits. **Objectifs** : Cette recherche a comme but, identifier et caractériser la différence entre des femmes âgées pratiquantes et non pratiquantes au niveau des variables de l'auto-perception du vieillissement, de l'auto-validation de la santé, des attitudes devant l'activité physique et des attentes de résultat. **Méthodologie** : La démonstration a été présentée par un ensemble de 70 femmes âgées. Les instruments de validation utilisés ont été : Echelle de morale de Lawton (1975) Sub - échelle d'auto perception du vieillissement ; Sub-échelle des mesures de santé (*European Survey on Aging Protocol*) ; Questionnaire de validation des Attitudes des personnes âgées devant L'activité Physique (*Older Persons' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire - OPAPAEQ*) ; L'échelle d'attentes de résultat sur l'exercice (*Outcomes Expectations for Exercise Scale - OEE*) **Résultats**- Les résultats obtenus montrent qu'il n'existe pas des différences statistiquement significatives entre pratiquantes et non pratiquantes au niveau des variables socio-démographiques, de l'auto perception du vieillissement et de l'auto validation de la santé. On a trouvé des différences statistiquement significatives au niveau des attitudes malgré des pratiquantes et non pratiquantes, démontrer une attitude positive devant l'activité physique. Les femmes âgées pratiquantes donnent des spectatrices de résultat positives devant à l'activité physique. On a constaté aussi que les femmes âgées qui pratiquaient l'activité physique trois fois pour semaine montraient des valeurs des Attitudes et attentes des résultats plus positives. **Conclusion**- Les attitudes face à l'activité physique et les attentes de résultat, sont variables qui démontrent la différence entre les femmes âgées pratiquantes et non pratiquantes cela montre pour le besoin d'augmenter l'offre d'activité physique dans les institutions et faire des interventions auprès des femmes âgées dans le sens d'augmenter leurs motivations pour la pratique de l'exercice physique rappelant leurs attentes de résultats.

Mot-clef : Activité physique ; Auto Perception du Vieillissement ; Auto Validation de la santé ; Attitudes devant l'activité physique ; Attentes de Résultats.

1. Introdução

1. Introdução

O fenómeno do envelhecimento, os aspectos que o envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam a uma sociedade cada vez mais constituída por idosos, torna a temática do envelhecimento muito actual e exigindo uma abordagem multidimensional. A proporção da população mundial com mais de 65 anos regista uma tendência crescente passando de 6,9% da população total em 2000 para 15,6% em 2050. A população portuguesa acompanha também esta evolução e a sua dimensão actual resulta de um crescimento acelerado ocorrido num curto espaço de tempo. Segundo os Censos 2001 estima-se que os indivíduos com mais de 75 anos sejam 6,9% da população e 1,5% da população tenha mais de 85 anos (INE, 2002).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. O envelhecimento não é um problema, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos da intervenção social (DGS, 2004).

Apesar da capacidade física ser um aspecto importante para o idoso e ter implicações substanciais para os gastos ao nível da saúde, os idosos recebem pouca atenção até se tornarem disfuncionais e necessitarem da prestação de cuidados.

Os idosos desejam viver o maior número de anos possíveis, mas não desejam uma vida longa se a sua qualidade for baixa. Ser fisicamente independente e ter a capacidade para ser activo, desempenha um papel preponderante na qualidade de vida do idoso. O receio de se tornar dependente por incapacidade física é um dos maiores medos dos idosos (Spirduo, 1995).

Na cultura ocidental, o envelhecimento é visto como um declínio generalizado, centrado essencialmente no sistema físico, o que faz com que os

idosos adoptem uma forma de explicação convencional, muito centrada na deterioração do sistema corporal, diminuição de várias actividades, procura de alívio no apoio médico e na dependência da relação (Paúl, 1997).

Numa sociedade que está a envelhecer torna-se, assim necessária uma revisão dos mecanismos de visão do corpo, que está historicamente carregado de estereótipos negativos e de imagens de idosos inactivos em corpos deteriorados. Os idosos aprenderam os limites de ser velho, não necessariamente porque o sentem, mas porque acreditam que é desse modo que devem parecer e actuar (Vertinsky, 2001).

O estereótipo social, que implica que o idoso seja associado com uma atitude reflexiva, conservadora, prudente, pode contribuir substancialmente para a aceleração do processo de envelhecimento (Paúl, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) considera que os idosos saudáveis são um precioso recurso, pois estão disponíveis para contribuir para a sua família, comunidade e economia nacional, através do trabalho informal ou do voluntariado.

A política de futuro não poderá deixar de ter como uma das suas linhas centrais a configuração da vida segundo os interesses dos idosos. De várias medidas de uma verdadeira política social, emergirá certamente a de lhes proporcionar uma actividade desportiva plena de sentido e significado (Bento, 2000).

A investigação mostrou-nos já que o exercício desempenha um papel importante na manutenção da saúde cardiovascular, da força muscular e do *endurance*, do equilíbrio, flexibilidade e coordenação neuromuscular. O grande desafio no futuro para os investigadores é determinar como é que uma população idosa, que reconhece os benefícios do exercício e continua a ser sedentária, pode ser transformada numa população que adopta níveis adequados de actividade física nos seus estilos de vida (Spiriduso, 1994).

De acordo com o Observatório de Idosos e Grandes Dependentes da União das Misericórdias existiam, em Portugal Continental no ano 2000, 1542 Centros de Dia e 1047 Lares de Idosos, que abrangiam um total de 94379 idosos. Apesar de se desconhecer qual a percentagem de instituições que disponibiliza sessões de Actividade Física para os seus utentes e do Despacho Normativo nº12/98 não regular, os Lares e Centros de Dia, da dotação de

técnicos especializados nesta área, a evidência empírica permite-nos afirmar que este tipo de instituições vem disponibilizando cada vez mais este tipo de serviço aos seus utentes.

Este estudo foi assim desenvolvido no sentido de comparar mulheres idosas que residem em Lares ou frequentam Centros de Dia, praticantes e não praticantes de Actividade Física ao nível da Auto Percepção do Envelhecimento, da Avaliação Subjectiva da Saúde e das Atitudes e Expectativas de Resultado face ao Exercício

Neste sentido, foi realizada, no capítulo II, uma Revisão da Literatura sobre os aspectos que de forma directa e indirecta estavam relacionados com a temática em estudo. Após a revisão da literatura foram definidos, no capítulo III, os Objectivos do Estudo.

Com base na revisão da literatura efectuada e nos objectivos estabelecidos foi definido, no capítulo IV, a Metodologia a utilizar para a realização do estudo, nomeadamente ao nível dos instrumentos a utilizar e da sua forma de aplicação.

No V capítulo apresentaram-se os Resultados encontrados, seguido do capítulo VI onde se realizou a interpretação e comparação dos resultados obtidos com os descritos na literatura.

A análise dos resultados obtidos e da respectiva revisão da literatura permitiram, por último, elaborar um conjunto de Conclusões (ver capítulo VII), bem como avançar propostas para novos estudos.

No capítulo VIII foi descrita a bibliografia consultada para a elaboração do trabalho.

2. Revisão da Literatura

2. Revisão da Literatura

O Envelhecimento

O envelhecimento é um processo complexo que envolve várias variáveis (genética, estilo de vida activa, doenças crónicas, nível de educação, ...) que interagem entre si, influenciando a forma como se envelhece (ACSM, 1998).

Kirkwood (1988) afirma que o envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio mas cujo mecanismo se desconhece.

Matsudo (1997) define o envelhecimento como uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com o passar do tempo levam à perda de adaptabilidade, alteração funcional e talvez à morte.

Na concepção de Spirduso (1995), o envelhecimento é um conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade estando associado a alterações físicas e fisiológicas. A dimensão física é talvez aquela em que mais cedo se revela o envelhecimento e aquela que pode influenciar a capacidade funcional modificando a qualidade de vida.

O envelhecimento divide-se em 3 componentes: a) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário e c) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. O crescimento e o envelhecimento não são o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha (Schroots e Birren, 1980 cit in Paúl 1997).

Estudos realizados revelam que a partir dos 40 anos de idade se evidenciam uma série de alterações fisiológicas, características do processo do

envelhecimento. De uma maneira geral, observa-se uma variabilidade do declínio das funções do organismo, como por exemplo as alterações das transmissões neuronais no cérebro. A visão é menos precisa, há maior dificuldade em ouvir sons de alta-frequência, determinadas glândulas, ossos e articulações começam a “queixar-se” e alguns mecanismos do metabolismo diminuem contribuindo para a acumulação de gorduras. A nível muscular verifica-se uma diminuição da massa muscular, o coração sofre alterações estruturais com uma moderada hipertrofia e diminuição no consumo máximo de oxigénio e nos pulmões a capacidade vital declina (Ladislav, 1994).

Howley e Powers (2000), referem que uma grande maioria das pessoas apresenta um declínio constante do VO_2 máx., de modo que em torno dos sessenta anos, a sua capacidade de realização de actividades normais de forma confortável é reduzida, desencadeando um ciclo vicioso que acarreta níveis cada vez menores da função cardiorespiratória, a qual pode não lhes permitir realizar as tarefas rotineiras. Este processo vê-se agravado com a redução da prática de actividade física dos idosos, que por sua vez aumenta as dificuldades para levar a cabo as tarefas quotidianas.

A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento (Birren e Cunningham, 1985).

Bortz (1989) coloca em causa a noção de envelhecimento como sinal de fraqueza, introduzindo a ideia de que a falta de uso é a entidade patológica que actua sobre o corpo humano.

Numa visão contextualista, não existem padrões absolutos e generalizáveis de envelhecimento, tendendo as pessoas a diferenciar-se cada vez mais entre si à medida que envelhecem. Os estudos longitudinais realizados sobre o envelhecimento, colocaram em evidência a enorme variabilidade deste processo, quer ao nível dos indicadores biomédicos quer a nível dos indicadores comportamentais, sendo que o envelhecimento patológico e o envelhecimento bem-sucedido constituem dois pólos relativos à maneira como as pessoas envelhecem. Apesar de o processo de envelhecimento comportar sempre determinadas perdas, no âmbito do envelhecimento normal tais perdas vão sendo devidamente integradas no

funcionamento individual, não provocando uma perda da qualidade de vida, ao contrário das consequências de um envelhecimento patológico, que se afiguram bastante prejudiciais ao bem-estar do indivíduo, conferindo ao acto de envelhecer uma dimensão muito pouco gratificante (Fonseca, 2005).

O envelhecimento enquanto processo global continua a ser mal compreendido. Desconhecem-se os marcadores psicológicos do envelhecimento e a sua relação com o envelhecimento biológico e social, escasseando dados transculturais que nos permitam perceber e explicar as variações de uma velhice bem-sucedida (Paúl et al, 2001).

Do mesmo modo que abundam as definições de envelhecimento, as teorias relativas às suas causas são também diversas. As teorias do envelhecimento podem basicamente dividir-se em dois grandes grupos: as chamadas Teorias Estocásticas e as Teorias Deterministas (Pinto, 2001).

As Teorias Estocásticas são teorias que defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que vão conduzir ao desgaste e à morte. A utilização permanente dos processos de metabolismo, das proteínas e, no que diz respeito ao DNA, as contínuas lesões que ocorrem nas células dos organismos vivos, impossibilitam que os mecanismos de reparação consigam corrigir todos os erros, sendo estes erros cumulativos ao longo da vida (Pinto, 2001).

Nas Teorias Deterministas, a explicação reside no facto de que as espécies têm, segundo parece, uma longevidade marcada, isto é, o cão vive mais ou menos em média 10 anos; o rato 1020 a 1050 dias. No que diz respeito ao ser humano a esperança de vida aumentou, mas não a longevidade, isto é, o Homem parece viver no máximo até aos 120 anos (Pinto, 2001).

A tentativa de diferenciar etapas ou períodos de idade e identificar marcadores objectivos (biológicos, psicológicos, funcionais ou sociais) da passagem do tempo sobre o organismo humano tem constituído um objectivo difícil de alcançar. A idade biológica indica a posição do indivíduo em relação ao seu potencial de vida residual; a idade social indica a posição do sujeito relativamente aos papéis que desempenha; a idade funcional indica a capacidade de adaptação do indivíduo ao seu ambiente. A utilização da idade cronológica é considerada um meio útil para ordenar os dados do

desenvolvimento num eixo temporal, mas insuficiente para a compreensão do envelhecimento. A idade é dos índices mais fáceis de determinar mas em si mesmo não explica nada. Ela é apenas um indicador do tempo de vida, mas não uma variável efectiva da dinâmica associada às mudanças com a idade (Novo, 2003).

Shepard (1997) apresentou uma classificação das idades na terceira idade baseada em critérios funcionais, colocando os indivíduos em três categorias.: 1) Idosos jovens (65-75 anos), categoria que corresponde ao período imediatamente após a reforma, durante o qual se regista normalmente uma perda de funções; 2) Idosos (75 a 85 anos) durante a qual os indivíduos são confrontados com uma perda substancial das suas capacidades para a realização de tarefas básicas do dia-a-dia, continuando no entanto a ser independentes apesar de padecerem de alguma doença associada; 3) Muito idosos (86 anos ou mais) que integra a pessoas muito diminuídas e carentes de cuidados diários, sendo por isso dependentes dos outros.

Baltes e Smith (2003), numa forma de classificação distinta da de Shepard introduziram a noção de quarta idade, no sentido de que "tem de ser dado ênfase à ideia de que a terceira e quarta idade por si só não estão relacionadas com nenhum limite específico de idade" (pag. 124). Do ponto de vista fenotípico, a terceira e quarta idade são alvos dinâmicos e são elas próprias alvo de avaliação e variação.

De uma forma geral, segundo estes autores existem duas formas de definir a terceira e a quarta idade:

- a) A definição de base populacional considera que a passagem da terceira para a quarta idade se realiza quando 50% dos indivíduos que alcançaram os 50/60 anos de idade já faleceram. Esta definição coloca a passagem da terceira para a quarta idade nos países desenvolvidos por volta dos 85 anos, sendo nos países em desenvolvimento este limite muito mais baixo.
- b) A definição de base individual considera que a passagem à quarta idade se verifica quando o indivíduo já não responde a programas de estimulação cognitiva, quando aspectos de ordem emocional e de bem-estar, estáveis na terceira idade, evidenciam perdas. De certa forma, o que caracteriza a entrada na quarta

idade é um predomínio das perdas com a ausência da capacidade de compensação.

Envelhecimento e ciclo de vida

O paradigma contextualista aplicado ao desenvolvimento psicológico do indivíduo, considera que há forças internas e externas que o regulam e condicionam, não podendo isolar-se o desenvolvimento de cada pessoa dos contextos em que ele decorre. No decurso da sua ontogenia os indivíduos formam representações mentais daquilo que são ou podem vir a ser ou tornar-se, e essas representações modelam as formas por meio das quais eles interpretam, organizam e avaliam o seu desenvolvimento actual e futuro (Brandtstadter, 1999).

O processo de adaptação ao envelhecimento comporta dois aspectos, o primeiro refere-se à capacidade da generalidade dos idosos de adaptação face às perdas, pelo menos nas primeiras fases do envelhecimento. O segundo reflecte a capacidade de o idoso contrapor a sua capacidade de mudança ao estereótipo frequentemente difundido que encara a velhice como uma fase de estagnação. Isto significa que para ser possível prevenir, melhorar ou otimizar o decurso do envelhecimento é necessário encará-lo como qualquer outro período do ciclo de vida. Uma visão plástica do desenvolvimento humano e da adaptação na idade adulta e velhice supõe, então, considerar que o declínio e deterioração associados ao envelhecimento não podem ser encarados de uma forma simplista e como algo irreversível. Isto traduz-se pela necessidade de implementação de intervenções que aproveitem a capacidade adaptativa dos idosos, potencializando essa capacidade no sentido de adopção de formas de envelhecimento positivo (Fonseca, 2005).

As limitações a um envelhecimento bem sucedido decorrem, provavelmente, de factores de vida biológica, social e psicológica com raízes já na infância, mas as opções e circunstâncias ao longo da vida adulta não serão alheias ao modo como a vida é vivida na sua última etapa. O envelhecimento conduz a uma progressiva perda de autonomia funcional e o modo de aceitação e de valorização da dependência interpessoal afigura-se também diferente. Naturalmente que o comportamento e a adaptação serão função do

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

No quadro da investigação psicológica, a ligação entre o envelhecimento e o conceito de “actividade” não é, algo de completamente novo (Fonseca, 2005).

