

 **Universidade do Porto**

Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física

A Actividade Física no Idoso

Estudo da Influência de Factores Demográficos e
Psicossociais

**Luciano António Arteiro do
Couto**

Porto, Novembro de 2003

M



UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA

A ACTIVIDADE FÍSICA NO IDOSO
Estudo da influência de factores demográficos e psicossociais

Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências do Desporto, Área de especialização em Actividade Física para a Terceira Idade, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição

Orientador : Prof. Doutor Amândio Braga dos Santos Graça

Luciano António Arteiro do Couto

Porto 2003

Couto, L. A.; Graça, A. (2003). A ACTIVIDADE FÍSICA NO IDOSO. Estudo da influência de factores demográficos e psicossociais. Dissertação apresentada para provas de Mestrado no ramo de Ciências do Desporto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação, Edição do autor.

Palavras-chave: ACTIVIDADE FÍSICA, EXPECTATIVA DE AUTO-EFICÁCIA, ATITUDE, SUPORTE SOCIAL, IDOSO.

À memória de minha mãe

Agradecimentos

Depois de concluído este estudo quero expressar o meu sincero agradecimento a todos os que pelo incentivo, interesse, colaboração, amizade, conhecimento, apoio e preocupação tornaram possível a concretização desta dissertação. Em particular:

Ao Professor Doutor Amândio Graça pela orientação no trabalho, mas sobretudo pelos incentivos, disponibilidade, competência e segurança transmitidos.

Ao Professor Doutor Jorge Mota pela ajuda e incentivo ao longo do trabalho.

Ao Carlos Januário e ao Luís Ferreira pelo apoio e colaboração, assim como pela amizade demonstrada.

Aos meus colegas da Escola Secundária da Boa Nova, que colaboraram de forma desinteressada sempre que lhes solicitei apoio.

Aos responsáveis pelas instituições participantes pela colaboração e facilidades concedidas para a recolha dos dados.

Aos idosos que amavelmente se disponibilizaram para responder aos questionários.

À minha família pelo carinho dispensado.

Ao Luciano e Francisco, por terem sabido brincar um com o outro, à minha espera.

À Mariana, por estares sempre presente.

ÍNDICE GERAL

Folha de Rosto	I
Ficha de Catalogação	II
Dedicatória	III
Agradecimentos	V
Índice Geral	VI
Índice de Quadros	X
Listagem de Abreviaturas e Símbolos	XIII
Resumo	XV
Abstract	XVII
Résumé	XIX
I – Introdução	21
1 – Introdução	23
2 – Justificação do estudo	26
3 – Estrutura do Estudo	27
II – Revisão da literatura	29
1 – Actividade Física	31
1.1 – Definição de Conceitos Relacionados com a Actividade Física	32
1.2 – Benefícios da Actividade Física	34
1.3 – Características da Actividade física	36
1.4 – Medição da Actividade Física	37
2 – Expectativas de Auto-eficácia	38
2.1 – Conceito de Auto-Eficácia	38
2.2 – Estrutura das Expectativas de auto-Eficácia	40
2.3 – Como se mede a Expectativa de Auto-Eficácia	42
3 – Atitude	44

3.1 – Conceito de Atitude	45
3.2 – Formação das Atitudes	47
3.3 – Funções das Atitudes	48
3.4 – Medição das Atitudes	50
4 – Suporte Social	52
4.1 – Conceito de Suporte Social	52
4.2 – As Fontes, os Componentes, as Dimensões, as Formas	54
4.3 – Os benefícios do Suporte Social	55
4.4 – Medição do Suporte Social	58
III – Objectivos e Hipóteses	59
1 – Objectivo Geral	61
2 – Objectivos Específicos	61
3 – Hipóteses	62
IV – Material e Métodos	65
1 – Caracterização da amostra	67
2 – Instrumentário	69
2.1 – Descrição dos Instrumentos	69
2.1.1 – Avaliação da Actividade Física	69
2.1.2 – Expectativas de Resultado	70
2.1.3 – Expectativas de Auto-eficácia	72
2.1.4 – Atitude dos Idosos Face à Actividade Física	73
2.1.5 – Suporte social	73
2.2 – Validação dos instrumentos	74
2.3 – Procedimentos de Administração	77
2.4 – Procedimento Estatístico	77
V – Resultados	79
1 – Análise de Resultados	81