Tendo por origem os trabalhos desenvolvidos por Kuhlen (1959), a teoria da actividade considera basicamente que a satisfação de viver e a auto-estima, sinais que reflectem um envelhecimento positivo, são proporcionais à actividade desenvolvida pelo indivíduo. Papalia e Olds (1992) consideram que neste modelo, as pessoas que apresentam um envelhecimento bem-sucedido agem como pessoas de meia-idade, mantendo o maior número de actividades que abandonaram por causa da reforma ou da morte do cônjuge ou amigos. A esta luz os papéis por si desempenhados (trabalhador, cônjuge, pai/mãe, etc.) constituem para o indivíduo a principal fonte de satisfação na vida e quanto mais acentuada for a perda de papéis através da reforma, viuvez, distancia dos filhos, doença, ou outras causas menos satisfeita a pessoa vai estar.

O pressuposto desta teoria considera a satisfação de vida em função da existência de uma imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção da possibilidade de se atingir objectivos pessoais predefinidos e manter interacções sociais satisfatórias (Fonseca, 2005). Em relação a esta teoria Paúl (1996) refere que esta constitui o modelo básico para a elaboração de programas e políticas administrativas das actuais instituições de idosos. O idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo, encontrando substitutos para as actividades que teve de abandonar, para as actividades que perdeu.

Em oposição a esta teoria surge a Teoria do Desligamento. Esta teoria proposta por Cumming e Henry (1961) considera que a pessoa idosa aceita, ou deseja mesmo, a diminuição da interacção que estabelece com o meio social envolvente, fazendo-o através de um movimento simultâneo de contração sobre si mesma e de redução do investimento emocional nas pessoas e objectos do meio social. Simultaneamente, a sociedade corresponde a este desligamento, acolhendo favoravelmente as disposições do idoso e entregando os papéis por ele desempenhados a pessoas mais jovens (Hoffman, Paris e Hall, 1994 cit in Fonseca, 2005).

Envelhecimento Feminino

As mulheres vivem em média mais 4 a 10 anos do que os homens. Várias teorias têm sido desenvolvidas para explicar este facto, nomeadamente ao nível genético, hormonal e social (Spirduso, 1995). As teorias genéticas e biológicas, defendem que devido a determinadas características do género, as mulheres parecem estar mais protegidas das doenças mortais. No que diz respeito às explicações de ordem social, os diferentes papéis desempenhados por mulheres e homens na sociedade são considerados para justificar as diferenças de longevidade. As explicações centram-se na diferença ao nível do trabalho laboral e na diferença ao nível dos hábitos de saúde. O facto de as mulheres adquirirem competências como cuidadoras, parece permitir-lhes estarem mais alerta à doença e preparadas para prestarem cuidados, estando também mais alerta para a sua própria sintomatologia. As expectativas sociais por outro lado, determinam também que as mulheres antecipem aspectos relativos ao tratamento, antes mesmo de estarem doentes (Leventhal, 2000).

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 das mulheres, à medida que vai aumentando a idade, verificando-se que o seu envelhecimento está também associado a um maior número de incapacidades (INE, 2002).

Apesar da esperança média de vida das mulheres ser superior à dos homens, as queixas de saúde, a referencia a determinados sintomas e a procura de ajuda médica é no entanto superior. Esta situação está longamente referida na literatura (Leventhal, 1994) e é geralmente atribuída ao processo de socialização. As mulheres são geralmente vistas como mais frágeis e como o sexo menos saudável e muitas passam uma grande proporção da sua vida sozinhas, lidando com as mudanças físicas e psicológicas do isolamento, da perda e do envelhecimento (Stoney et. al., 1987 cit in Leventhal, 2000).

Novo (2003) verificou que, entre as mulheres, a concepção do que é “ser velho” é muito diversa, e está associada à vivência subjectiva da própria idade e às experiências actuais de vida. Algumas mulheres consideram-se na meia-idade, mesmo depois de ultrapassarem os 65 anos, enquanto outras se

consideram na plena velhice entre os 70 e os 75 anos, havendo uma tendência a designarem-se a si próprias como “velhas” ou “idosas”. Nas mulheres que participam em actividades com pessoas mais velhas, ou que ainda têm ascendentes vivos, há uma propensão para considerar que velhice é “dos outros”.

No que diz respeito à actividade física, apenas 8,7% das mulheres idosas praticam actividades como passear a pé, andar de bicicleta ou praticar outras actividades leves, pelo menos 4 horas por semana. Por outro lado, tendo em conta 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).

As mulheres de qualquer faixa etária são significativamente menos activas do que os homens. 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 actividade física ao longo da vida (O'Brien & Vertinsky, 1991).

Auto Percepção do Envelhecimento

Segundo Schafer (1968, cit. in Novo 2003) a representação do Eu é definida como a ideia que o indivíduo tem de si próprio como pessoa, constituindo uma conceptualização subjectiva dos fenómenos não verbais (somáticos, afectivos e ideativos). A representação refere-se ao conceito que cada um tem da sua personalidade e é invariavelmente relacionado com os sentimentos e atitudes de cada indivíduo em relação à própria pessoa e às relações com os outros.

De acordo com Mead (1934, cit in Lewy et al. 2002), o Eu é constituído não apenas pela organização das atitudes de cada indivíduo, mas também pela organização das atitudes dos outros ou do grupo social

como um todo a que o indivíduo pertence. As atitudes são parte do universo das atitudes do indivíduo. Quando estas atitudes, positivas ou negativas são interiorizadas, elas tornam-se parte do Eu do indivíduo. Existe assim o risco de percepções negativas sobre o envelhecimento se tornarem expectativas ou predições, sobre como o processo do envelhecimento será vivenciado.

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. Naturalmente que 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).

Levy et al. (2002) definem a auto percepção do envelhecimento como as crenças dos idosos sobre o seu envelhecimento considerando que o processo pelo qual os indivíduos desenvolvem as percepções acerca deles próprios como idosos se realiza de duas formas: 1) refere-se às expectativas interiorizadas ao longo da vida que antecede a velhice; 2) refere-se às expectativas que se estabelecem nos encontros com outros idosos no dia a dia.

Atitudes pessimistas sobre o envelhecimento podem afectar as oportunidades dos idosos, recursos e respeito simplesmente por causa da sua idade cronológica. As atitudes negativas surgem em parte porque os idosos geralmente sofrem de uma ou mais situações crónicas frustrando os profissionais de saúde e os prestadores de cuidados (Lassey, 2001).

Os indivíduos que têm uma auto percepção mais positiva do envelhecimento estão mais predispostos a envolverem-se em comportamentos preventivos no âmbito da saúde, verificando-se que a auto percepção do envelhecimento é a variável que mais influencia o envolvimento em comportamentos preventivos, sendo apenas ultrapassada pela variável educação (Lewy e Myers, 2004).

Para Lawton (1983 cit in Paúl 1992) as “dimensões do bem-estar subjectivo incluem a qualidade de vida percebida, que se refere ao conjunto das avaliações que os indivíduos fazem dos domínios mais importantes da sua

vida, como a família, os amigos, o nível de vida, os tempos livres, residência e saúde, e o bem estar psicológico que é relativo ao estado interno de cada um, na vertente cognitiva e afectiva. Ao contrário da qualidade de vida percebida, o bem-estar subjectivo está menos claramente ligado a domínios separados da vida do dia-a-dia e refere-se mais a um sentido geral de satisfação e saúde mental positiva” (pag. 66).

Novo (2003) considera que a mudança para esta fase da vida é acompanhada por uma regressão precipitada pela desilusão nas relações interpessoais significativas (pais, filhos, cônjuge, amigos) como reacção às perdas. As exigências criadas pela inevitabilidade de assumir novos papéis, como acontece na velhice, podem dar lugar a importantes modificações nas relações estabelecidas e propiciar a desilusão. 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 menor fragilidade ou a doença e 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. Por outro lado, independentemente da componente interpessoal, a própria exigência criada pelas novas situações, a perda do reconhecimento e da gratificação pelo exercício das funções profissionais prévias podem gerar a desilusão.

Wolf (1997) refere que a expectativa que os idosos criam de serem tratados com muito carinho é muitas vezes defraudada, especialmente quando a família está fragmentada. Os idosos procuram e encontram nos grupos de pares, a necessária restituição das experiências interpessoais idealizadas nos valores e ideias dos grupos que se juntam, aí ganhando possibilidades de compreensão e de vivência das experiências que lhes são específicas.

Connidis (1989) verificou que a velhice aparecia associada com a experiência de um declínio relacionado com a idade mas, no geral, os idosos tendem a ter uma visão positiva da velhice, associada com a apreciação realística dos resultados que este estado da vida lhes pode trazer.

Paúl (1992) conclui que relativamente ao bem-estar dos idosos não se detectam padrões causais diferentes conforme as idades, ainda que se verifiquem algumas diferenças ao nível do bem-estar referido. Nos idosos parece haver menos acontecimentos de mudança de vida, menor extroversão, uma rede social mais pequena, uma menor competência comportamental e de algumas capacidades cognitivas, menor participação em actividades, o afecto positivo e negativo são mais baixos e, por outro lado, a qualidade de vida percebida, em muito domínios da interacção social, é maior. No fundo há um contínuo de bem-estar e não categorias, efeitos recíprocos assimilativos e não passos causais.

Avaliação Subjectiva da Saúde

Falar de idosos obriga a que se atenda sempre à sua condição de saúde, um dos aspectos chave do seu bem-estar geral. Estudos sobre o ânimo e a satisfação com a vida apontam, sistematicamente, a percepção da saúde própria como o elemento chave do bem-estar e o organizador de outras áreas da vida (Paúl et al, 2001). A Saúde é o factor crítico relativamente ao bem-estar, verificando-se uma relação positiva entre ambos os factores. O stress tem um impacto negativo quer na saúde, quer nos resultados do bem-estar, e as avaliações subjectivas da saúde estão relacionadas de forma positiva e consistente com o índice de bem-estar (Paúl, 1992).

Filner e Williams (1979) definiram saúde como a capacidade do indivíduo viver de forma adequada na sociedade, actuar efectivamente, ter controlo sobre as suas actividades e ser capaz de realizar um elevado nível de auto-responsabilidade. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986) sugeriu que a actividade é um importante indicador de saúde. Contrariamente ao modelo tradicional que está mais orientado para os problemas ou para a ausência deles. Esta definição toma em consideração a actividade do indivíduo, a satisfação com a vida, os comportamentos preventivos para a saúde e a experiência subjectiva de saúde.

O conceito de Saúde Subjectiva foi introduzido no modelo de saúde desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, procurando dar ênfase à

diferença entre a experiência subjectiva da saúde e o estado objectivo de saúde de uma pessoa. A saúde subjectiva é uma avaliação da saúde sob um ponto de vista subjectivo e é influenciado por características pessoais (resistência, mecanismos de *coping* e crenças) e características do ambiente (nível e tipo de suporte social e avaliação da saúde por outras pessoas) (Flick, et al, 2003).

Spiriduso (1995) considera também que a forma como os idosos vêem a sua saúde depende das suas experiências de vida, dos seus objectivos e dos mecanismos de *coping* que utilizam para lidar com as incapacidades.

A autoavaliação da saúde é o produto de um processo de autoavaliação, que depende da experiência subjectiva da informação somática ao longo da vida, da observação e discussão sobre a doença com outros indivíduos, e das crenças culturais (Benyamini et al, 1999). A autoavaliação da saúde é menos favorável em indivíduos que referem dificuldades na performance das suas actividades da vida diária (Benyamini et al, 1999), verificando-se que quando se tem em consideração factores como o estado de ânimo e o número de medicamentos, a funcionalidade parece ser o elemento pivot na autoavaliação da saúde (Williamson, 1992).

Existem diferenças individuais no nível de atenção que as pessoas dispensam aos seus estados internos. Por isso, enquanto alguns indivíduos podem, por vezes, estar atentos ao seu interior e mais sensíveis aos sintomas, outros podem estar mais atentos ao exterior e menos sensível às mudanças internas. O mesmo autor considera também que a percepção dos sintomas está relacionada com o nível de atenção do indivíduo e que o aborrecimento e a ausência de estímulos do ambiente podem resultar numa descrição exagerada dos sintomas (Pennebaker, 1983).

Apesar dos problemas de saúde aumentarem à medida que as pessoas envelhecem, o envelhecimento não significa necessariamente doença, sofrimento e necessidade de prestação de cuidados. Para a saúde dos idosos pode ser decisivo a forma como estes lidam com a doença, a sobrecarga e as novas exigências. No caso das doenças crónicas, a saúde pode ser entendida como a capacidade de viver com satisfação pessoal e atribuindo um sentido à vida, apesar do peso da doença e das restrições que esta impõe (Flick, 2003).

Estudos de Hall et al. (1999) sobre as crenças dos idosos na saúde concluíram que estes conceptualizam a saúde como algo multidimensional (nível fisiológico, psicológico, comportamental, consequências futuras e ausência de algo). Kennie (1984) verificou também que os idosos consideram a saúde como um construto multidimensional composto por três dimensões que se influenciam mutuamente: ausência de doença, estado de funcionamento óptimo e um sistema de suporte adequado para o indivíduo.

Flick (2003) verificou que entre os profissionais de saúde que trabalham com a população idosa, a saúde é compreendida como algo que vai para além das dores e do diagnóstico de doença crónica. Muito relacionado com o conceito de doença no idoso está o meio social e o ambiente em que o indivíduo está integrado, com as suas doenças e limitações. Aspectos como a autonomia, independência e autodeterminação mostram que a diferença entre saúde e doença não é apenas uma questão de sintomatologia e diagnóstico. O nível de actividade do indivíduo, a sua capacidade de se ajustar às restrições e limitações e manter uma situação de autonomia e autodeterminação é a ideia dominante de saúde entre os profissionais desta população.

Emami (2000) verificou que os idosos experimentam a sensação de doença quando sentem que as suas vidas não estão integradas e não são vividas como um todo. A doença física é uma razão mas não a única, para o idoso se sentir doente. Muitos idosos consideram-se saudáveis se têm um sentimento de unidade consigo próprio e com os outros. A patologia, propriamente dita, é só uma componente entre as várias que afectam a vivência de ser saudável.

A doença é influenciada pelas características psicológicas do idoso, o seu estilo de vida e contexto e interfere de forma mais ou menos negativa, conforme os recursos de *coping* do indivíduo mas também a própria morbidade da doença, com o estado de ânimo (satisfação de vida; sentido de coerência) do idoso, as suas actividades de vida diária (AVD: cuidados consigo próprio, como a alimentação e a higiene) as actividades instrumentais (AIVD: ir às compras, ao médico...) e as actividades valorizadas pelo próprio e que possam ficar comprometidas pela doença (passear, ler...). Quem valoriza a leitura, por exemplo, avalia de forma mais negativa as limitações visuais, quem

valoriza passear e sair de casa sente-se mais penalizado com as limitações motoras (Paúl et al, 2001).

Homens e mulheres diferem na forma como usam as informações relacionadas com a saúde, para fazerem a sua autoavaliação. A avaliação que as mulheres fazem do seu estado de saúde é de certa forma mais inclusiva e atenta aos estímulos do contexto. A mulher é sensível a vários sentimentos, como por exemplo a saúde do marido ou dos filhos, em vez de se concentrar nos problemas que são fonte efectiva de doença. Ao contrário dos homens, as mulheres têm em consideração na sua avaliação situações de menor gravidade, ao nível da saúde. Por outro lado o estilo de resposta às situações mais reflexivo, característico das mulheres, aumenta a tendência para que determinados acontecimentos de vida influenciem a sua percepção de saúde. (Benyamini et al, 2000).

Num estudo realizado por Borchelt et al. (1999) cit in Baltes e Smith (2003) verificou-se que os indivíduos têm uma capacidade considerável em regular o impacto subjectivo das perdas relacionadas com a saúde. Os idosos apresentam uma grande discrepância entre a sua avaliação subjectiva da saúde e o seu estado objectivo de saúde. A avaliação subjectiva da saúde parece não se alterar com a idade. Considerando que a saúde do idoso tende a diminuir, esta situação ilustra a capacidade do indivíduo transformar a realidade. Esta capacidade parece manter-se intacta durante o envelhecimento, quando a saúde do idoso está a decrescer.

As diferenças na forma como homens e mulheres fazem os julgamentos da sua situação de saúde torna-se importante na medida em que os indivíduos que avaliam a sua saúde como pobre estão mais predispostos a morrerem nos 2 a 13 anos seguintes do que os indivíduos que apresentam avaliações mais positivas (Benyamini et al., 1999).

Os efeitos das experiências afectivas na percepção de saúde não são apenas episódicos, manifestando-se em períodos posteriores à avaliação. As experiências emocionais podem motivar comportamentos relevantes para a saúde e influenciam a selecção de informação, no sentido da capacidade de valorizar ou desvalorizar a informação desfavorável (Salovey et al., 2000).

A Actividade Física no Idoso

No limiar do Sec. XXI a Organização Mundial de Saúde considerou que um dos primeiros objectivos de investigação das ciências da vida deveria ser conseguir aumentar a expectativa de vida activa, ao contrário do objectivo anterior da OMS que foi o de aumentar a esperança média de vida. O envelhecimento saudável, isto é o envelhecimento normal, sem patologias ou com um mínimo de patologias, é diferente de senescência e das condições patológicas quase inerentes ao idoso. Não é o envelhecimento por si só que conduz à incapacidade e à doença, à que compatibilizar o envelhecimento com uma qualidade de vida que permita envelhecer com sucesso (Pinto, 2001).

Os mecanismos e a extensão em que a actividade física pode melhorar a saúde, a capacidade funcional, a qualidade de vida e a independência da população idosa, são aspectos amplamente estudados (Spiriduso e Cronin, 2001; Dipietro, 2001; Gass e Gass, 2004).

Segundo Carvalho e Mota (2002) a independência funcional e a autonomia são aspectos fundamentais da qualidade de vida e podem ser um factor determinante nas percepções que o indivíduo 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.

De acordo com o American College Sport Medicine (ACSM, 2000), a prática regular de actividade física orientada e realizada regularmente, especialmente para idosos, pode contribuir para melhorar a longevidade, reduzir os índices de morbilidade e 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 actividade física regular são mais baixas nos idosos do que nos jovens, sendo as mulheres idosas o segmento mais inactivo da população (Pate et al., 1995).

A investigação sugere que 50% da incapacidade dos idosos é passível de ser prevenida e até mesmo revertida (O'Brien Cousins, 1998), com níveis adequados de actividade física diária (ACSM, 1998). Estudos realizados por Rydwick et al. (2004) e McMurdo e Rennie (1993) verificaram que até os idosos institucionalizados, nomeadamente aqueles que apresentam multidiagnósticos e um significativo nível de dependência, beneficiam com a participação em programas de actividade física ao nível da sua capacidade funcional. Em conformidade com estes resultados estão também os estudos realizados por Spirduso (2001) onde se verificou que o tempo de prática de actividade física está relacionado com um aparecimento mais tardio da incapacidade em idosos com mais de 85 anos.

Do ponto de vista económico, é também de referir que os estilos de vida sedentários estão a tornar-se uma questão de saúde pública na medida em que aumentam os gastos na área da saúde com doença “desnecessária” e morte prematura (McPherson, 1994).

A Organização Mundial de Saúde considera que existem boas razões para estimular políticas e programas que promovam um envelhecimento activo em termos de redução dos custos de saúde. A análise dos aumentos com as despesas na área da saúde indicam que o envelhecimento por si só não está associado ao aumento dos gastos. A incapacidade e os problemas de saúde – muitos deles associados ao envelhecimento – é que tornam elevados os gastos com a saúde. Assim, se os indivíduos envelhecerem de uma forma mais saudável os gastos com a saúde não aumentarão de forma tão rápida. O Centers for Disease Control (1999) estimou que por cada dólar gasto em medidas de encorajamento à prática de actividade física moderada, se poupariam 3.2 dólares em custos médicos.

Um programa de actividade física para o idoso deve estar dirigido para quebrar o ciclo vicioso do envelhecimento, melhorar a sua condição aeróbia e diminuir os efeitos do sedentarismo (Dantas, 2003).

A essência dos programas de actividade física para o idoso devem consubstanciar as particularidades específicas à população em causa, permitindo, simultaneamente colocar em destaque a idade cronológica versus idade activa, ou numa outra formulação, o papel dos idosos nas sociedades contemporâneas e o domínio das variáveis psicossociais e biológicas inerentes

ao processo de envelhecimento (Mota, 2002).

Face à letargia que geralmente acompanha o processo de envelhecimento verifica-se um fenómeno mais complexo – a resistência consciente dos idosos à actividade física, apesar de concordarem que a prática de actividade física é importante. A investigação evidencia que muitos idosos não estão interessados em praticar actividade física apesar da ideia geral de que isso é importante (Oliveira, 1999; O'Brien Cousins e Gillis, 2004).

Desta forma, e à medida que se acumulam evidencias sobre os benefícios sociais, psicológicos e físicos da prática de actividade física, mais urgente se torna compreender porque é que os idosos não estão motivados em aumentar o seu nível de actividade física (O'Brien Cousins, 2000).

A actividade física é um processo complexo e dinâmico que envolve uma série de comportamentos que se interrelacionam entre si, pelo que identificar as variáveis que afectam a adesão ao exercício é muitas vezes difícil (Schutzer e Graves, 2004).

Os idosos tendem a ver o exercício como um consumidor de tempo e numa vertente recreativa, em vez de uma terapia médica. Esta situação verifica-se porque os profissionais de saúde orientam os idosos de forma muito vaga quando recomendam a prática de exercício. Para além disso, os idosos geralmente percebem os sintomas associados ao exercício como negativos, considerando alguns, que o exercício é mais perigoso do que favorável (Chao et al, 2000).

Para além deste aspecto, na população idosa o desconhecimento e compreensão da relação entre a prática de exercício moderado e a saúde é uma barreira relevante, uma vez que viveram durante um período em que a valorização da prática desportiva era muito reduzida, considerando muitos que o exercício realizado durante as suas actividades da vida diária é suficiente. (O'Neill e Reid, 1991) Num estudo realizado por Cohen-Mansfield et al. (2003), em idosos a residir em comunidades, com idades compreendidas entre os 74 e os 85 anos, os problemas de saúde e a dor emergiam como as barreiras percebidas, mais frequentes à prática de actividade física, apesar de 43,2% dos indivíduos referirem a sua saúde como muito boa/excelente.

Para além destes aspectos, num estudo realizado por Resnick (2001) verificou-se que, as amostras de idosos que apresentavam níveis mais

elevados de actividade física eram aquelas em que os idosos estavam mais expostos a informação sobre as vantagens do exercício. De igual forma, num estudo realizado por Clarck (1999) verificou-se que os idosos que apresentavam níveis mais baixos de actividade, apresentavam também baixa pontuação nos conhecimentos acerca dos benefícios da actividade física, e não referiam que alguma vez tivesse sido abordada a questão da prática de actividade física com o seu médico de família. O conhecimento sobre a importância da prática de exercício parece ser um aspecto importante para adesão inicial. Contudo, Dishman (1982) considera que o nível de conhecimento não se traduz numa adesão a longo prazo. Sentimentos de prazer e satisfação parecem influenciar de forma mais significativa o nível adesão.

O nível de educação parece também influenciar a adesão à actividade física, verificando-se que os indivíduos mais instruídos se envolvem mais na prática da actividade física (Amstrong, 2000; Kolt et al., 2004) O sentido de coesão do grupo é também uma variável que parece estar associada a maiores níveis de adesão à actividade física (Estabrooks e Carron, 1999).

O'Brien Cousins (2004) verificou que apesar de os idosos estarem sensibilizados para a importância da actividade física para a saúde, as afirmações que os idosos inactivos utilizam para justificar a sua não participação indica que não defendem de uma forma explicita os valores da importância de uma vida activa para um envelhecimento bem -sucedido, ou por outro lado não encontraram formas agradáveis de realizar uma vida activa. Os idosos inactivos não apresentam um claro "Quero" ou motivo para os colocar a pensar na actividade física e não estão motivados ou intrinsecamente prontos para se envolverem.

Vários estudos realizados, apontam também para a importância das expectativas de auto-eficácia, das expectativas de resultado, e das auto-percepções do envelhecimento, considerando que quanto mais positivos forem os valores destes indicadores maior será a probabilidade do idoso se envolver e manter num programa de actividade física (Cohen-Mansfield et al.2003, Resnick, B, et al. 1999;2001).

Comportamento, Atitudes e Expectativas

Apesar das influências do ambiente, o indivíduo é o principal controlador do seu comportamento. Apesar de todos os indivíduos se confrontarem com forças sociais, que podem modular as suas crenças e valores, é a motivação intrínseca e em última instância a forma como o indivíduo interpreta o mundo que o fará apresentar um determinado padrão de comportamento (Bandura, 1997).

Segundo a Teoria da Cognição-Social, a acção humana é explicado por um modelo de reciprocidade triádica, em que os factores pessoais, o ambiente e o comportamento interagem entre si, assumindo cada um destes factores um papel diferente consoante a situação e o indivíduo em causa (Bandura, 1997). Segundo este modelo as concepções que cada indivíduo estabelece a seu respeito desenvolvem-se e adaptam-se através de quatro processos diferentes: a) Experiência pessoal, que se refere à experiência de já ter desempenhado um determinado comportamento; b) Experiência vicariante, no sentido de que o comportamento de outros indivíduos nos serve de referencial para a nossa capacidade e compreensão; c) Persuasão verbal, que se refere ao acto de proporcionar ao indivíduo informação sobre um determinado comportamento; d) Estádio emocional e fisiológico (Carron, 2002). Se pensarmos na história de vida da maioria dos idosos portugueses, facilmente se conclui que todas estas fontes de expectativas de eficácia actuam negativamente. As suas realizações pessoais são escassas, as experiências vicariantes são de condição semelhante à sua e com igual nível de fracasso repetido. Toda a persuasão verbal, a que o idoso está sujeito, aponta geralmente para aumentar a crença de que ele não possui mais as capacidades suficientes para conseguir o que deseja, baseadas num estereótipo generalizado sobre o idoso. Finalmente, os seus estados fisiológicos dão-lhe frequentemente indicações de vulnerabilidade, aumentando o stress a que está sujeito (Paúl, 1997).

Bandura define auto-eficácia percebida como “ a crença do indivíduo na capacidade para organizar e executar os seus comportamentos, de forma a alcançar o resultado desejado”. O aspecto do auto conhecimento que mais influencia a vida diária do indivíduo é a opinião que este possui da sua eficácia pessoal, que actua independentemente das suas capacidades efectivas

(Bandura, 1986). O facto de os indivíduos acreditarem que os seus actos produzirão determinados efeitos é um incentivo para a acção. O nível de motivação dos indivíduos, os seus estados afectivos, e as acções baseiam-se mais naquilo que os indivíduos acreditam, do que nas suas capacidades efectivas (Bandura, 1997). As crenças de eficácia influenciam os objectivos e aspirações. Quanto mais forte for a auto-eficácia percebida do indivíduo, maiores são os objectivos que o indivíduo define para si e mais firme é o seu envolvimento para os atingir (Bandura, 2004).

Em termos da auto-eficácia física, a performance é a fonte de informação mais forte. Os idosos que não tiveram muitas experiências de actividade física, ou que apresentam um comportamento inactivo não podem formular uma ideia correcta acerca das suas capacidades. Isto é especialmente verdadeiro nas mulheres idosas, uma vez que as suas gerações tiveram pouca ou nenhuma experiência de prática desportiva, tendendo as mulheres idosas a subestimar as suas capacidades físicas (Spirduso, 1995).

Kuhl (1986) divide os modelos de controlo em controlo real e controle percebido. O controle percebido é definido como uma percepção individual da influência sobre os resultados ou acontecimentos. O controle percebido pelo indivíduo é uma das determinantes da expectativa individual do resultado do comportamento numa dada situação. Esta expectativa de acção-resultado, mais o valor subjectivo do reforço do resultado, determina o potencial do comportamento (Chipperfield, 2004). O controle afecta a extensão em que as crenças de eficácia modelam as expectativas de eficácia e quanto é que as expectativas de resultado influenciam a performance.

A resposta dos idosos à oportunidade de exercer controle sobre a sua vida é diferente de indivíduo para indivíduo. Comparativamente aos jovens, os idosos expressam geralmente menor desejo de controlo pessoal. Estas variações no desejo de exercer controlo são fortemente influenciadas pelas crenças de eficácia. O idoso deseja controlar as áreas em que acredita que pode atingir resultados.

A mediação pela auto-eficácia do desejo de controlo pessoal é especialmente evidente ao nível da saúde. Determinados indivíduos vêem a saúde por uma ordenação puramente biológica, enquanto outros a consideram modificável por meios psicossociais. Os idosos de hoje cresceram numa era

em que o exercício activo do controle pessoal não era encorajado, e sem a crença de que poderiam controlar a sua saúde e bem-estar através da adopção de determinados comportamentos (Bandura, 1997).

Os indivíduos que rodeiam o idosos consideram que este é incapaz de realizar determinadas tarefas, apoiando-o desnecessariamente. Esta assistência constante corrói o sentimento de controlo no idoso (Paúl, 1997).

Os idosos que têm um maior sentimento de controlo sentem que podem, pelo menos em certa medida, exercer controle sobre a sua saúde. Desta forma estão mais predispostos a envolverem-se em comportamentos promotores de saúde, nomeadamente o envolvimento em programas de actividade física (Spirduso, 1995).

De acordo com Fry (1989) há dois conjuntos de factores de risco no meio ambiente dos idosos, um refere-se à percepção individual e outro a factores etiológicos primários. Os factores genéticos e a história de vida dos idosos podem salientar a percepção de controlo. A vulnerabilidade nos idosos é o resultado da soma de padrões de baixa expectativa de controlo e de uma série de domínios cognitivo-comportamentais. A falta de eficácia em controlar os acontecimentos, pode então, levar à dependência e evitamento ou a um pessimismo versus optimismo extremo, que conduz a tentativas pouco realísticas de restaurar o controlo.

Em ambientes institucionais os idosos desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia, quer devido às suas condições reais de saúde, quer ao estereótipo do idosos como indivíduo de baixas capacidades, quer toda uma série de outros factores ambientais da própria instituição e respectivo pessoal, que reforçam a sua imagem de incapacidade e incompetência, quer ainda as expectativas de resultado, uma vez que o meio é em geral, no mínimo, pouco receptivo à mudança, e à actividade por parte do idoso (Paúl, 1997).

A entrada para uma instituição nem sempre é uma condição opcional, passando na grande maioria das vezes, por ser uma condição obrigatória. Nestes casos, o processo de separação quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente, implica um processo de apropriação, ligação e identidade, relativamente longo e quantas vezes penoso. Perante esta situação o idosos tem que redefinir aquilo que é, uma vez que esta transição implica a passagem de ser autónomo e livre, residente na

comunidade, para um ser que tem que adaptar-se a regras e a abdicar dos seus objectivos pessoais, residente de uma instituição (Paúl, 1996).

Seligman (1975) no seu modelo de “learned helplessness” considera que a passividade nos idosos, surge devido a graves privações que acontecem em meios contingentes, em que os idosos vivem e, principalmente, à não contingência das respostas do meio ao seu comportamento. O conceito de desânimo aprendido tem a ver com o declínio do bem-estar psicológico dos idosos institucionalizados, e está associado com imagens de apatia, enfraquecimento e ausência de poder (Paúl, 1997).

Carp e Carp (1984) cit in Paúl (1997) explicam o comportamento dos idosos através da equação $B = f(P, E, PcE)$, ou seja a adaptação depende da competência da pessoa P, das exigências do meio e da complementaridade destes dois factores. Este modelo permite explicar porque é que os indivíduos, com graves limitações de autonomia e controlo, nomeadamente sobre o ambiente físico, estão satisfeitos com a sua vida e parecem não necessitar de mais nada para o seu bem-estar, enquanto outros, em iguais circunstâncias se sentem profundamente desadaptados.

A entrada de um idosos numa instituição pode acarretar uma ruptura, mesmo que não total, nas suas relações, por outro lado, a institucionalização pode também facilitar o acesso a novas amizades, nomeadamente para os idosos mais incapacitados que tinham já muita dificuldade em ter acesso aos seus amigos (Paúl, 1997).

As relações entre os residentes têm duas possibilidades, ou se verificam entre parceiros de quarto ou os não parceiros de quarto, havendo sempre uma percentagem significativa de idosos considerados solitários. As perturbações cognitivas, da fala, da audição e da visão influenciam negativamente o relacionamento social entre os idosos. Os indivíduos mais deficientes mantêm relações mais próximas com o pessoal de enfermagem, enquanto os idosos mais autónomos referem o pessoal das actividades recreativas. Ter um amigo chegado é um factor importante para a participação dos residentes em actividades, a satisfação de vida e a satisfação com o lar (Bitzen e Kruzich, 1990).