5.1 – Consistência Interna	81
5.2 – Actividade Física Habitual	82
5.2.1 – Actividade Física Habitual por Sexo	82
5.2.2 – Actividade Física Habitual por Estado Civil	82
5.2.3 – Actividade Física Habitual por Agregado Familiar	83
5.2.4 – Actividade Física Habitual por Idade	84
5.2.5 – Actividade Física Habitual por Nível de Escolaridade	85
5.2.6 – Actividade Física Habitual por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física	86
5.3 – Expectativas de Auto-Eficácia	87
5.3.1 – Expectativas de Auto-Eficácia por Sexo	87
5.3.2 – Expectativas de Auto-Eficácia por Estado Civil	88
5.3.3 – Expectativas de Auto-Eficácia por Agregado Familiar	89
5.3.4 – Expectativas de Auto-Eficácia por Idade	89
5.3.5 – Expectativas de Auto-Eficácia por Nível de Escolaridade	90
5.3.6 – Expectativas de Auto-Eficácia por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física	91
5.4 – Atitude	92
5.4.1 – Atitude por Sexo	92
5.4.2 – Atitude por Estado Civil	93
5.4.3 – Atitude por Agregado Familiar	94
5.4.4 – Atitude por Idade	94
5.4.5 – Atitude por Nível de Escolaridade	95
5.4.6 – Atitude por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física	96
5.5 – Suporte Social	97
5.5.1 – Suporte Social por Sexo	97
5.5.2 – Suporte Social Estado Civil	98
5.5.3 – Suporte Social por Agregado Familiar	99
5.5.4 – Suporte Social por Idade	99
5.5.5 – Suporte Social por Nível de Escolaridade	100

5.5.6 – Suporte Social por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física	101
5.6 – Estudo das Correlações Entre as Variáveis da Actividade Física e as Variáveis Psicossociais	103
5.6.1 – Correlação entre a Actividade Doméstica e as variáveis psicossociais	103
5.6.2 – Correlação entre a Actividade desportiva e as Variáveis Psicossociais	104
5.6.3 – Correlação entre a Actividade Tempo livre e as Variáveis Psicossociais	105
5.6.4 – Correlação entre a Actividade Física Total e as Variáveis Psicossociais	105
VI – Discussão dos Resultados	107
6.1 – Discussão dos resultados	109
6.1.1 - Comparação por Sexo	109
6.1.2 - Comparação por Diferente Estado civil	113
6.1.3 - Comparação Entre Diferentes Agregados Familiares	115
6.1.4 - Comparação Entre grupos de Idade	117
6.1.5 - Comparação por Nível de Escolaridade	121
6.1.6 - Comparação por Envolvimento em Programa de Actividade Física .	124
6.2 – Correlações entre as componentes da actividade física e as variáveis psicológicas e sociais	126
6.2.1 – Correlação entre a ACT DOM e as variáveis psicológicas e sociais .	126
6.2.2 – Correlação entre a ACT DESP e as variáveis psicológicas e sociais	127
6.2.3 – Correlação entre a ACT TL e as variáveis psicológicas e sociais ...	128
6.2.4 – Correlação entre a ACT FIS TOT e as variáveis psicológicas e sociais	131
VII – Conclusões	135
VIII – Bibliografia	141
Anexos	148

Quadro 4.1 – Distribuição da idade (média e desvio-padrão) por categoria, idade mínima, idade máxima, em cada variável.	68
Quadro 5.1 – Alfa de Cronbach obtido em cada escala.	81
Quadro 5.2 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, AST FIS TOT, distribuídos por sexo ($M \pm DP$), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística t e valor de p	82
Quadro 5.3 - ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, AST FIS TOT, distribuídos por estado civil ($M \pm DP$), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística f e valor de p	83
Quadro 5.4 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, AST FIS TOT, distribuídos por agregado ($M \pm DP$), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística f e valor de p	83
Quadro 5.5 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, AST FIS TOT, distribuídos por grupos de idade ($M \pm DP$), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística f e valor de p	84
Quadro 5.6 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, AST FIS TOT, distribuídos por nível de escolaridade ($M \pm DP$), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística t e valor de p	85
Quadro 5.7 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, AST FIS TOT, distribuídos por grupos de envolvimento em programas de actividade física organizados ($M \pm DP$), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística t e valor de p	86
Quadro 5.8 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p , das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupos de sexo.....	87
Quadro 5.9 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p , das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupos estado civil.....	88
Quadro 5.10 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p , das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por agregado familiar	89

Quadro 5.11 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupos de idade.....	90
Quadro 5.12 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por nível de escolaridade.....	91
Quadro 5.13 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupos de envolvimento ou não em programas de actividade física organizados	91
Quadro 5.14 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, para cada grupo de sexo, nas sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.....	92
Quadro 5.15 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, para cada estado civil, em cada uma das sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.....	93
Quadro 5.16 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, para cada tipo de agregado, em cada uma das sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.....	94
Quadro 5.17 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, para cada grupo de idade, em cada uma das sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.....	95
Quadro 5.18 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, para cada nível de escolaridade, nas sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.....	95
Quadro 5.19 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, da atitude, distribuídos por grupo de envolvimento ou não em programas de actividade física organizados.....	96
Quadro 5.20 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, para os sujeitos masculinos e femininos.....	97

-
- Quadro 5.21** – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, para os sujeitos casados, solteiros/divorciados e viúvos..... 98
- Quadro 5.22** – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, por agregado familiar..... 99
- Quadro 5.23** – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, por grupo de idade..... 100
- Quadro 5.24** – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, por nível de escolaridade..... 100
- Quadro 5.25** – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p, por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, distribuídos por grupo de envolvimento ou não em programas de actividade física organizada..... 101
- Quadro 5.26** – matriz de correlação entre as variáveis da actividade física ACT DOM, ACT DESP, ACT TL e ACT FIS TOT com as variáveis psicológicas expectativas de auto-eficácia, expectativas de resultado para benefícios físicos e benefícios psicológicos, as sub-escalas da atitude libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais e o suporte social recebido da família, as recompensas/punições e o suporte social recebido dos amigos..... 103