As Atitudes são construtos importantes no âmbito da psicologia do desporto porque elas presumivelmente influenciam os comportamentos desportivos. Os indivíduos que apresentam atitudes mais positivas face à actividade física devem, provavelmente, participar em programas de actividade física, de uma forma mais regular do que os indivíduos que manifestam atitudes mais negativas. A relação atitude - comportamento e a questão relacionada de como modificar atitudes de forma a modificar comportamentos é a questão central no âmbito da investigação da Atitude(Gill, 1986).

Allport (1929) define atitude como um estado mental e neuronal de prontidão, organizado através da experiência, que exerce uma influência directiva e dinâmica sobre a resposta do indivíduo às situações ou objectos com os quais está relacionado. A atitude provoca um determinado comportamento, favorável ou desfavorável, afirmativo ou negativo, perante um objecto com o qual o indivíduo está relacionado. Weber (1992) define-a como uma reacção avaliativa - julgamento - pelo que é uma posição não neutral sobre o objecto, que pode ser positiva ou negativa, mas nunca neutral. Esta dupla polaridade na direcção da atitude é frequentemente vista como a característica mais importante da atitude. Neste sentido, Bogardus (1931) define atitude como uma tendência para actuar a favor ou contra determinados factores ambientais que se tornam valores positivos ou negativos.

As atitudes são relativamente estáveis e presumivelmente predispõem o indivíduo a adoptar determinados comportamentos. Se adoptássemos um quadro de definição de personalidade, as atitudes seriam parte dela (Gill, 1986).

A teoria do Comportamento Planeado postula que a intenção para o indivíduo se envolver num determinado comportamento precede o comportamento actual, e esta intenção é determinada pela combinação das atitudes, norma subjectiva e controlo percebido sobre o comportamento. O conceito de atitude é, aqui, conceptualmente semelhante ao das expectativas de resultado da teoria da cognição social de Bandura (Wilcox, 2002).

Segundo o modelo de Triandis (1971) as atitudes dividem-se em três componentes. A componente comportamental que consiste na nossa intenção de apresentar um determinado comportamento perante um objecto. A componente afectiva consiste nos sentimentos e na avaliação positiva ou

negativa sobre o objecto. Por último, a componente cognitiva reflecte as nossas crenças, ou a informação que o indivíduo dispõe sobre o objecto (Gill, 1996).

Wicker (1971) verificou que vários factores têm um impacto sistemático na relação entre atitude e comportamento, referindo factores pessoais, competição, outras atitudes, outras actividades e factores situacionais (Gill, 1996).

Fishbein e Ajzen (1974, 1975) demonstraram que as atitudes podem prever o comportamento, propondo que se queremos prever comportamentos específicos, deveremos considerar atitudes específicas. A atitude geral de um indivíduo perante a actividade física pode não predizer a participação num programa de exercícios aeróbios, mas as atitudes perante a participação num programa de exercícios aeróbios pode prever a participação de uma forma mais cuidada, num programa deste tipo (Gill, 1996).

Mesmo que se avaliem atitudes perante comportamentos específicos, a previsão do comportamento não é perfeita. Um indivíduo pode ter uma atitude positiva perante programas de exercício aeróbio, e mesmo assim não participar. Para além do conflito com outras actividades, uma localização inconveniente, ou o desagrado por outros participantes, pode desencorajar a participação (Gill, 1996).

As Expectativas de Resultado são um construto central nos modelos cognitivo-sociais dos comportamentos para a saúde e longamente utilizado como campo teórico de referência na investigação no âmbito da actividade física. Várias teorias e modelos diferem na conceptualização e nomenclatura das expectativas de resultado, mas são unânimes na inclusão das consequências percebidas de um comportamento (Williams, 2005).

As Expectativas de Resultado relacionam-se com o conceito de auto-eficácia e com o conceito de controlo. O potencial motivador das expectativas de resultado é em parte orientado pelas crenças de auto-eficácia. Determinadas actividades para se traduzirem efectivamente nos resultados desejados, precisam de ser executadas correctamente, como é o caso da actividade física. Desta forma, se o indivíduo não acredita ser capaz de realizar adequadamente a actividade, também não acreditará que consegue atingir os resultados esperados.

Bandura (1997) define Expectativas de Resultado como o julgamento

das consequências prováveis que determinada performance (acto) irá produzir. A antecipação das consequências depende, em larga medida, do julgamento que o indivíduo faz da sua capacidade de desempenho face a uma determinada situação. As Expectativas de Resultado podem assumir três formas. A primeira refere-se aos resultados físicos, agradáveis ou desagradáveis que um determinado comportamento provoca. Por outro lado, o comportamento é também regulado pelas reacções sociais que ele evoca. A aprovação ou desaprovação social de um comportamento ao nível das relações interpessoais é a segunda classe das Expectativas de Resultado. A terceira categoria diz respeito à auto-avaliação, positiva ou negativa que o indivíduo faz do seu comportamento e do seu estado de saúde. Os indivíduos definem padrões pessoais e regulam o seu comportamento pelas suas auto-avaliações. Os indivíduos adoptam comportamentos que lhes dão prazer e evitam comportamentos que lhes provocam insatisfação e mau-estar. Assim, a motivação dos indivíduos para o envolvimento em estilos de vida saudáveis passa por ajudar o indivíduo a constatar o quanto a mudança de hábitos se pode tornar vantajosa (Bandura, 2004).

Segundo Resnick (2000;2001) as expectativas de auto-eficácia relacionam-se de forma indirecta com o comportamento para o exercício através das Expectativas de Resultado. No entanto, as Expectativas de Resultado influenciam o comportamento para ao exercício independentemente das expectativas de auto-eficácia, considerando que as expectativas de resultado serão melhores preditores da actividade física do que as expectativas de resultado. A autora considera ainda que nos idosos a decisão de se envolverem e aderirem de uma forma regular a programas de exercício físico está mais relacionado com os benefícios físicos que acreditam daí advir do que na crença da sua capacidade para realizar actividade física.

Quanto mais fortes forem os valores das expectativas de auto-eficácia e das expectativas de resultado, mais disponíveis estarão os indivíduos para iniciar e manter um determinado comportamento. A necessidade de distinguir estes dois conceitos deve-se ao facto de que o mesmo comportamento em dois indivíduos pode ter por base motivações diferentes. O indivíduo pode acreditar que um determinado comportamento produz um determinado resultado, mas considerar não ser capaz de desempenhar esse comportamento. Por outro

lado o indivíduo pode sentir-se capaz de produzir um determinado comportamento mas não acreditar que ele se traduza num resultado que lhe seja favorável. Para além destes aspectos, temos ainda que considerar o valor que o indivíduo atribui ao resultado. Se esse resultado não for importante para o indivíduo ele também não desempenhará um determinado comportamento, independentemente de se considerar ou não competente. Por este motivo a avaliação da auto-eficácia e das expectativas de resultado são entidades diferentes (Resnick, 2002).

3. Objetivos

3. OBJECTIVOS

Objectivos Gerais

- Caracterizar as mulheres idosas de Lares e Centros de Dia, praticantes e não praticantes de Actividade Física, ao nível da Auto Percepção do Envelhecimento, da Avaliação Subjectiva da Saúde, da Atitude face à Actividade Física e das Expectativas de Resultado face ao Exercício.

- Verificar as diferenças existentes entre mulheres idosas de Lares e Centros de Dia e entre as praticantes (1×semana/3×semana) e não praticantes de Actividade Física, ao nível da Auto Percepção do Envelhecimento, da Avaliação Subjectiva da Saúde, da Atitude face à Actividade Física, das Expectativas de Resultado face ao Exercício.

Objectivos específicos

- Caracterizar os valores da Auto Percepção do Envelhecimento das idosas em Lares e Centros de Dia e das praticantes e não praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor médio da Auto Percepção do Envelhecimento das idosas em Lares e Centros de Dia e das praticantes e não praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor da Auto Percepção do Envelhecimento das idosas que praticam Actividade Física uma vez por semana e das que praticam três vezes por semana.

- Caracterizar os valores da Avaliação Subjectiva da Saúde das idosas em Lares e Centros de Dia e das praticantes e não praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor médio da Avaliação Subjectiva da Saúde das idosas em Lares e Centros de Dia e das praticantes e não praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor da Avaliação Subjectiva da Saúde das idosas que praticam Actividade Física uma vez por semana e das que praticam três vezes por semana.

- Caracterizar o valor da Atitude Face à Actividade Física das idosas que residem em Lares e Centros de Dia e das praticantes e não praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor médio da Atitude Face à Actividade Física das idosas em Lares e Centros de Dia e das praticantes e não praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor da Atitude Face à Actividade Física das idosas que praticam Actividade Física uma vez por semana e das que praticam três vezes por semana.

- Caracterizar o valor das Expectativas de Resultado Face ao Exercício das idosas de Lares e Centros de Dia, praticantes de Actividade Física.

- Verificar se existe diferença entre o valor das Expectativas de Resultado Face ao Exercício das idosas que praticam Actividade Física uma vez por semana e das que praticam três vezes por semana.

4. Metodologia

4. METODOLOGIA

4.1 - Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por um total de 70 mulheres idosas, de Lares e Centros de Dia, com idades iguais ou superiores a 65 anos.

Participaram no inquérito todas as idosas que na altura da aplicação dos respectivos questionários se encontravam na instituição e se disponibilizaram para responder ao questionário. Em todas as instituições procurou-se aplicar igual número de questionários às idosas praticantes e não praticante.

Em duas das instituições observadas a frequência das sessões de Actividade Física era de três vezes por semana, com a duração de aproximadamente 1h a 1h30m e nas restantes instituições (três) a frequência era de apenas 1h semanal.

4.1.1- Caracterização das Idosas quanto à Situação na Instituição

Quanto à Situação na Instituição (quadro nº1) verificamos que a grande maioria das idosas inquiridas se encontrava a residir em Lar e que apenas 27% das idosas da amostra frequentavam o Centro de Dia.

Quadro nº1 Caracterização da Amostra em função da Situação na Instituição e da Prática

	Situação na Instituição		Total
	Centro de Dia	Lar	
Praticante	9 (24.3%)	28 (75.7%)	37
Não Praticante	10 (30.3%)	23 (69.7%)	33
	19 (27%)	41(73%)	70

4.1.2- Caracterização das Idosas quanto à Idade

Os valores obtidos em relação à média da Idade em função da Situação na Instituição (quadro nº2) indicaram que existiam diferenças estatisticamente significativas, entre a idade das idosas em Lar e em Centro de Dia. As idosas em Lares eram em média 4 anos mais velhas do que as Idosas de Centro de Dia.

Quadro nº2 Valor médio da Idade em função da Situação na Instituição

Idade	Centro de Dia (X ± DP)	Lar (X ± DP)	t	Sig.
	76.1±6.47	80.1±6.0	-2.36	0.020*

*p ≤ 0.05

Em relação ao valor médio da idade das idosas praticantes e não praticantes (quadro nº3) verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa, quanto à idade, entre elas. Apesar de não ser um valor estatisticamente significativo, as idosas praticantes apresentavam uma idade média superior à das idosas não praticantes.

Quadro nº3 Valor médio da Idade em função da Prática

Idade	Praticante (X ± DP)	Não Praticante (X ± DP)	t	Sig.
	79.6±6.7	78.2±5.9	-0.964	0.338

4.1.3- Caracterização das Idosas quanto ao Estado Civil

Quanto ao Estado Civil (quadro nº4) verificamos que a grande maioria das idosas da amostra se encontra viúva.

Quadro nº4 Caracterização das Idosas em função da Situação na Instituição e do Estado Civil

	Estado Civil				
	Solteiras	Viúvas	Casadas	Divorciadas	
Centro de Dia	1(5.3%)	13(68.4%)	4 (21%)	1(5.3%)	19
Lar	8(16%)	37 (74%)	3 (6%)	2(4%)	50

Em relação ao Estado Civil e a prática de Actividade Física (quadro nº 5) verificamos também que a maioria das idosas praticantes era viúva.

Quadro nº5 Caracterização da Amostra em função do Estado Civil e da Prática

	Estado Civil				
	Solteiras	Viúvas	Casadas	Divorciadas	
Praticante	3 (8.1%)	29 (78.4%)	3 (8.1%)	2 (5.4%)	37
Não Praticante	6 (18.8%)	21 (65.6%)	4 (12.5%)	1(3.1%)	32

4.1.4- Caracterização das Idosas quanto ao Nível de Escolaridade

Quanto ao Nível de escolaridade verificamos (quadro nº6) que tanto em Lar como em Centro de Dia, a maioria das idosas frequentou o ensino básico, sendo que este valor era mais elevado nas idosas que frequentavam o Centro de Dia. Em segundo lugar, encontravam-se as idosas analfabetas tanto em Lar como em Centro de Dia. Seguiam-se depois, em terceiro lugar e em número já bastante reduzido, as idosas que frequentaram o ensino secundário, sendo que a percentagem das idosas que frequentaram o ensino secundário e estão em Lar era superior à percentagem das que estavam em Centros de Dia.

Quadro nº 6 Caracterização da amostra em função do Nível de Escolaridade e da Situação na Instituição

	Nível de Escolaridade				
	Analfabeta	1ª à 4ª classe	Secundário	Ensino Superior	
Centro de Dia	5 (26.3%)	12(63.1%)	2 (10.5%)	0 (0%)	19
Lar	16 (31.3%)	21 (41.1%)	13 (25.4%)	1(2%)	51

Em relação ao Nível de Escolaridade em função da Prática (quadro nº7) verificamos que a maioria das idosas praticantes frequentou o Ensino Básico, seguindo-se depois a percentagem das idosas Analfabetas. O número de idosas praticantes que frequentaram o Liceu ou o Ensino Superior era reduzido.

No que diz respeito às idosas não praticantes verificamos que a maioria frequentou o Ensino Básico, em segundo lugar surgiram as idosas que frequentaram o Liceu, cujo número era superior ao das que eram analfabetas.

Quadro nº7 Caracterização da Amostra por Níveis de Escolaridade em função da Prática

	Nível de Escolaridade				
	Analfabeto	1ª à 4ª classe	Secundário	Ensino Superior	
Praticante	14 (37.8%)	16 (43.2%)	6 (16.2%)	1 (2.7%)	37
Não Praticante	7 (21.2%)	17 (51.5%)	9 (27.3%)	0%	33

4.1.5- Caracterização das Idosas quanto à Institucionalização

Quanto ao tempo de internamento em Lar (quadro nº8) verificamos que a fase em que se encontravam maior número de idosas, praticantes e não praticantes, era a do período de internamento superior ou igual a 5 anos. Nas idosas praticantes surgiu depois em maior número a fase inferior a 1 ano, seguida do período entre o 1-5 anos. Entre as idosas não praticantes surgiu em segundo lugar o período entre 1-5 anos seguido do período de internamento inferior a 1ano.

Quadro nº8 Distribuição das Idosas em Lar por Tempo de Institucionalização

	Institucionalização			
	<a 1 ano	Entre 1 a 5 anos	> a 5 anos	
Praticante	9 (33.3%)	6 (22.2%)	12 (44.4%)	27
Não Praticante	5 (23.8%)	7 (33.3%)	9 (42.8%)	21

4.2 Instrumentos de Avaliação

4.2.1 - A **Escala de Ânimo** de Lawton (1975) é uma escala multifactorial de avaliação do bem-estar psicológico em idosos, constituída por 17 itens que compreendem a 3 factores principais: a) Agitação, b) Atitude face ao próprio envelhecimento e c) Solidão/ Insatisfação.

Esta escala foi validada e utilizada por Paúl (1992) para a população portuguesa. No presente estudo foi apenas utilizada a sub-escala da Atitude face ao próprio Envelhecimento, constituída por 5 itens. Esta sub-escala foi já utilizada por Levy et al. (2004; 2002).

Os participantes respondem aos primeiros quatro itens com “ sim “ ou “não”. Nas alíneas a) e c) às respostas “sim” é atribuído o valor 1 e às respostas “não” o valor 0. Nas alíneas b) e d) às respostas “sim” é atribuído o valor 0 e às respostas “não” o valor 1. À alínea e) os participantes respondem “melhor que”; “pior que “ ou “ igual”. A resposta “melhor que” atribui-se o valor 0, à resposta “igual” o valor 1 e à resposta “pior que” o valor 2.

Quanto mais elevados forem os valores obtidos nesta escala, mais negativa é a Auto Percepção do Envelhecimento.

4.2.2 - O **European Survey on Aging Protocol** – ESAP (Fernandez-Ballesteros, 1999) foi criado no âmbito do projecto “*Eugeron: Aging, Health and Competence*” com o objectivo de criar uma base de dados sobre o processo de envelhecimento nos vários países da Europa. Este protocolo foi traduzido e adaptado à população portuguesa por Paúl et al. (1999). Deste protocolo, e no âmbito deste trabalho apenas utilizamos a alínea a) das Medidas de Saúde que se refere à Avaliação Subjectiva da Saúde. Esta alínea é constituída por dois itens; o primeiro refere-se à percepção subjectiva que a idosa tem da sua saúde – Autoavaliação da Saúde - e o segundo refere-se à percepção que a idosa tem da sua saúde em comparação com as idosas da mesma faixa etária.

Em relação à Autoavaliação da Saúde as participantes podem classificá-la de: 1) Muito boa; 2) Boa; 3) Aceitável; 4) Fraca; 5) Muito fraca. Na Saúde Comparada, as idosas devem comparar a sua saúde com a das mulheres da

sua idade, sendo a classificação a seguinte: 1) Muito melhor; 2) Um pouco melhor; 3) Mais ou menos na mesma; 4) Um pouco pior; 5) Muito pior.

Quanto mais elevados forem os valores obtidos nestes itens mais negativa é a avaliação das respectivas medidas de saúde.

4.2.3 - O Questionário de Avaliação das Atitudes dos Idosos face à Actividade Física (*OPAPAEQ - Older Persons' Attitudes Toward Physical Activity And Exercise Questionnaire*) foi construído e validado por Terry et al. (1997) em idosos canadianos com mais de 50 anos. Foi posteriormente adaptado à população portuguesa por Oliveira (1998) e utilizado por Couto (2003)

O questionário é constituído por 14 itens, distribuídos por quatro sub-escalas: Libertação da tensão, que atribui ao exercício físico um efeito benéfico no alívio de tensões, irritabilidade e ansiedade; Promoção da Saúde, referindo-se à associação dos benefícios ao nível da saúde com a prática de actividade física; Exercício Vigoroso, que refere a manutenção da saúde através da prática de exercício vigoroso; e por fim os Benefícios Sociais, referindo-se ao exercício como divertido, sociável e como um meio de enriquecimento do tempo de lazer.

Os itens 3;6;10;12 correspondem à avaliação da Libertação da Tensão, à Promoção da Saúde correspondem os itens 2;7;11;13 à avaliação do Exercício Vigoroso correspondem os itens 5;9;14, por último correspondem à avaliação dos Benefícios Sociais os itens 1;4;8.

As respostas são dadas numa escala do tipo Likert, com uma pontuação entre (1) Concordo Totalmente e (5) Discordo Totalmente.

Quanto mais elevados forem os valores obtidos nesta escala mais negativa é a Atitude face à Actividade Física.

4.2.4 - A Escala de Expectativas de Resultado do Exercício (*Outcomes Expectations for Exercise Scale - OEE*) foi criada e validada por Resnick (2000) com o objectivo de desenvolver uma medida das expectativas de resultado para o exercício, específico para a população idosa, baseando-se na teoria de auto-eficácia de Bandura.

A sua construção teve em conta instrumentos anteriores, testados, que se centravam nas expectativas de resultado e benefícios associados em adultos, assim como estudos qualitativos e quantitativos que identificavam os benefícios específicos do exercício em idosos.

Os itens da OEE foram desenvolvidos utilizando expressões dos idosos, para descreverem os benefícios que advêm do exercício. Cinco itens reflectem os benefícios físicos (itens 1; 3; 4; 8; 9) e 4 reflectem os benefícios ao nível da saúde mental (itens 2; 5; 6; 7).

As respostas são dadas numa escala do tipo Likert, com uma pontuação entre (1) Concordo Totalmente e (5) Discordo Totalmente.

A escala encontra-se adaptada à população portuguesa (Machado, 2003), tendo sido utilizada por Couto (2003) e Machado (2003).

Esta escala foi aplicada apenas às idosas praticantes.

Quanto mais elevados forem os valores obtidos nesta escala mais baixa é a Expectativa de Resultado Face à Actividade Física.

4.3 Procedimentos de Aplicação

Foram contactadas telefonicamente várias instituições de apoio à terceira idade, no sentido de se ter conhecimento se a instituição disponibilizava aos seus utentes sessões de Actividade Física. Face a uma resposta positiva, foi formalizado o pedido através de carta, onde se explicou o objectivo do estudo e se apresentou os questionários a aplicar.

Inicialmente foi realizado um pré-teste a um grupo de idosas (5 participantes e 5 não participantes em sessões de Actividade Física) da mesma faixa etária que constitui a amostra do estudo, para se detectar eventuais dificuldades de compreensão das expressões utilizadas no questionário.

A selecção das idosas em cada instituição foi realizada pela própria instituição. O preenchimento do questionário foi realizado sob a forma de entrevista, recordando sempre a cada idosa de que todas as respostas eram válidas desde que dadas com sinceridade.

4.4 Procedimentos estatísticos

Os dados recolhidos foram codificados e analisados através do programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), sendo utilizado um nível de significância de 95%.

Foram utilizadas as medidas estatísticas Média, Desvio Padrão e Teste t para medidas independentes.

5. Resultados

5. Resultados

AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

A análise dos resultados em relação à Auto Percepção do Envelhecimento (quadro nº9) indicou existir diferença entre as idosas de Lar e Centro de Dia em relação à Auto Percepção do Envelhecimento, tendo-se verificando que as idosas em Lar apresentavam uma percepção do envelhecimento mais positiva do que as idosas em Centro de Dia.

Quadro nº9 Valores médios da Escala de Auto Percepção do Envelhecimento em função da Situação na Instituição

Auto Percepção do Envelhecimento	Centro de Dia (X ± DP)	Lar (X ± DP)	t	Sig.
	4,57±1.57	3.5 ±1.7	2.471	0.019*

*p ≤ 0.05

O valor do teste t (quadro nº10) não apresentou diferença estatisticamente significativa entre praticantes e não praticantes, apesar de as idosas praticantes terem apresentado uma Auto Percepção do Envelhecimento ligeiramente mais positiva

Quadro nº 10 Valores médios da Escala de Auto Percepção do Envelhecimento em função da Prática

Auto Percepção do Envelhecimento	Praticante (X ± DP)	Não Praticante (X ± DP)	t	Sig.
	3.64±1.73	3.96 ±1.72	0.776	0.441

Em relação à frequência das sessões (quadro nº11) verificamos que a Auto Percepção do Envelhecimento não apresentou valores diferentes e estatisticamente significativos, entre as idosas que frequentavam as sessões de

Actividade Física apenas uma vez por semana e as que frequentavam três aulas por semana.

Quadro nº11 Análise dos valores médios da Escala de Auto Percepção do Envelhecimento em função da Frequência das Sessões

	1 Aula / Semana (X ± DP)	3 Aulas /Semana (X ± DP)	t	Sig.
Auto Percepção do Envelhecimento	3.84±1.6	3.36±1.8	0.863	0.394

AVALIAÇÃO SUBJECTIVA DA SAÚDE

No que diz respeito à Avaliação Subjectiva da Saúde (quadro nº12) verificamos que não existe diferença estatisticamente significativa entre as idosas de Lar e as de Centro de Dia, apesar das idosas em Lar apresentarem valores mais positivos.

Quadro nº12 Valores médios da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da Situação na Instituição

Avaliação Subjectiva da Saúde	Centro de Dia (X ± DP)	Lar (X ± DP)	t	Sig.
	3.1±0.89	2.7 ±0.92	1.44	0.150

Em relação à Avaliação Subjectiva da Saúde entre praticantes e não praticantes (quadro nº13) verificamos que as idosas praticantes faziam uma avaliação da saúde ligeiramente mais positiva, apesar da diferença entre os valores médios não ser estatisticamente significativa.

Quadro nº13 Valores médios da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da prática.

Avaliação Subjectiva da Saúde	Praticante (X ± DP)	Não Praticante (X ± DP)	t	Sig.
	2.67±0.86	3.04±0.95	1.68	0.091

Relativamente aos itens da Avaliação Subjectiva da Saúde (quadro nº 14) verificamos que não existe diferença estatisticamente significativa entre praticantes e não praticantes no que diz respeito à Autoavaliação da Saúde, o que já não acontece em relação à Saúde Comparada, onde se verificou que as idosas participantes avaliaram a sua saúde, comparativamente a outras mulheres da sua idade, como “melhor”.

Quadro nº 14 Valores médios dos itens da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da prática

		Praticante (X ± DP)	Não Praticante (X ± DP)	T	Sig.
Avaliação Subjectiva da Saúde	Auto- Avaliação da Saúde	3.05 ±0.97	3.15±1.0	0.41	0.681
	Saúde Comparada	2.29±1.1	2.93±1.17	2.35	0.023*

*p ≤ 0.05

Em relação à frequência das sessões (quadro nº15) verificamos que a Avaliação Subjectiva da Saúde não assumiu valores diferentes e estatisticamente significativos, entre as idosas que frequentavam as sessões de Actividade Física apenas uma aula por semana e as que frequentavam três aulas por semana.

Quadro nº15 Valores médios da Avaliação Subjectiva da Saúde em função da Frequência das Sessões

	1Aula / Semana (X ± DP)	3 Aulas /Semana (X ± DP)	t	Sig.
Avaliação Subjectiva da Saúde	2.81±0.85	2.42±0.83	1.43	0.159

ATITUDE

No que diz respeito à Atitude Face à Actividade Física (quadro nº16) verificamos que não existe diferença estatisticamente significativa entre as idosas de Lar e as de Centro de Dia, apesar das idosas em Lar terem apresentado valores ligeiramente mais positivos.

Quadro nº 16 Análise dos valores médios da Atitude Face à Actividade Física em função da Situação na Instituição

Atitude Global	Centro de Dia (X ± DP)	Lar (X ± DP)	t	Sig.
	2.02±0.47	1.98 ±0.35	0.32	0.752

Os resultados obtidos indicaram que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível da Atitude face à Actividade Física entre as idosas praticantes e não praticantes (quadro nº 17) verificando-se que as idosas praticantes apresentavam uma Atitude Face à Actividade Física mais positiva do que as idosas não praticantes.

Quadro nº17 Análise dos valores médios da Atitude face à Actividade Física em função da prática

Atitude Global	Praticante (X ± DP)	Não Praticante (X ± DP)	t	Sig.
	1.87±0.29	2.14±0.43	2.90	0.005*

*p ≤ 0.05

Em relação às sub escalas do questionário de Atitudes Face à Actividade Física em função da Situação na Instituição (quadro nº18) verificou-se que não existia diferença estatisticamente significativas entre os valores médios de cada sub-escala.

Quadro nº 18 Valores médio das Sub-escalas da Atitude face à Actividade Física em função da Situação na Instituição

		Centro de Dia (X ± DP)	Lar (X ± DP)	t	Sig.
Atitudes	Libertação da Tensão	2.03±0.59	2.03±0.43	0.059	0.953
	Promoção da Saúde	2.03±0.40	2.04±0.44	-0.012	0.991
	Exercício Vigoroso	2.07±0.63	2.00±0.44	0.442	0.662
	Benefícios Sociais	1.92±0.43	1.82±0.40	0.859	0.397

Em relação às sub escalas do questionário de Atitudes Face à Actividade Física (quadro nº19) verificou-se que existia diferença estatisticamente significativa entre praticantes e não praticantes em todas as sub escalas, sendo que em todas elas as idosas praticantes apresentavam uma Atitude mais positiva face à Actividade Física do que as idosas não praticantes.

Nas idosas praticantes a sub-escala dos Benefícios Sociais foi a que apresentou os valores médios mais positivos, seguida da sub-escala da Libertação da Tensão. Em terceiro surgiu a sub-escala do Exercício Vigoroso e em quarto a da Promoção da Saúde.

Nas idosas não praticantes a sub-escala dos Benefícios Sociais surgiu também com o valor médio mais positivo, seguida da sub-escala do Exercício Vigoroso. Em terceiro surgiu a sub-escala da Promoção da Saúde e em quarto a sub-escala da Libertação da Tensão.

Quadro nº 19 Valores médio das Sub-escalas da Atitude face à Actividade Física em função da prática

		Praticante (X ± DP)	Não Praticante (X ± DP)	t	Sig.
Atitudes	Libertação da Tensão	1.89±0.34	2.19±0.57	2.51	0.015*
	Promoção da Saúde	1.91±0.36	2.18±0.47	2.57	0.013*
	Exercício Vigoroso	1.90±0.38	2.16±0.58	2.11	0.040*
	Benefícios Sociais	1.74±0.40	1.98±0.39	2.47	0.016*

*p ≤ 0.05

Os resultados obtidos no questionário da Atitude face à Actividade Física em função da frequência das sessões semanais realizadas na instituição (1 vez por semana / 3 vezes por semana), (quadro nº20) indicaram que as idosas que praticavam Actividade Física três vezes por semana apresentavam valores médios de Atitude Face à Actividade Física mais elevados do que as idosas que praticavam Actividade Física apenas uma vez por semana.

Quadro nº 20 Valores médio da Atitude face à Actividade Física das idosas Praticantes em função da Frequência das Sessões Semanais

	1Aula / Semana (X ± DP)	3 Aulas/Semana (X ± DP)	t	Sig.
Atitude Global	2.06±0.36	1.73±0.29	3.06	0.004*

*p ≤ 0.05

Em relação às sub escalas da Escala de Atitudes Face à Actividade Física (quadro nº21) verificou-se também que existiam diferenças estatisticamente significativas em relação à frequência das sessões semanais (1 vez por semana / 3 vezes por semana). As idosas que praticavam Actividade Física três vezes por semana apresentavam valores médios de Atitude Face à Actividade Física mais elevados do que as idosas que praticavam Actividade Física apenas uma vez por semana, em três das sub escalas. Apenas na sub-escala dos Benefícios Sociais, apesar de ter assumido um valor mais elevado nas praticantes, a diferença dos valores médios não foi estatisticamente significativa.

Quadro nº 21 Valores médios das Sub escalas da Atitude face à Actividade Física, das idosas praticantes em função da frequência da prática na Instituição

		1Aula / Semana (X ± DP)	3 Aulas / Semana (X ± DP)	t	Sig.
Atitudes	Libertação da Tensão	2.15 ±0.47	1.73 ±0.36	3.06	0.042*
	Promoção da Saúde	2.06±0.43	1.80±0.28	2.22	0.035*
	Exercício Vigoroso	2.12±0.49	1.73±0.37	2.68	0.017*
	Benefícios Sociais	1.87±0.25	1.63±0.48	1.96	0.602

*p ≤ 0.05

EXPECTATIVAS DE RESULTADO FACE AO EXERCÍCIO

No que diz respeito às Expectativas de Resultado (quadro nº 22) verificamos que as idosas praticantes apresentavam valores médios positivos em relação a esta variável.

Quadro nº22 Valor médio das Expectativas de Resultado Face à Actividade Física

Expectativas de Resultado	(X ± DP)
	2.14±0.47

Em relação às Expectativas de Resultado Face ao Exercício em função da Situação na Instituição (quadro nº23) verificamos que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as idosas praticantes de Lar e as de Centro de Dia, sendo que ambas apresentaram Expectativas de Resultado positivas.

Quadro nº 23 Valores médios das Expectativas de Resultado Face ao Exercício em função da Situação na Instituição

Expectativas de Resultado	Centro de Dia (X ± DP)	Lar (X ± DP)	t	Sig.
		2.09±0.25	2.16 ±0.52	-0.47

No que diz respeito aos valores das Sub Escalas das Expectativas de Resultado sobre o Exercício (quadro nº24) verificamos que ambas as sub-escalas assumem valores positivos.

Quadro nº 24 Valores médios das Sub-escalas de Expectativas de Resultado sobre o Exercício das Idosas praticantes

		(X ± DP)
Expectativas de Resultado	Benefícios Físicos	2.19±0.62
	Benefícios Mentais	2.08±0.37

Os resultados obtidos na Escala de Expectativas de Resultado em função da frequência das sessões semanais (1 vez por semana / 3 vezes por semana), (quadro nº25) indicaram que as idosas que praticavam Actividade Física três vezes por semana apresentavam valores médios de Expectativas de Resultado mais elevados do que as idosas que praticavam Actividade Física apenas uma vez por semana.

Quadro nº25 Valores médio das Expectativas de Resultado Face à Actividade Física em função da Frequência das Sessões Semanais

	Frequência das Sessões	(X ± DP)	t	Sig.
Expectativas de Resultado	1 Sessão p/ semana	2.34±0.49	2.82	0.008*
	3 Sessões p/ semana	1.94±0.36		

*p ≤ 0.05

Em relação às sub escalas da Escala de Expectativas de Resultado Face à Actividade Física (quadro nº26) verificou-se também que existiam diferenças estatisticamente significativas entre o valor médio das Expectativas de Resultado das idosas que praticavam Actividade Física uma vez por

semana e as que praticavam três vezes por semana. As idosas que praticavam Actividade Física três vezes por semana apresentavam valores médios de Expectativas de Resultado Face à Actividade Física mais elevados, em ambas as sub escalas, do que as idosas que praticavam Actividade Física apenas uma vez por semana.