Lista de Abreviaturas e Siglas mais utilizadas

AF – Actividade Física

METs – Equivalente Metabólico

ACT DOM – Actividade Doméstica

ACT DESP – Actividade Desportiva

ACT TL – Actividade Tempo Livre

ACT FIS TOT – Actividade Física Total

Resumo

O presente estudo teve como objectivo fundamental verificar a variação da quantidade de actividade física realizada por um grupo de adultos idosos, as expectativas de auto-eficácia e de resultado, as atitudes e o suporte social recebido face ao exercício, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física organizado.

A amostra foi constituída por 199 sujeitos de ambos os sexos, pertencentes a várias Instituições com diferentes valências, quer de lar, quer de centro de dia, com idades compreendidas entre os 50 e 90 anos, 104 são do sexo masculinos e 95 do sexo feminino.

Os instrumentos utilizados foram, para medir a actividade física habitual, o questionário de Baecke modificado, relativo aos índices de actividade doméstica, desportiva, de tempos livres e actividade física total; para sabermos como avaliavam a prática do exercício físico utilizamos o "Outcomes Expectations for Exercise Scale"; para sabermos qual o grau de confiança para praticar exercício físico utilizamos um questionário de auto-eficácia; para conhecermos qual a atitude face à actividade física, utilizamos o "Older Person' Attitudes Physical Activity and Exercise Questionnaire" e para avaliarmos a quantidade de suporte social fornecido aos idosos pelas pessoas que lhes são mais próximas utilizamos a versão reduzida da "Social Support and Eating Habits Survey and Social Support and Exercise Survey".

Os procedimentos estatísticos utilizados foram o T-Teste de medidas independentes, o One Way ANOVA e o coeficiente de correlação de Pearson. Os principais resultados obtidos foram os seguintes: (i) São as mulheres, casadas ou que vivem sozinhas, entre os 50 e 64 anos de idade que realizam significativamente mais actividade doméstica; (ii) Os residentes em lar que se deixam envolver em programa de actividade física organizado são aqueles que praticam significativamente mais actividade desportiva; (iii) Os homens residentes em lar que se envolvem em programa de actividade física organizado são aqueles que praticam significativamente mais actividade desportiva; (iv) Os solteiros/divorciados, os que residem em lar e os que estão envolvidos em programas de actividade física organizado são os que realizam significativamente mais actividade física total; (v) Os sujeitos que vivem sozinhos, os que possuem mais que a 4ª classe mostraram significativamente maior confiança para realizar actividade física; (vi) Os sujeitos casados, os não envolvidos em programa de actividade física organizado são os que significativamente mais acreditam nos benefícios físicos, ao passo que as mulheres e os que vivem sozinhos acreditam significativamente mais nos benefícios psicológicos da prática do exercício físico. (vii) Os sujeitos manifestam globalmente uma atitude positiva face ao exercício, verificando-se diferença significativa apenas no grupo com menos escolaridade que acredita mais nos benefícios sociais proporcionados pela prática do exercício físico; (viii) Os sujeitos que vivem com a família, os que têm menos de 65 anos, os que têm mais do que a 4ª classe e os que não estão envolvidos em programas organizados de actividade física são os que significativamente recebem mais suporte social dos familiares, enquanto aqueles que participam em programas de actividade física organizada recebem mais suporte social dos amigos. (ix) O aumento da actividade doméstica produz um pequeno aumento na confiança para a prática do exercício, uma ligeira quebra nos níveis de ansiedade e tensão, assim com um pequeno aumento no suporte social fornecido pela família; (x) O aumento das actividades desportivas torna os sujeitos igualmente mais confiantes e faz aumentar o suporte social fornecido pelos amigos; (xi) Participando em mais actividades de tempos livres faz aumentar a crença nos benefícios físicos proporcionados pela prática do exercício físico, assim como aumenta o suporte social fornecido pelos amigos; (xii) Aqueles que realizam mais actividade física total acreditam mais nos benefícios proporcionados pela prática assim como recebem mais suporte social tanto da família como dos amigos.

PALAVRAS-CHAVE: ACTIVIDADE FÍSICA, EXPECTATIVA DE AUTO-EFICÁCIA, ATITUDE, SUPORTE SOCIAL, IDOSO.

Abstract

The following study aims to verify the variation of quantity in the physical activity done by a group of elderly people, the expectations of self-efficacy and result, the attitudes and the social support received through exercise, and according to gender, marital status, family components, age, level of studies, and involvement in a program of organized physical activity.

The sample has been constituted by 199 subjects of both gender, belonging to several institutions with different values, homes, or day centers, between the ages of 50 and 90, 104 are males and 95 are females.

Several instruments strategies have been used: to measure the usual physical activity, the questionnaire of Baecke, changed, related to the levels of housework, sports activity, free time, and total physical activity; to know how the practice of physical exercise has been evaluated, we used "Outcomes Expectations for Exercise Scale"; we know the level of trust to practice exercise, we used a questionnaire of self-efficacy; to know the attitude towards physical activity, we used "Older Person's Attitudes Physical Activity and Questionnaire"; to evaluate the quantity of social support given to elderly people by close people, we used the short version of social support and eating Habits Survey and social support and exercise survey.)

T-Teste of independent measures and One Way Anova, and the person's coefficient of correlation have been the statistical procedures used.

The main results are the following: (i) married women or women who live alone, between the ages of 50 and 64, are those who perform more housework activities; (ii) people who live in homes and participate in a program of organized physical activity are those who practice more sports activities; (iii) men who live in homes and participate in a program of organized physical activity are those who practice more sports activities; (iv) single or divorced people, who live in homes and are involved in programs of organized physical activity are those who perform more total physical activity; (v) subjects who live alone and who have finished the 4th form, have shown much more trust to perform physical activity; (vi) married subjects and not involved in programs of organized physical activity, are those who believe the most in the physical benefits, while women who live alone significantly believe in the psychological benefits of the practice of physical exercise; (vii) in a general way, subjects show a positive attitude towards exercise, and we can only see a significant difference in the group with less school who believes more in the social benefits provided by the practice of physical exercise; (viii) subjects, who live with their family, under 65, with more than the 4th form and who are not involved in a programs of organized physical activity receive more social support from friends; (ix) the increase of housework activity produces a slight increase in the confidence to practice physical exercise, a slight decrease in the levels of anxiety and stress, as well as a slight increase in the social support provided by the family; (x) the increase of sports activities makes subjects equally more confident increasing the social support given by friends; (xi) there is an increase in the belief of the physical benefits provided by the practice of physical exercise, when participating in more free time activities, as well as an increase of the social support given by friends; (xii) those who perform more total physical activity believe in the benefits given by the practice, getting at the same time more social support not only from the family but also from their friends.

KEY-WORDS: PHYSICAL ACTIVITY, SELF-EFFICACY EXPECTATION, ATTITUDE, SOCIAL SUPPORT, ELDERLY.

Résumé

La présente étude a eu comme objectif fondamental de vérifier la variation d'activité physique pratiquée par un groupe d'adultes âgés ; les attentes de leur propre efficacité et résultats, bien comme les attitudes et le soutien reçu face à l'exercice. D'autre part encore, en fonction du sexe, de l'état civil, de l'agrégat familial, de l'âge, du niveau de scolarité et de l'engagement dans un programme d'activité physique organisé.

L'étude en question a été faite avec un groupe de 199 individus des deux sexes, provenant de diverses institutions aux valeurs différentes: soit de foyers soit de centres d'occupation. L'âge de ceux-ci se situe entre les 50 et les 90 ans ; 104 sont du sexe masculin et 95 du sexe féminin.

Les instruments utilisés ont été: pour mesurer l'activité physique habituelle, le questionnaire de Baecke adapté, pour ce qui est des indices d'activité ménagère, sportive, des temps libres et d'activité physique totale ; pour savoir comment ils évaluaient la pratique de l'activité physique, nous avons utilisé le " Outcomes Expectations for Exercise Scale" ; pour savoir le degré de confiance en soi afin de pratiquer de l'exercice, nous avons utilisé un questionnaire sur la propre efficacité ; pour connaître l'attitude face à l'activité physique, nous avons utilisé le "Older Person's Attitudes physical Activity and Exercise Questionnaire " et pour évaluer la quantité de soutien qui leur est fourni par ceux qui leur sont les plus proches, nous avons utilisé la version réduite du "Social Support and Eating Habits Survey and Social Support and Exercise Survey".

L'analyse statistique a été faite grâce au T-Test de mesure indépendantes, le One Way ANOVA et le coefficient de corrélation de Pearson.