Quadro nº26 Valores médios das Expectativas de Resultado em função da frequência das sessões de Actividade Física na instituição

		Frequência das Sessões	(X ± DP)	t	Sig.
Expectativas de Resultado	Benefícios Físicos	1 Sessão p/ semana	2.43±0.69	2.51	0.018*
		3 Sessões p/ semana	1.95±0.44		
	Benefícios Mentais	1 Sessão p/ semana	2.23±0.35	2.66	0,011*
		3 Sessões p/ semana	1.93±0.34		

*p ≤ 0.05

6. Discussão dos Resultados

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A actividade física é um processo complexo e dinâmico que envolve uma intrincada série de comportamentos, pelo que a identificação de variáveis que afectam a adesão ao exercício é geralmente difícil (Schutzer e Graves, 2004). Conforme foi já referido, o objectivo deste estudo foi o de comparar idosas praticantes de Actividade Física com idosas não praticantes, residentes em Lares ou a frequentar Centros de Dia, ao nível da Auto-percepção do Envelhecimento, da Saúde Subjectiva e das Atitudes e Expectativas Face ao Exercício. Os estudos existentes com este tipo de população são reduzidos, sendo mais frequentes os estudos com idosos ainda a residir em habitação própria.

A população idosa é uma população muito heterogenia e os idosos de hoje viveram grande parte das suas vidas num contexto sócio-cultural voltado para o trabalho, onde se desvalorizava a prática de Actividade Física e se desconhecia a sua importância como comportamento preventivo para a saúde. Face a este novo contexto sócio-cultural, os idosos necessitam de ultrapassar anos de inércia pessoal e de barreiras sociais.

Desde longa data que os investigadores demonstram interesse em compreender o motivo pelo qual os indivíduos aderem a estilos de vida saudáveis (Rodin e Salovey, 1989). Estudos realizados sobre o envolvimento dos idosos em comportamentos saudáveis verificaram que a prática de actividade física era o comportamento para a saúde menos praticado (Marks e Lutgendorf, 1999; Songh et al, 2002).

Procedemos, de seguida à análise propriamente dita dos resultados obtidos nas diversas variáveis em estudo em função da Situação na Instituição, da Participação / Não Participação das idosas nos programas de Actividade Física realizado nas respectivas instituições e da frequência das sessões nas respectivas instituições.

Em relação à Idade verificamos que as idosas de Centro de Dia eram mais novas do que as idosas de Lar. Verificamos também que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre praticantes e não praticantes, apesar da idade das praticantes ser ligeiramente superior. Oliveira (1999) e Elward et al, (1992) verificaram também que não existiam diferenças

estatisticamente significativas, quanto à idade, entre indivíduos idosos praticantes e não praticantes em programas de Actividade Física. À medida que os indivíduos envelhecem, verifica-se um decréscimo, em todas as faixas etárias, do envolvimento em actividade física vigorosa (Chodzko-Zajko, 1994) sendo que a inactividade física é mais prevalente nos idosos do que nos jovens (Owen et al, 2000). No entanto, a relação entre a crença num comportamento saudável e a sua prática não diminui com o aumento da idade (Ferrini, 1994). Desta forma, tendo em consideração os resultados obtidos e as referências na literatura, pensamos poder inferir que dentro da faixa etária dos idosos, a idade não é um indicador da adesão à actividade física. A idade é apenas um indicador do tempo de vida, mas não uma variável efectiva da dinâmica associada às mudanças com a idade (Novo, 2003).

Os resultados obtidos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quanto ao nível de escolaridade, quer entre as idosas de Lar e Centro de Dia quer entre participantes e não participantes. A participação em programas de Actividade Física parece não se relacionar com o nível de escolaridade. Como verificamos, a percentagem de idosas analfabetas e praticantes é superior à das analfabetas não praticantes. A análise da literatura existente sobre esta temática permitiu-nos verificar que não existe consenso quanto à influência do nível de escolaridade na adesão aos programas de Actividade Física. Vários são estudos que referem que os idosos com níveis mais elevados de formação estão mais predispostos a envolverem-se em programas de Actividade Física (Elward et al, 1992; Lucas et al, 2000) referindo outros que idosos com formação superior se distribuem uniformemente por diferentes níveis de intensidade de actividade (Chang et al, 2003)

No entanto, penso ser importante referir que o nível de formação das idosas participantes no estudo reflecte de certa forma a realidade da população portuguesa, não indo assim ao encontro das características das amostras existentes em diversos estudos analisados, onde predominam idosos com formação secundária ou de nível superior.

Em relação ao Tempo de Internamento foi curioso verificar que 45% das idosas praticantes se encontravam na Instituição há mais de 5 anos. Em conformidade com estes resultados, Benjamin et al (2005) verificaram que o controlo percebido não era um predictor significativo do nível de actividade.

Apesar de escassearem estudos sobre a adesão à prática de Actividade Física e o Tempo de Internamento, seria de esperar que o tempo de internamento estivesse associado a uma menor participação. Como foi já referido, os idosos que residem em lares quer devido aos factores ambientais e do próprio pessoal, quer devido ao estereótipo amplamente difundido do idoso como indivíduo incapacitado (Paúl, 1992) tendem a desenvolver um sentimento de ausência de controlo, nomeadamente sobre a sua saúde, o que se traduz numa menor predisposição para se envolverem em programas de Actividade Física (Spirduso, 1995).

Em relação ao estado civil vários estudos (Cohen-Mansfield et al, 2004; Wilcox e King, 2004; Lucas et al, 2000) referem que este factor influencia o nível de prática de Actividade Física, considerando grande parte dos estudos que o casamento influencia positivamente os comportamentos para a saúde em oposição à viuvez, separação ou divórcio que parecem exercer uma influencia negativa (Rosenbloom e Whittington, 1993; Schone e Weinick, 1998) No âmbito deste estudo não se verificou que o estado civil fosse um factor influenciador da adesão. No entanto, face ao elevado número de idosas viúvas presentes neste estudo consideramos que a discrepância entre os valores de n nos vários estados não nos permite realizar uma análise válida desta variável.

AUTO PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

Conforme verificamos as idosas de Centro de Dia apresentam uma Auto Percepção do Envelhecimento mais negativa do que as idosas que residem em Lares. Durante a realização do estudo, as idosas de Centro de Dia verbalizavam frequentemente as suas dificuldades para a realização das suas actividades da vida diária, a solidão em que viviam quando saíam da instituição, o medo desta solidão, as dificuldades económicas, os problemas nas relações familiares ou mesmo a ausência delas. As idosas em Lar apresentavam um discurso mais positivo nomeadamente porque a Institucionalização se traduziu na ausência das responsabilidades domésticas e por sentirem que nunca estavam sós, nomeadamente nas situações de doença. Desta forma, pensamos que talvez seja esta sensação de segurança, conforto e tranquilidade, que a instituição confere às idosas, que explica as

diferentes percepções sobre o envelhecimento das idosas em Lares e Centros de Dia. Estes resultados estão em conformidade com os obtidos por Paúl (1992) que verificou que os idosos que residiam em instituições eram os que apresentavam uma Auto Percepção do Envelhecimento mais positiva, quando em comparação com os idosos de centros de dia, os idosos que recebiam apoio domiciliário, e até mesmo os idosos a residir em habitação própria.

Os resultados obtidos evidenciaram também que a Auto Percepção do Envelhecimento, entre as idosas praticantes e não praticantes, não é um indicador da adesão aos programas de Actividade Física. Como verificamos não existem diferenças estatisticamente significativas entre participantes e não participantes no que se refere à Auto Percepção do Envelhecimento, apesar das não participantes apresentarem valores ligeiramente mais negativos de Auto Percepção.

Estes resultados não se encontram em consonância com os estudos realizados por Levy e Myers (2004) que constataram que os indivíduos que têm uma Auto-Percepção mais positiva do envelhecimento estão mais predispostos a envolverem-se em comportamentos preventivos no âmbito da saúde, verificando-se que a Auto-Percepção do Envelhecimento era a variável que mais influenciava o envolvimento em comportamentos preventivos, sendo apenas ultrapassada pela variável educação. De referir, no entanto, que neste estudo o envolvimento em comportamentos preventivos é analisado como um todo não referindo o que acontece especificamente à Actividade Física. Os idosos podem não valorizar a Actividade Física como comportamento preventivo.

A pertinência da avaliação da Auto Percepção do Envelhecimento no envolvimento em comportamentos preventivos prende-se com a ideia de que, sendo culturalmente aceite a presença da doença na velhice, os idosos não investiriam em comportamentos preventivos ao nível da saúde. No entanto, como verificamos a prática de Actividade Física com o objectivo de melhorar a saúde não assume uma importância significativa entre os idosos, como constatamos pelos valores obtidos na sub-escala da Promoção da Saúde. Desta forma, fomos levados a concluir que uma vez que as idosas não acreditam de uma forma firme que a prática de Actividade Física pode melhorar

a sua condição de saúde, o envolvimento nos programas de actividade física será, de certa forma, independente da Auto Percepção do Envelhecimento.

No planeamento de programas de Actividade Física para a população idosa para além de se ter em conta a história individual do tipo de actividade ou ausência dela, é também importante ouvi-los, formal ou informalmente, sobre os seus valores, crenças, expectativas, preocupações, riscos, ... Desmistificando a prática de Actividade Física e desenvolvendo uma mensagem clara e concisa sobre a sua importância. Em conformidade com o defendido por Cousins (2001) as pessoas que estão positivamente dispostas para a adopção de comportamentos saudáveis, como serem mais activas, podem simplesmente necessitar de ser mais encorajadas, mais lembradas, mais ajudadas a iniciar ou mais reforçadas. As pessoas podem transformar os acontecimentos pessoais em oportunidades ou barreiras à Actividade Física, em função da sua informação sobre saúde, dos seus auto-esquemas com uma vida activa e com novas experiências. A motivação dos indivíduos para o envolvimento em estilos de vida saudáveis e de acordo com Bandura (2004) passa, na maioria das vezes por ajudar o indivíduo a constatar o quanto a mudança de hábitos se pode tornar vantajosa.

AVALIAÇÃO SUBJECTIVA DA SAÚDE

Conforme verificamos, ao nível da Avaliação Subjectiva da Saúde não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as idosas de Lar e as de Centro de Dia, apesar das idosas de Lar terem feito uma avaliação mais positiva da sua Saúde. Em relação a esta constatação pensamos ser importante fazer notar também que, as idosas de Lar para além de fazerem uma avaliação mais positiva da sua saúde eram também em média quatro anos mais velhas do que as idosas de Centro de Dia. Pensamos que esta situação, em parte se explicaria, e à semelhança do que aconteceu com a Auto Percepção do Envelhecimento, pelo facto das idosas de Centro de Dia serem mais frequentemente colocadas perante dificuldades e limitações ao nível da sua independência funcional. Conforme referimos, a Avaliação Subjectiva da Saúde é uma avaliação do ponto de vista subjectivo, influenciada por

características pessoais e do ambiente, nomeadamente pelo nível e tipo de suporte social. Ora conforme verificamos, as idosas de Lar sentiam um suporte e apoio por parte da instituição que não está presente nas idosas de Centros de Dia e que parece traduzir-se também na avaliação que as idosas fazem da sua saúde.

Os resultados obtidos indicaram também que a Avaliação Subjectiva da Saúde não era um indicador da adesão à Actividade física, mas ao nível da Saúde Comparada as idosas praticantes faziam uma avaliação mais positiva da sua saúde, quando em comparação com as não praticantes. Levy e Myers (2004) constataram que a Autoavaliação da Saúde e a Saúde Funcional não determinavam o envolvimento em comportamentos preventivos, entre os idosos.

A Saúde de cada indivíduo tem uma dimensão multifacetada e é interpretada por cada pessoa de forma diferente. A forma como cada indivíduo vê a sua saúde depende das suas experiências de vida, dos seus objectivos e dos mecanismos de *coping* que o indivíduo utiliza para lidar com as falhas e o desapontamento, sendo difícil relacioná-la com outras dimensões da vida (Spirduso, 1995).

Elward et al (1992a) verificaram, num estudo comparativo entre idosos residentes na comunidade que aceitaram participar num programa de actividade física, que as condições médicas e o nível de actividade física indicados por auto-referência, não eram factores de diferenciação entre participantes e não participantes. Da mesma forma, a adesão a comportamentos preventivos para a saúde não diferenciava os idosos participantes dos não participantes. A qualidade de vida percebida e a Autoavaliação da Saúde não era diferente entre os dois grupos, sendo que os idosos participantes avaliaram a sua saúde ligeiramente mais fraca do que os não participantes. Os autores consideraram que a adesão a este programa apelou a indivíduos com elevados níveis de interacção social.

Seria também de esperar que, uma vez que as idosas percebem que alcançam resultados positivos ao nível físico e mental, verificando-se nomeadamente diferenças entre as idosas que praticavam 1 vez por semana e as que praticam 3 vezes por semana, que essa percepção se reflectisse na Autoavaliação da Saúde. No entanto, também não se verificou que as idosas

que praticam actividade física com maior frequência tivessem uma percepção mais positiva da sua saúde. Cohen-Mansfield et al. (2003) verificaram que os problemas de saúde e a dor eram as barreiras percebidas mais frequentes entre os idosos, tendo sido referido por mais de metade dos idosos participantes no estudo. No entanto, quando os autores comparam as barreiras à prática de Actividade Física com a Autoavaliação da Saúde verificaram que 43,2% que consideraram a falta de saúde como uma barreira avaliavam a sua saúde como excelente, 39.8% como boa e só 17.1% a avaliaram como fraca.

A Autoavaliação do Idoso como sendo saudável, pode ser seguida pela enumeração dos seus problemas de saúde, não o impedindo de se definir como saudável. A Doença / Saúde no idoso, pode paradoxalmente, ser vista por um lado como normal e natural e por outro como patológica ou até mesmo como um sinal de pouco poder de determinação ou de um estilo de vida errado (Jolanki, 2004)

Pacientes e médicos têm também diferentes percepções do estado de saúde. Os médicos avaliam e diagnosticam seguindo um modelo biomédico, o paciente avalia através da vivência de experiências negativas ao nível do Eu e do seu funcionamento social, pelo que a Autoavaliação da Saúde pelo indivíduo não é determinada apenas pela funcionalidade e sintomatologia, mas também pelas crenças e expectativas em relação aos problemas de saúde (Suarez-Almor , 2001).

Efectivamente, a Autoavaliação da Saúde é o produto de um processo de autoavaliação, que não depende apenas da experiência subjectiva da informação somática. Ela relaciona-se com a observação e discussão sobre a doença com outros indivíduos, com as crenças culturais (Leventhal et al., 1992; Benyamini et al, 1999), a funcionalidade, o estado de ânimo (Williamson, 1992) e o nível de atenção do indivíduo aos estímulos internos e externos (Pennebaker, 1983).

Curiosamente, comparando a Autoavaliação da Saúde realizada por várias faixas etárias, verifica-se que esta apresenta um perfil irregular mas crescente, em que os mais velhos avaliam mais positivamente a sua saúde. Esta situação pode indicar que os idosos se avaliam positivamente face a expectativas e estereótipos sociais que constroem uma imagem negativa da velhice. (Paúl et al, 2001)

Em relação à Saúde Comparada verificamos que as idosas praticantes avaliaram a sua saúde mais positivamente do que as não praticantes. A actividade física e social e a capacidade para “fazer coisas” constituem um sinónimo e indicação exterior de boa saúde (Jolanki, 2004). Desta forma, se as idosas, praticantes e não praticantes, se orientaram pelos estereótipos referentes à velhice para autoavaliarem a sua saúde, provavelmente ao nível da Saúde Comparada as idosas praticantes tiveram em consideração as idosas sedentárias, as idosas acamadas e também as que apresentavam elevada deterioração cognitiva.

ATITUDES

A análise dos resultados permitiu-nos verificar que existe uma relação entre a adesão aos programas de actividade física e a Atitude face à Actividade Física. As idosas praticantes expressaram Atitudes mais positivas face à actividade física do que as idosas não praticantes. Wilcox (1996) refere que as mulheres idosas sedentárias apresentam Atitudes mais negativas sobre exercício do que as idosas activas. Courneya (1995) e Wankel (1994) indicam que Atitudes positivas face à actividade física estão geralmente associadas a níveis elevados de participação nos idosos. Estes resultados encontram-se em conformidade com diversos estudos referenciados na literatura que indicam a existência de relação entre a Atitude e a prática de Actividade Física (Lee, 1993; Wilcox, 1996; Benjamin et al, 2005).