Les principaux résultats obtenus ont été les suivants: **(i)** ce sont les femmes, mariées ou qui vivent seules, entre 50 et 64 ans qui réalisent de façon significative le plus d'activité ménagère; **(ii)** les résidents dans un foyer qui se laissent engager dans un programme d'activité physique organisé sont ceux qui pratiquent de façon significative le plus d'activité sportive; **(iii)** les hommes qui résidents dans des foyers qui se laissent engager dans les programmes, sont ceux qui pratiquent de façon significative le plus d'activité sportive; **(iv)** les célibataires/divorcés qui résident dans un foyer et sont engagés dans des programmes organisés sont ceux qui réalisent de façon significative le plus d'activité physique au total; **(v)** les individus qui vivent seuls et qui ont seulement conclu l'enseignement primaire ont démontré de façon significative une plus grande confiance en soi pour réaliser une activité physique; **(vi)** les individus mariés, non engagés dans un programme organisé sont ceux qui, de façon plus significative croient aux bénéfices de l'activité physique, alors que les femmes qui vivent seules croient de façon plus significative aux bénéfices psychologiques de l'activité physique; **(vii)** les individus manifestant globalement une attitude positive face à l'exercice, toutefois, le groupe constitué par les éléments moins scolarisés croient plus aux bénéfices sociaux proportionnés par l'activité physique; **(viii)** les individus qui vivent avec leur famille, avec moins de 65 ans, qui ont des études supérieures à la primaire mais qui ne sont pas engagés dans des programmes organisés, sont ceux qui bénéficient le plus du soutien familial. Alors que ceux qui participent dans des programmes organisés reçoivent ce même soutien de la part des amis; **(ix)** la croissance de l'activité ménagère augmente un peu plus la confiance en soi relativement à la pratique de l'exercice, diminue un peu aussi les niveaux d'anxiété et de tension, bien comme elle augmente un peu le soutien fourni par la famille; **(x)** la croissance des activités sportives rend également les individus plus confiants et fait augmenter le soutien des amis; **(xi)** participer à plusieurs activités durant les temps libres fait en sorte que les individus croient aux bénéfices physiques proportionnés par la pratique des activités physiques, de la même forme qu'elle augmente le soutien des amis; **(xii)** ceux qui réalisent le plus d'activité physique au total, croient plus aux bénéfices proportionnés par la pratique de celle-ci de la même forme qu'ils reçoivent plus de soutien aussi bien de la part de la famille comme des amis.

PAROLES-CLÉ: ACTIVITÉ PHYSIQUE, EXPECTATIVES DE LEUR PROPRE EFFICACITÉ, ATTITUDES, SOUTIEN SOCIAUX, ÂGÉS.

I - INTRODUÇÃO

1.1 – Introdução

Hoje em dia, assistimos a dois fenómenos que, pela sua influência social, marcam o final do séc. xx, que são o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população.

O primeiro relaciona-se com progressos realizados ao nível do diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, que fazem diminuir a mortalidade e consequentemente fazem aumentar o número de indivíduos que chegam a idades avançadas; também a evolução das condições económicas, traduzida numa melhoria ao nível da alimentação, das condições higiénicas, da educação e, de uma maneira geral, das condições de vida e do trabalho, facilita o aumento do número de anos de vida, que, segundo Carrageta e Pádua (1993), é mais evidente, particularmente, nos idosos com mais de 80 anos.

O envelhecimento da população é provocado pelo fenómeno anterior, mas também, e principalmente, pela redução da taxa de natalidade, provocando uma inversão na pirâmide de idade. Deste modo as populações vêem-se confrontadas com um problema novo que é saber lidar com o envelhecimento para que este aconteça da forma mais saudável e mais activa possível.

O conceito de envelhecimento expressa-se, segundo Spirduso (1995), pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade. Este facto fez com que o objectivo principal dos gerontologistas fosse a descoberta de formas de atrasar ou reduzir o aparecimento das causas de debilidade física (Rikli e Jones, 1999). Entender o processo de envelhecimento é importante, não apenas para determinar a etiologia associada aos processos degenerativos que lhe estão associados, mas fundamentalmente para conhecer e desenvolver estratégias que diminuam os efeitos do envelhecimento de maneira a garantir a vivência do final do ciclo de vida de uma forma autónoma e qualitativamente positiva (Carvalho e Mota, 2000).

As causas que provocam o declínio físico, à medida que envelhecemos, são múltiplas: vão desde o envelhecimento biológico, passando pelas doenças, até aos níveis muito baixos de actividade física provocados por estilos de vida muito sedentários (ACSM, 1998). A pesquisa na área da saúde sugere que o funcionamento cognitivo é influenciado negativamente pelas doenças, com maior prevalência nos idosos (Whitfield e Wiggins, 2003).

Perante esta realidade, a Organização Mundial de Saúde destaca a importância da actividade física como forma de prevenir a doença e manter o bem-estar da população em idades avançadas, uma vez que, se forem tomadas medidas atempadamente, é possível atrasar o declínio e até mesmo revertê-lo (Gill et al., 1996; Guralnik et al., 1995; Jackson et al., 1995; Lawrence e Jette, 1996; Morey et al., 1998)

Neste contexto, a actividade física reveste-se, cada vez mais, de uma maior importância para a conservação, a restituição e a melhoria da saúde no ser humano .

O segmento da população com mais de 65 anos tem sido aquele que mais tem crescido em todo o mundo (Brassington et al., 2002), justificando-se, por esse facto, um aumento dos estudos com idosos (Terry et al., 1997).

Por exemplo, nos EUA prevê-se que a população acima dos 65 anos crescerá 63% até 2020 (Departamento de Census dos EUA, 1996). Também na Inglaterra e no País de Gales, o número de pessoas com idades entre os 75 – 84 anos aumentou 16% durante o período entre 1981/1989, enquanto o número de pessoas acima dos 85 anos aumentou 39%, taxas de crescimento estas com tendência para se manterem (Departamento de Saúde, 1991, ver em Terry, et al., 1997).

Entre nós verifica-se igual tendência, isto é, de acordo com Nunes (1999), já em 1981 os portugueses com 65 anos ou mais de idade representavam cerca de 11,5% da população total, e previsivelmente passarão a ser 17,6% em 2010 (Mota, 1999).

Segundo as previsões da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), no ano 2025, a esperança média de vida à nascença atingirá os 80 anos, para cidadãos de 26 países, elevando-se até aos 82 em países como a Itália, Islândia, Japão e Suécia. A este propósito, Bento (1999), referindo dados da ONU, acrescenta que o número de idosos ultrapassará, já em 2000, nos países mais desenvolvidos, o número dos jovens, e que antes de 2050 este facto será visível em todo o mundo, justificando-se deste modo para o século XXI o epíteto de "século do idoso".

Os benefícios da actividade física para a saúde estão agora bem documentados (Terry et al., 1997). A participação em programas de actividade física é reconhecida como um dos comportamentos mais importantes da saúde, associados com a prevenção das doenças crónicas e da promoção da saúde e do bem estar dos idosos (Brassington et al. 2002). Pode também minimizar o declínio fisiológico, que é uma consequência inevitável do envelhecimento biológico (Roger e Evans, 1993).

Sabe-se hoje que a realização de exercício e o envolvimento em actividades físicas habituais pode ter efeitos benéficos ao nível físico e psicológico (Terry et al., 1997). Além disso, ainda não se encontrou limite de idade para obter estes benefícios (Fiatarone, 1994). No entanto, uma parte substancial da população permanece inactiva (Brassington et al. 2002). É também sabido que a maioria das pessoas, nos EUA, não realiza actividade física regular (Paffenbarger, 1988). Estimou-se que a adesão a programas estruturados de exercício físico era de cerca de 50%, nos primeiros 6 a 12 meses de participação (Dishman e Buckworth, 1996).

Tendo em conta que, para muitos adultos, um envelhecimento bem sucedido, caracterizado por uma diminuição funcional mínima, é um objectivo a alcançar, torna-se importante compreender quais os factores que influenciam a adesão à actividade física, no sentido de apontar as intervenções mais apropriadas.

1.2 - Justificação do estudo

Apesar dos benefícios proporcionados pela actividade física estarem hoje bem documentados (Bouchard et al., 1994), aquilo que verificamos é que a maioria dos adultos dos países desenvolvidos não realiza actividade física (Rhodes et al., 1999). Resultados de estudos realizados no Canadá e EUA, citados por Stephens e Jacobs (1985), indicam que 40% da população adulta é sedentária, enquanto que outros 40%, apesar de realizarem actividade física, fazem-no a intensidade e com frequência de tal maneira baixas que são incapazes de extrair qualquer benefícios para a saúde.

Um facto a ter em conta é que cerca de 50% das pessoas que iniciam um programa de exercício desistem passados 6 a 12 meses (Dishman, 1995). O mesmo autor acrescenta que são, precisamente, aqueles que mais benefícios poderiam tirar da actividade os que mais rapidamente desistem.

Outro dado relevante da pesquisa é o facto de se verificar uma diminuição da actividade física com a idade (Stephens e Caspersen, 1994). Este facto é mais acentuado nas mulheres (Rhodes et al., 1999).

As questões inerentes à prática e não prática da Actividade Física levantaram em nós inquietações que procuramos investigar.

Para lá das obrigações académicas, razões profissionais e sentimentos de insatisfação com o desconhecimento das causas da reduzida adesão à Actividade Física fizeram com que partíssemos para esta "viagem" à procura de respostas que fornecessem algum conforto a estas nossas inquietações, que se operacionalizam nas seguintes tarefas:

- 1º - estimar a quantidade de actividade física diária tanto nos homens como nas mulheres idosas;
- 2º - saber quais são as expectativas de resultado face à participação e envolvimento em actividades físicas.
- 3º - avaliar o grau de auto-eficácia na realização de actividade física;

4º - conhecer a atitude manifestada por cada um dos grupos masculino e feminino face à actividade física;

3º - verificar qual a influência do suporte social na participação em actividades físicas ;

A pesquisa recente não pára de acrescentar evidência ao reconhecimento dos benefícios da prática de actividade física. Não deixa, portanto, de ser intrigante a constatação de que a participação em actividades regulares não faz parte dos hábitos quotidianos das pessoas.

Decorre daqui a necessidade de sabermos que processos deverão ser utilizados para promover a adopção de estilos de vida mais activos e quais as razões que fazem com que as pessoas não adiram aos programas de actividade física.

1.3 - Estrutura do estudo

A estruturação a que obedece este trabalho visa dar resposta à compreensão e organização dos objectivos e questões nele formuladas e que passamos a apresentar :

Capítulo I – Aborda o problema justificando a sua pertinência, num cenário introdutório, onde são apontadas razões para o estudo. Descreve os objectivos do trabalho.

Capítulo II – Constitui o corpo do trabalho, nele apresentando as determinantes do comportamento que foram estudadas, as suas relações com a actividade física, a sua influência na determinação da adesão e avaliação.

Capítulo III – Faz a sistematização dos objectivos gerais e específicos do trabalho, assim como as hipóteses formuladas.

Capítulo IV – Descreve as opções metodológicas utilizadas, as questões amostrais e os processos estatísticos.