As Atitudes e crenças sobre o exercício, nos idosos, exercem influência sobre o nível de actividade e o comportamento (Rich e Rogers, 2001), tendo um poder discriminativo entre os indivíduos que praticam Actividade Física de forma regular e os que facilmente a abandonam (Courneya, 1995).

Estudos realizados com idosos verificaram que o valor médio das atitudes dos indivíduos, em diferentes níveis de postura face à actividade física (Courneya, 1995) aumentava, respectivamente, em função do nível de predisposição para a participação em programas de actividade física.

Apesar de termos verificado que a Atitude das idosas praticantes face à Actividade Física era mais positiva do que a das idosas não praticantes, a

Atitude das idosas não praticantes era também positiva. Os resultados obtidos na escala das Atitudes encontram-se em conformidade com os resultados obtidos por Oliveira (1999), que verificou também existirem diferenças estatisticamente significativas entre participantes e não participantes. O autor verificou que os idosos apresentam, globalmente, atitudes positivas face à actividade física, parecendo estar conscientes da importância deste tipo de actividade.

A relação entre as atitudes perante comportamentos específicos, e a previsão do comportamento não é perfeita. Um indivíduo pode ter uma atitude positiva perante programas de exercício aeróbio, e mesmo assim não participar. Factores pessoais e situacionais, outras atitudes ou até mesmo outras actividades têm um impacto sistemático na relação entre atitude e comportamento (Gill, 1996).

Um estudo realizado para verificar a relação entre a dor, o nível de actividade física e as atitudes e crenças sobre o exercício, verificou que os idosos que indicavam um maior número de locais dolorosos eram os que obtinham pontuações mais baixas nas escalas de atitude e crenças sobre o exercício (Leveille et al., 2003).

O'Brien Cousins (2001) verificou que as idosas semi-activas apresentam comentários confusos e contraditórios sobre a actividade física. Se por um lado concordam que o exercício é necessário face aos problemas de saúde, por outro lado consideram que é necessário “ter saúde” para se ser activo.

Na análise dos valores obtidos nas subescalas verificamos que a subescala dos Benefícios Sociais foi a que obteve um valor mais elevado. Estes resultados estão em conformidade com os obtidos por Merrill et al. (2004) que verificaram que os indivíduos activos consideraram que a recreação e o divertimento são o que mais os motiva para a participação em programas de Actividade Física. Em conformidade com este resultado está também o estudo de Kolt et al. (2004) com mulheres idosas onde se verificou que na faixa etária com idade superior a 75 anos os Benefícios Sociais eram referidos como o maior motivo para a prática de Actividade Física.

A subescala do Exercício Vigoroso foi a que obteve a segunda classificação mais positiva. A percepção de que a Actividade Física para ser eficaz teria de ser mais intensa está em conformidade com o ACSM (1998)

que refere que os benefícios da Actividade Física são mais evidentes quando os treinos de força são realizados com intensidade, considerando inclusivamente que eles são tão seguros como os de baixa intensidade.

A subescala da Libertação da Tensão e a Subescala da Promoção da Saúde, conforme verificamos obtiveram valores próximos das duas sub-escalas referidas anteriormente, mas ligeiramente inferiores. Efectivamente as idosas parecem considerar que a Actividade Física é uma boa forma de Libertar a Tensão, o que vai de encontro aos resultados obtidos pelo Canada Fitness Survey (1983) que verificou que as mulheres apresentam uma atitude mais positiva do que os homens face à importância da Actividade Física na libertação da tensão, considerando também que o relaxamento e a redução do stress são muito importantes na prática de Actividade Física.

Em relação à subescala da Promoção da Saúde as idosas parecem não valorizarem ou desconhecerem o potencial terapêutico da Actividade Física. Os idosos consideram que na sua idade já não se devem preocupar com a prevenção das doenças ou com a sua progressão (Resnick, 2003). Campbell et al (2001) verificaram que o factor “melhorar ou manter a saúde” era referido por um reduzido nº de idosos, que não o consideravam um objectivo pessoal importante. Os idosos pareciam sentir que é demasiado tarde para fazer algo pela prevenção das doenças, estando mais preocupados com o seu estado funcional.

No que diz respeito à relação entre a frequência das sessões de Actividade Física e as Atitudes, verificamos que as idosas que têm um maior número de aulas semanais apresentam uma Atitude mais positiva face à Actividade Física. Na revisão da literatura efectuada não foram encontrados estudos que relacionassem a frequência de realização das sessões com a intensidade das Atitudes. No entanto, os resultados obtidos encontram-se em conformidade com os resultados obtidos por Chang et al (2003) e Benjamin et al (2005) que constataram que os idosos que apresentavam níveis mais reduzidos de Actividade Física, quando comparados com idosos com níveis superiores de intensidade de Actividade Física, apresentavam valores mais negativos na escala de Atitudes.

EXPECTATIVAS DE RESULTADO

O papel das Expectativas de Resultado no âmbito da Actividade Física apresenta uma grande diversidade de resultados. No entanto, as Expectativas de Resultado positivas parecem ser mais predictoras da participação nos programas de Actividade Física nos idosos do que nos adultos, e as barreiras pessoais o maior predictor de Expectativas de Resultado negativas (Williams, 2005). No âmbito do estudo realizado verificamos que, efectivamente, as idosas praticantes apresentavam Expectativas positivas sobre a prática de Actividade Física, quer ao nível dos Benefícios Mentais quer ao nível dos Benefícios Físicos.

Os estudos realizados sobre a influência da Actividade Física nos idosos a nível físico é já significativo, o que não acontece em relação ao número de investigadores que estudou a contribuição, ao nível psicológico da Actividade Física nos idosos, pelo que se procura extrapolar para os idosos as conclusões retiradas de estudos com jovens e adultos (Spirduso, 1995). Em consonância com os resultados obtidos McAuley et al (1995) verificaram que a participação em programas de actividade física estava associada a resultados ao nível psicológico mais positivos, nomeadamente nos problemas depressivos (O'Conner et al, 1993), tendo-se também constatado que os efeitos ao nível físico são ainda mais significativos em indivíduos com doenças cardiovasculares, e pulmonares (North et al., 1990) o que atesta também a relevância clínica da prescrição do exercício.

A análise dos resultados evidenciou ainda que as idosas apresentavam maiores expectativas em relação aos Benefícios Mentais do que em relação Benefícios Físicos. De acordo com estes resultados está o estudo de Merrill et al (2004) realizado com idosos praticantes onde se verificou que o factor que obteve maior classificação foi o da Saúde Mental, seguido por um valor muito próximo do factor da Auto-imagem. Os factores da Saúde Física e da Recreação surgiam também com valores muito próximos, mas bastante afastados dos valores da Saúde Mental e da Auto-imagem.

Os efeitos psicológicos da Actividade Física podem ser divididos em efeitos a curto e longo prazo. Os efeitos psicológicos a curto prazo ocorrem num período após algumas horas do exercício devido à produção de

determinadas substâncias a nível fisiológico. A longo prazo a prática de actividade física produz efeitos ao nível psicológico através de alterações funcionais e estruturais no sistema (Spirduso, 1995). O facto de o exercício provocar efeitos a curto prazo, ao nível psicológico, pode ser o motivo pelo qual as idosas atribuem maiores expectativas aos benefícios mentais do que nos físicos, uma vez que os resultados são mais imediatos. No entanto, a literatura não é consensual em relação a este aspecto, referindo que muitos dos estudos que analisaram os resultados dos benefícios da prática de Actividade Física nos idosos encontram resultados consistentes e positivos ao nível da força, da capacidade aeróbia, da flexibilidade e do equilíbrio, não se encontrando resultados tão consistentes ao nível das variáveis sociais e emocionais (Keysor et al, 2001).

Quando comparamos as Expectativas de resultado das idosas que praticavam actividade física 3 vezes por semana com as que praticavam apenas 1 vez por semana, verificamos que as Expectativas das idosas que praticavam exercício com mais frequência eram também mais elevadas. A duração de um programa de exercício, o número de dias por semana dedicada à Actividade Física e o tipo de actividade são relevantes para que haja impacto na saúde dos indivíduos (Berger e McInman, 1993). O ACSM (1998) recomenda que os idosos devem seguir um regime de pelo menos 2, mas de preferência 3 dias por semana com 2-3 sets de cada tipo exercício por sessão, para que se obtenham resultados. Face a um programa de treino adequado, os idosos apresentam ganhos ao nível muscular semelhantes aos jovens, verificando-se que um período de 3-4 meses é suficiente para que se registem alterações ao nível da força

Conforme verificamos, a questão da frequência das sessões e da sua intensidade assume particular importância, uma vez que se verificou que a adesão a um programa de Actividade Física ao fim de 6 e 18 meses de intervenção, se relacionava com os benefícios percebidos da actividade física Caserta e Gillett (1998). Desta forma, torna-se necessário consciencializar as instituições para a importância de uma frequência mínima de 2 sessões por semana, assim como adequar o mais possível as sessões à intensidade e capacidades individual de cada idoso, no sentido de evitar que os idosos abandonem a prática de Actividade Física por não obterem resultados.

7. Conclusões e Sugestões

7. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Conclusões

Descrevemos de seguida as principais conclusões retiradas do estudo sobre as diversas variáveis analisadas.

- Auto Percepção do Envelhecimento

As idosas em Lar e Centros de Dia perceberam de forma positiva o seu envelhecimento, assim como as idosas praticantes e não praticantes. A Percepção do Envelhecimento das idosas de Centro de Dia foi semelhante à das idosas em Lar, assim como a Auto Percepção do Envelhecimento das idosas praticantes foi também semelhante à das idosas não praticantes

- Avaliação Subjectiva da Saúde

As idosas em Lares e Centros de Dia fizeram uma Avaliação Subjectiva da sua Saúde positiva, assim como as idosas praticantes e não praticantes. A Avaliação Subjectiva da Saúde foi semelhante quer entre as idosas de Lar e Centro de Dia, quer entre as idosas praticantes e não praticantes.

- Atitude Face à Actividade Física

As idosas em Lar e Centro de Dia apresentaram uma Atitude positiva face à Actividade Física, assim como as idosas praticantes e não praticantes. No entanto, apesar de praticantes e não praticantes terem apresentado uma Atitude positiva face à Actividade Física a Atitude das idosas praticantes foi mais elevada, verificando-se também que as idosas que praticam Actividade Física com maior frequência apresentavam também uma Atitude mais positiva face à Actividade Física.

- Expectativas de Resultado face ao Exercício

As idosas praticantes, em Lar ou Centro de Dia, apresentaram Expectativas de Resultado positivas face à Actividade Física, verificando-se também que as idosas que praticavam Actividade Física com maior frequência apresentavam também Expectativas de Resultado mais elevadas.

O estudo das variáveis associadas à adesão a programas de Actividade Física nos idosos, tem como objectivo principal esclarecer e orientar os profissionais que trabalham nesta área, no desenvolvimento de estratégias de intervenção, principalmente junto dos idosos não praticantes.

Como verificamos, a adesão à Actividade Física não está “presa” a variáveis independentes como a idade, o nível de escolaridade, o tempo de internamento ou até mesmo o estado civil, o que limitaria bastante a intervenção, uma vez que estes factores não são passíveis de modificação.

Efectivamente as Expectativas de Resultado e a Atitude face à Actividade Física foram as variáveis que estabeleceram a diferença entre as idosas praticantes e não praticantes, tendo-se verificado também que existe uma relação entre a frequência da prática e a intensidade da Atitude e Expectativas de Resultado face à Actividade Física.

Sugestões

Pensamos que seria importante realizar um estudo semelhante a este, junto da população idosa masculina, de forma a verificar se as conclusões obtidas se verificam também junto dessa população.

Face à importância atribuída pelas idosas aos Benefícios Sociais da prática de Actividade Física, penso que seria importante realizar este estudo junto dos idosos que praticam actividades físicas individuais, assim como estudar a influência do grupo na adesão aos programas de Actividade Física.

Na vertente institucional, pensamos ser de extrema importância informar e sensibilizar os órgãos directivos das instituições, para a importância da realização de sessões de Actividade Física nas suas Instituições. Como vimos, encontraram-se diferenças significativas entre as idosas que praticavam Actividade Física uma vez por semana e as que praticavam três vezes por semana ao nível das suas Atitudes e Expectativas, referindo a literatura que se verificam também ao nível da sua capacidade funcional. É portanto necessário que as Instituições compreendam que o investimento na Actividade Física se traduz num aumento da qualidade de vida e independência funcional dos seus clientes, reduzindo também dessa forma os gastos na prestação dos diversos tipos de cuidados.

8. Bibliografia

8 BIBLIOGRAFIA

Allport, G.W. (1929). The Composition of political Attitudes. *American Journal of Sociology*, 35,220-238.

American College of Sports Medicine. (1998). ACSM position Stand on exercise and physical activity for older adults. *Medicine in Sports and Exercises*, 30, 992-1008.

Baltes, P.; Smith, J. (2003). New frontiers in the future of Aging: From Successful Aging of the young old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means, *Health Education & Behavior*, 31(2),143-164.

Bandura, A. (1997).Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice-Hall,Englewood Cliffs.

Benjamin, K.; Edwards, N.; Bharti, K. (2005). Attitudinal, Perceptual, and Normative Beliefs Influencing the Exercise Decisions of Community-Dwelling Physically Frail Seniors. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13(3), 222-230.

Bento, J. (2000). Apontamentos da janela da minha 3ª idade. III Seminário Internacional sobre Actividade Física para a 3ª Idade. Rio de Janeiro.

Benyamini, Y.; Idler, E. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995–1998. *Residential Aging*, 21, 392–401.

Benyamini, Y.; Leventhal, E.; Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62, 354-364.

Benyamini, Y.; Leventhal, E.; Leventhal, H. (1999). Self-Assessments of Health – What do people know that predicts their mortality?. *Research on aging*, 21(3), 477-500.

Berger, M. (1993). Exercise and the quality of life. In R. Singer, M. Murphey, L. Tennant (Eds.) *Handbook of research on Sport Psychology*. New York: McMillan.

- Birren, J.; Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory”, in J. Birren e K. Shaie(eds), Handbook of the psychology of aging(pp. 3-34). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Bitzan, J.; Kruzich, J.,(1990). Interpersonal relationships of nursing home residents. The Gerontologist, 30, 3 -10.
- Bogardus, E.S.(1931). Fundamentals of Social Psychology. New York: Century(Eds).
- Bortz, W. (1989). Redefining human aging. Journal of American Geriatric Society, 37(11),1092-1096.
- Brandtstadter, J. (1999). The self in action and development. In J.Brandtstadter ; R. Lerner (Eds.), Action and Self Development. Theory and Research through the life-span. Thousand Oaks: Sage.
- Casserta, M. ; Gillett, P. (1998). Older women feelings about exercise and their adherence to an aerobic regimen over the time. The Gerontologist, 38(5), 602-609.
- Campbell, P.; McAuley, D.; McCrum, E.; Evans, A. (2001). Age differences in the motivating factors for exercise. Journal of Sport and Exercise Psychology, 23, 191-199.
- Canada Fitness Survey (1983). Fitness and Lifestyle in Canada. OTTAWA
- Carron, A. (2003) The Psychology of Physical Activity, New York: Mc Graw Hill
- Carvalho, J.; Mota, J. (2002) Actividade Físico no Idoso – Justificação e prática. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras – Divisão do Desporto
- Chang, M.; Leveille, S.; Cohen-Mansfield, J.; Guralnik, J. (2003) The association of Physical-Performance level with the Attitude Toward Exercise in Older Adults. Journal of Aging and Physical Activity, 11, 254-264.
- Chao, D.; Foy, C.; Farmer, D. (2000). Exercise adherence among older adults: challenges and strategies. Control Clinical and Trials, 21, 212s-236s.
- Chodzko-Zajko, W. (1994) Assessing Physical Performance in older adult population. Journal of Aging and Physical Activity, 2, 103 – 114.
- Clark, D. (1999). Physical activity and its correlates among urban primary care patients aged 55 years or older . Journals of Gerontology, 54, 41s-48s.
- Cohen-Mansfield J.; Marx, M.; Biddison, A.; Guralnik, J. (2004). Socio-environmental exercise preferences among older adults. Preventive Medicine, 38 (6), 804-811.