Capítulo V – Contém a apresentação dos resultados,

Capítulo VI – Discute e compara os resultados com outros.

Capítulo VII – Apresenta as principais conclusões do estudo, apontando algumas recomendações.

Capítulo VIII – Indica a bibliografia consultada.

Fazem parte ainda deste trabalho os documentos remetidos para anexos que são :

- questionário de Baecke modificado;
- questionário de expectativa de resultado;
- questionário de expectativa de auto-eficácia;
- questionário de atitude;
- questionário de suporte social;
- tabela de códigos para o questionário de Baecke modificado.

II – REVISÃO DA LITERATURA

A adesão ao exercício apresenta-se como um campo vastíssimo de estudo, onde pontificam numerosos estudos para identificar os factores relacionados com a participação regular no exercício (Oman e King, 2000). No entanto, poucos são os trabalhos publicados relacionados com a população pertencente à faixa etária dos ≥ 65 anos (Brassington et al., 2002). Reconhecendo os benefícios da prática regular do exercício físico para a população mais idosa, a importância de se conhecerem os factores que influenciam a participação dessa população na actividade física reside na possibilidade de melhorar a eficácia das intervenções, os tipos de oferta e actividades (Rhodes et al. 1999).

Sallis e Owens (1998), ao fazerem uma revisão de cerca de 300 estudos sobre a adesão ao exercício, identificaram cerca de 40 variáveis que podem influenciar a participação na actividade física nos adultos. Alguns constructos identificados pelas teorias sócio-cognitivas, relacionadas com o exercício regular em idosos, como a atitude face ao exercício, a auto-eficácia, as expectativas de resultado e o suporte social, são algumas das variáveis que podem fornecer informação complementar acerca da disponibilidade dos idosos para participarem nos exercícios (Rhodes et al. 1999), e que vamos explicitar em seguida.

2.1 - Actividade Física

A sociedade está a tomar-se cada vez mais sedentária e esse facto, por si só, já justifica o aumento de preocupação por parte das entidades competentes em inverter tal tendência.

A evolução tecnológica, a par do nível e da qualidade de vida das pessoas em geral, tem provocado mudanças ao nível social, nem sempre aproveitadas da melhor maneira na ocupação do tempo livre.

Nos dias de hoje, face aos avanços tecnológicos, deparamo-nos com níveis muito baixos de actividade física (Montoye et al., 1996), confirmados por dados

estatísticos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (1996), que indicam que menos de 15% dos idosos realizam exercício físico nas quantidades recomendadas, quando uma das formas pelas quais os idosos podem aumentar a quantidade de actividade física é através, por exemplo, da realização de tarefas como jardinagem, subir escadas, caminhar, transportar as compras.

Se levarmos em linha de conta que o número de idosos com mais de 85 anos é a faixa etária com tendência para aumentar, toma-se decisivo o papel da actividade física, uma vez que é a partir dos 80 anos, de acordo com Shepard (1997), que a involução, em termos de força e resistência, se acentua, dificultando a capacidade de realização das tarefas do quotidiano e arrastando o idoso para um estilo de vida pouco activo.

Dishman e Sallis (1994) classificam as barreiras à participação do idoso na actividade física, em três categorias: as pessoais, como por exemplo as doenças, falta de tempo, falta de motivação, não ter companhia, o custo; as ambientais, como os acessos às instalações, o clima, a insegurança; e as relacionadas especificamente com o exercício, como o desconforto provocado pelo cansaço, o medo de se magoar, o tipo de actividade não ser do agrado.

2.1.1 – Definição de Conceitos Relacionados com a Actividade Física

Frequentemente na área de Educação Física, há conceitos que se confundem ou são utilizados indevidamente, por não serem bem determinadas as suas definições. De acordo com Caspersen et al. (1985), por actividade física entende-se qualquer movimento corporal, voluntário, produzido pela musculatura esquelética donde resulte gasto energético acima dos níveis de repouso.

Gasto energético é a resultante da actividade física; varia consoante a duração e a intensidade dos exercícios, o que faz também variar os efeitos fisiológicos (Polls, 1996; Montoye et al. 1996). A actividade pode ser realizada em

períodos curtos e com grande intensidade ou períodos longos e moderada ou ligeira intensidade; pode ser composta por um ou vários exercícios físicos. Esta actividade terá efeitos fisiológicos diferenciados, conforme os níveis de intensidade. Sallis e Owen (1998) consideram três níveis de intensidade, a saber:

- leves, com gastos até 3 METs, realizadas em períodos de tempo longos e que exigem muito pouco esforço (abaixo de 60% da frequência cardíaca máxima), como por exemplo andar e hidroginástica;
- moderadas, com gastos entre 3 a 6 METs, exigem um pouco mais de esforço (entre os 60 e 80% da frequência cardíaca máxima), como, por exemplo, caminhada com passo ligeiro, andar de bicicleta, algumas actividades domésticas e jardinagem;
- vigorosa, com gastos superiores a 7 METs, exigem um grande esforço físico (acima de 80% da frequência cardíaca máxima), como a corrida, jogos desportivos.