Cohen-Mansfield J., Marx M., Guralnik J. (2003). Motivators and Barriers to Exercise in an older Community-Dwelling population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 242-253.

Couto, L. (2003) A actividade física no idoso – factores demográficos e psicossociais. Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências do Desporto, Universidade do Porto

Courneya, K. (1995). Understanding readiness for regular physical activity in older individuals: an application of the theory of planned behaviour. *Health Psychology*, 14, 80-87.

Connidis, I., (1989). The subjective experience of aging: correlates of divergent views. *Canadian Journal on Aging*, 8(1), 7-18.

Cumming, E; Henry, W. (1961). *Growing old*. New York : Basic Books.

Dantas, E ; Oliveira ,R. (2003). *Exercício, Maturidade e Qualidade de Vida (2ª Edição)* . Rio de Janeiro: Editora SHAPE

DGS (2004). *Direcção Geral de Saúde – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*.

DiPietro, L. (2001) Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and their relationship to health and function. *Journals of Gerontology*, 56 A, 13-22.

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

Elwards, K.; Wagner, E.; Larson, E. (1992) Factors associated with regular aerobic exercise in elderly population. *Journal of American Board Family Practice*, 5(5), 467- 474.

Elwards, K. ; Wagner, E. ; Larson, E. (1992a) Participation by sedentary elderly persons in an exercise promotion session. *Family Medicine*, 24(8), 607-612.

Emami, A. (2000) Health as Continuity and Balance in Life. *Western Journal of Nursing Research*, 22(7), 812-825

Estabrooks, P.; Carron, A. (1999). The influence of the group with elderly exercisers . *Small Group Research*, 30(4), 438-452.

Fernandez-Ballesteros, R. (1999). Protocol Adaptation Procedures. In J.Schroots, R Fernandez-Ballesteros & G. Rudinger(Eds), *Aging in Europe*. Amsterdam:IOS Press.

Ferrini R., Edelstein S.,Barrettconnor E. (1994)The Association Between Health Beliefs and Health Behavior Change in Older Adults. *Preventive Medicine* Volume 23(1), 1-5.

- Filner, B.; Williams, T. (1979). Health promotion for the elderly: Reducing functional dependency. In *Healthy people* (pp 365-379). Washington, DC: US Department of health service publication, Government Printing Office.
- Flick, U.; Fischer, C.; Neuber, A.; Schwartz, F.; Walter, U. (2003). Health in the Contexto f Growing Old: Social Representations of Health, *Journal of Health Psychology*, 8(5) 539-556.
- Fonseca, A.M. (2005), *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Fry, P. (1989). Preconceptions of vulnerability and control in old age: a critical reconstruction. In P. Fry (Ed), *Psychological Perspectives of helplessness and Control in the Elderly* (pp 1-39) North-Holland : Elsevier Science Publishers
- Gass, C.; Gass, M. (2004). Is exercise the “Wonder drug” for older individuals?. *European Review of Aging and Physical Activity*, 1, 4-17.
- Gill, D. (1986). *Psychological Dynamics of Sport*. Champaign, Illinois : Human Kinetics Publishers
- Howley, E.; Powers, S. (2000). *Fisiologia do Exercício*. 3ª Edição (1ª edição-2000), S.P. Brasil: Manole.
- INE (2002). Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográfico*, 185 -209.
- Jolanki, O. (2004). Moral Argumentation in talk about health and old age. *health: an interdisciplinary journal of social study of health. Illness and Medicine*, 8(4), 483-503.
- Kennie, D. (1984). Health maintenance of the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32, 316-323.
- Keyser, J.; Jette, A. (2001). Have we Oversold the Benefits of Late-life Exercise? *Journal of Gerontology* , 56 A, 412-423.
- Kirkwood, T. (1988). The nature and causes of ageing. *Research and ageing population*, Ciba Foundation Symposium, 134, John Wiley & Sons, Chichester.
- Kolt, G.; Driver, R.; Giles, L. (2004). Why older Australians participate in Exercise and Sport. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 185-198.
- Kuhlen, R (1959). Aging and life-adjustment, in J. Birren (ed.), *Handbook of Aging and the individual*, Chicago: University of Chicago Press.

- Kulhl, J.(1986). Aging and models of control: the hidden costs of a wisdom. In M. Baltes e P.Baltes(Eds), *The Psychology of Control and Aging* (pp1-34). Hillsdale :LEA
- Lassey, W. (2001). *Quality of life for older people*. New Jersey: Prentice Hall.
- Lawton, M.(1975).The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lee, C. (1993)._Attitudes, knowledge, and stages of change: A survey of exercise patterns in older Australian women. *Health Psychology*,12(6), 476-480.
- Leveille, S.; Cohen-Mansfield,J.; Guralnih,J.(2003). The impact of chronic musculoskeletal pain on exercise attitudes, self-efficacy, and physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 275-283.
- Leventhal, E. (2000). Aging Women, getting older, getting better?. In Manuck, S.; Jennings, R.; Rabin, B.(Eds) *Behavior, Health and Aging* (pp. 27-42), USA: Lawrence Erbaum Associats, Publishers.
- Leventhal, E. (1994). Gender and Ageing: Women and their Aging. In D. M.Reddy e V.J.Adesso, Flemming(Eds), *Psychological perspectives on women's health* (pp11-35). New York: Hemisphere Publishing.
- Leventhal, H.; Diefenbach, M.; Leventhal, E. (1992). Illness Cognition: Using the common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy Research*, 16, 143-163.
- Levy, B.; Myers, L. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625-629.
- Levy, B.; Slade, M.; kasl, S. (2002). Longitudinal Benefit of Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *Journal of Gerontology* 57B, 407-409.
- Lucas, J. ; Orshan, S. ; Cook, F. (2000). Determinants of health-promoting behaviour among women ages 65 and above living in the community. *School Inquiry of Nursing Practice*, 14(1), 77-100.
- Machado, H.(2003). Os idosos a actividade física, a auto-estima física, a satisfação com a vida e as expectativas face ao exercício. Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências do Desporto, Universidade do Porto.
- Marks, G.; Lutgendorf, S.(1999). Perceived Health Competence and Personality Factors differentially Predict Health Behaviors in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 221-239.
- Matsudo, S. (1997). Envelhecimento e Actividade Física. In: Faria Junior, *Actividades Físicas para a Terceira Idade*. Brasília: SESI – DN.

McAuley, E.; Bane, S. ;Rudolf, D.; Lox , L. (1995).Physique anxiety and exercise in middle-aged adults. *Journal of Gerontology*, 5, 229-235.

McMurdo M.; Rennie L. (1993). A Controlled trial of exercise by residents of old people's homes. *Age and Aging*, 22, 11-15.

McPherson,B (1994). Sociocultural perspectives on aging and physical activity. *Journal of Aging and Physical activity*, 2, 329-353.

Merrill,R. ; Shields, E. ; Wood, A.; Beck, R. (2004). Outcome expectations that motivate physical activity among world senior games participants. *Perceptual and motor skills*, 99 (3),1277-1289.

Mota, J. (2002). Envelhecimento e Exercício – Atividade Física e Qualidade de Vida na Ppopulação Idosa. In: Barbanti, V; Amadio, A; Bento, J.; Marques, A. (Eds.), *Esporte e Atividade Física – Interação entre Rendimento e Saúde*(pp. 183-194). Editora Manole.

Nigg C.; English, C.; Owens, N.; Burbank, P. (2002). Health correlates of exercise behavior and stage of change in a Community-based intervention for the elderly : a pilot study. *Health Promotion Praticice*, 3 (3), 421-428.

North, C.; McCullagh, P.; Tranz, Z.(1990). Effect of Exercise on Depression. In: K. Pandolf;J. Hollooszy(Eds) *Exercise and Sport Sciences reviews* (vol18) (pp379-415). Baltimore: Williams e Wilkins.

Novo, R. (2003). Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Coimbra,:Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e Tecnologia.

O' Connor, P; Bryant, X.; Veltri, E. (1993). State anxiety and ambulatory blood pressure following resistance exercise in females. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 27, 550-555.

O'Brien Cousins, S. (1998). Exercise, aging and health: Overcoming barriers to an active old age. Brunner/Mazel, Filadelfia.

O'Brien Cousins, S. (2000). "My heart couldn't take it ": older woman's beliefs about exercise benefits and risks. *Journal of Gerontology*, 55B(5) , 283-294

O'Brien Cousins, S.(2001). Thinking out loud: What older adults say about triggers for physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 347-363.

O'Brien Cousins, S.; Gillis, M. (2004). "Just do it... before you talk yourself out of it": The self-talk of adults thinking about physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(3), 313 – 334.

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

O'Neill, K., Reid, G. (1991), Perceived barriers to physical activity by older adults. *Canadian Journal of Public Health*, 82, 392-396.

Observatório de Idosos e Grandes Dependentes (2005) *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*. União das Misericórdias Portuguesas.

Oliveira, S.; Duarte, A.(1999). *As Atitudes dos Idosos face à Actividade Física*. In Mota,J.; Carvalho, J.(Eds) *Actas do Seminário – A qualidade de vida no idoso: O papel da Actividade Física* (pp210-217). Porto:

Owen, N.; Leslie, E.; Salmon, J.; Fotheringham, M.(2000). Environmental determinants of physical activity and sedentary behaviour. *Exercise and Sport Science Reviews*, 28, 153-158.

Papalia, D.; Olds, S. (1992). *Human Development* (5ª Ed.) Nova Iorque: McGraw-Hill.

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

Paúl, C.; Fonseca, A.; Cerejo, A; Fernando, C. (2001). *Excelsa – Estudo Piloto sobre Envelhecimento Humano em Portugal*. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 415-426.

Paúl, C; Fonseca, A.; Cerejo, A; Fernando, C.; Valença, A.(1999). *The European Survey on Aging Protocol (ESAP) – Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento – Manual (Versão Portuguesa)*.

Paúl, M. (1997). «Lá para o fim da vida» *Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, M.C. (1996). *Psicologia dos Idosos. O Envelhecimento em Meios Urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

Paúl, M. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.

Pennebaker, J. (1983). Accuracy of symptom perception. In: Baun, S.; Taylor, J. (Eds) *Handbook of psychology and Health* (4). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.

Pinto, A. (2001). *Envelhecimento: das Teorias à Fisiopatologia*. In Pinto, A.; *Envelhecer Vivendo*, (pp 11-29). Coimbra: Quarteto Editora.

Resnick, B. (2002). The impact of Self-efficacy and Outcome Expectations on Functional Status in Older Adults. *Topics of Geriatrics Rehabilitation*,17(4),1-10.

- Resnick, B. (2001). A Prediction Model of Aerobic Exercise in Older Adults Living in a Continuing-care Retirement Community. *Journal of Aging and Health*, 13 (2), 287-310.
- Resnick B.; Zimmerman, S.; Orwig, D.; Furstenber, A.; Magaziner, J., (2000). Outcome Expectations for Exercise Scale Utility and Psychometrics. *Journals of Gerontology*, 55B, 352s-356s.
- Resnick, B. (1999). Motivation to perform activities of daily living in the institutionalized older adults: can a leopard change its spots?. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 792-799.
- Rich, S. ; Rogers M. (2001). Stage of exercise model and attitudes toward exercise in older adults. *Perceptual and Motor Skills*, 93(1), 141-144
- Robert, L. (1994). *O Envelhecimento*. Lisboa: Edição Instituto Piaget,
- Rosenbloom, C.; Whittington, F. (1993). The effects of bereavement on eating behaviours and nutrient intakes in elderly widowed persons. *Journal of Gerontology*, 48, 223s-229s.
- Rydwik, E.; Kerstin, F.; Akner, G. (2004). Physical training in institutionalized elderly people with multiple diagnoses – a controlled pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 13-23.
- Salovey, P.; Rothman, A.; Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Schoenborn, C., Barnes, P. (2002). *Leisure-time physical activity among adults: United States, 1977-1998. Advance data from vital and health statistics (35)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Schone, B.S., Weinick, R.M. (1998). Health related behaviours and the benefits of marriage for elderly persons. *The European Review of Aging and Physical Activity*, 1, 4-17.
- Schutzer, K.; Graves, D. (2004) Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine*, 39(5), 1056-1061.
- Seligman, M., (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman.
- Shephard, R. (1997). *Aging, Physical Activity and Health*. USA: Human Kinetics publishers.
- Sohng, K.; Sohng, S.; Yeom, H. (2002). Health-promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. *Public Health Nursing*, 19(4), 294-300.

Spiriduso, W.; Cronin, D.(2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine & Science in Sport and Exercise*, 33 (6) 598s-608s.

Spiriduso, W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Illinois: Human Kinetics Publishers.

Spiriduso, W. (1994). *Physical Activity and Aging: Retrospections and Visions for the Future*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2, 233-242.

Suarez-Almazor (2001). Lack of congruence in the ratings of patients' health status by patients and their physicians. *Medicine Decision Making*, 21, 113-121.

Terry, P.; Biddle, S.; Chatzisarantis, 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, 111-125.

Vertinsky, P. (2001). *Physical activity and Aging (2)*. United Kingdom: Meyer and Meyer Sport.

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

Walter, U.; Schwartz, F. (2002). *Altern:Beitrage der Deutschen public health forschung*. In U. Flick (Ed), *Innovation durch new public health* (pp 179-192). Gottingen: Hogrefe

Wilcox, S.; King A.,(2004).The effects of life events and interpersonal loss on exercise adherence in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 117-130.

Wilcox, S.; Storandt, M.(1996). Relations among age, exercise and psychological variables in a community sample of women. *Health Psychology*, 15(2),110-113.

Williams, D. (2005).A Review of the Outcome Expectancy Construct in Physical Activity Research. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(1), 70-79

Williamson, G. (1992). Pain, activity restriction and symptoms of depression among a community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology*, 47B,367-372.

Wolf, E. (1997). *Self Psychology and the aging self throughout the life curve*. *Annual Psychoanalysis*, 25, 201-215.

WHO(2002)*Active Ageing – A policy framework*. Geneva International Network on Aging.

WHO (1986). Office of Research, Promotion and Development. Research on Ageing: Research of a subcommittee of the ACHR. Geneva.

Anexos

Questionário

Idade ____ Profissão _____ Escol. _____ Tempo de inter. ____ Est civil _____

1 – Auto- percepção do envelhecimento (Lawton, 1975)

- a)As coisas pioram á medida que envelhece sim não
b)Tem tanta energia como no ano passado sim não
c)Á medida que envelhece torna-se menos útil sim não
d)É tão feliz agora como quando era nova sim não
e)Á medida que envelhece, as coisas são
 Melhores, que pensava que elas seriam.
 Iguais, que pensava que elas seriam.
 Piores que pensava que elas seriam.

2 – Auto- Avaliação da Saúde (Fernandez- Ballesteros,1999)

2.1 Em geral considera que a sua saúde é :

1. Muito Boa ____; 2. Boa ____; 3.Aceitável ____; 4. Fraca ____; 5. Muito fraca ____;

2.2 Comparando-se com a maioria das mulheres da sua idade, como se acha em termos de saúde

1. Muito melhor ____; 2. Um pouco melhor ____; 3.Mais ou menos na mesma____;
4. Um pouco pior ____; 5. Muito pior ____

3 - Expectativas de Resultado sobre o Exercício (Resnick , 2000)

	1. Concordo completa mente	2. Concordo	3. Não concordo nem discordo	4. Discordo	5. . Discordo completa mente
Faz-me sentir melhor fisicamente					
Melhora a minha disposição geral					
Ajuda a sentir-me menos cansado					
Fortalece os meus músculos					
É uma actividade que eu gosto de fazer					
- Proporciona-me a sensação de realização pessoal					
Torna-me mais activo mentalmente					
Melhora a minha resistência para realizar as minhas actividades da vida diária					
Ajuda-me a fortalecer os ossos					

4 – Atitude face ao Exercício (Terry et al., 1997)

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3 – Não concordo nem discordo	4- Concordo	5- Concordo totalmente
1 – Praticar exercício com pessoas da mesma idade é bom para conviver					
2- O exercício físico praticado de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.					
3- O exercício ajuda a libertar emoções e ansiedade					
4- A actividade física quando realizada em grupo é divertida					
5- O exercício físico praticado regularmente é bom para a saúde					
6- O desenvolvimento da capacidade física leva á descontração do indivíduo					
7- O exercício físico é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde geral					
8- Participar em actividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres					
9- O exercício físico diário é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa					
10- A actividade física é de certa forma um remédio excelente para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa.					
11- O exercício físico faz bem ao corpo humano					
12- A actividade física descontra o indivíduo que pratica					
13 – A actividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor					
14 – O exercício físico é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa.					