Para o gasto energético total contribuem o metabolismo basal (50% a 70%), o efeito térmico dos alimentos (7% a 10%) e a actividade física (18% a 30%) (Montoye et al., 1996). Destes devemos destacar, por serem mais susceptíveis de variação, as actividades físicas que resultam das actividades do dia-a-dia como tomar banho, ir às compras, cozinhar, arrumar a casa, subir escadas, as actividades desportivas, as actividades de ocupação dos tempos livres ou actividades ocupacionais (trabalho).

Daqui resulta, desde já, que a quantidade de energia gasta ou consumida pela actividade física é maior nos indivíduos mais activos (Caspersen et al., 1985).

Exercício físico é um conceito que, embora se relacione com a actividade física, deve ser entendido como uma expressão de realização de actividade física, caracterizado por ter uma estrutura, ser pensado e planeado e poder ser repetido com o objectivo de melhorar ou manter os níveis de aptidão física (Caspersen et al., 1985).

Por Aptidão Física entende-se o conjunto de características possuídas ou adquiridas por um indivíduo e que estão relacionadas com a capacidade de realizar actividade física (Caspersen et al., 1985).

2.1.2 – Benefícios da Actividade Física

Vários são os autores e trabalhos publicados que sustentam o impacto positivo da AF, quando toma a forma de exercício aeróbio, na redução da mortalidade (Blair et al., 1989; Paffenbarger et al., 1995) e da incidência de várias doenças crónicas, como sejam as cardiovasculares (Powell et al., 1987), a diabetes não insulino-dependente (Helmrich et al., 1991), determinados tipos de cancros (Lee et al., 1991), assim como factores de doença crónicos, tais como a hipertensão (Tipton, 1991), perfil lipídico (Haskell, 1996), sensibilidade à insulina e tolerância à glicose (Ivy, 1987), função imunitária (Nehlsen-Cannarella et al., 1991) e depressão (O'connor et al., 1993)

Segundo Laporte et al. (1984), é através do estilo de vida que se poderão obter benefícios para a saúde, independentemente de o indivíduo estar fisicamente apto ou diminuído. Estudos realizados por Donahue et al. (1988), Leon et al. (1987) indicam que a realização de AF a níveis moderados e baixos protege contra as doenças cardiovasculares, assim como reduz o risco das causas de morte em geral (Blair et al., 1989; Kaplan et al., 1987; Paffenbarger et al., 1993; Pakowski e Mor, 1992), especialmente nas populações mais idosas.

Acreditando nestas evidências, aos idosos só caberia adoptar um estilo de vida activo, traduzido num dia-a-dia com actividades susceptíveis de gasto energético, como ir às compras com os amigos, actividades recreativas, tarefas domésticas (Blair, 1991; Blair Kohl e Gordon, 1992; Gordon, Kohl e Blair, 1993; Mota, 1999).

No dizer de Shepard (1990), a prática do exercício regular pode reduzir a idade biológica em cerca de 10 a 20 anos, o que corresponderia, sem dúvida, a um aumento da qualidade de vida do idoso, na medida em que a sua dependência física não se instalaria. Deste modo, o envelhecimento, que é um complexo processo de interacção entre vários factores como os hereditários, estilo de vida, doenças crónicas, pode ser alterado, beneficiando o idoso de um envelhecimento saudável (Mazzeo et al., 1998).

Outras evidências têm sido demonstradas em estudos realizados por diferentes autores, que se referem aos benefícios fisiológicos da adopção de estilos de vida activos, como a diminuição do risco de quedas e fractura de anca (Buchner et al., 1997; Campbell et al., 1997; Joakimsen et al., 1997; Province et al., 1995; Slemenda, 1997), diminuição do avanço da atrofia muscular esquelética (Graffmans et al., 1999) e a consequente diminuição da força muscular associada também à idade (Jette et al., 1999; Rantanen et al., 1997; Tracy et al., 1999).

As vantagens do exercício físico não se ficam apenas pelas melhorias dos factores da aptidão física, mas também se estendem aos contactos sociais (Shepard, 1990).

Estudos recentes realizados com indivíduos de 65 anos de idade ou mais, verificaram a existência de uma correlação significativa entre níveis aumentados de AF e aumento da esperança de vida, quer em homens quer em mulheres fumadores e não fumadores (Ferrucci et al., 1999), redução do número de anos de incapacidade antes da morte (Leveille et al., 1999) e diminuição dos riscos de perda de mobilidade (La Croix et al., 1993).

Consequentemente, a iniciação e a manutenção regular do exercício físico é um importante objectivo de promoção da saúde, crucial em retardar o início ou reduzir a incidência ou severidade de muitas doenças crónicas (Bij et al. 2002).

2.1.3 – Características da Actividade Física

Frequentemente AF é dimensionada à duração, intensidade e frequência do exercício, existindo um quarto parâmetro, normalmente subestimado, constituído pelos aspectos do envolvimento, como sejam a temperatura, humidade (ambiente físico), disposição, disponibilidade (ambiente emocional e psicológico) que pode alterar os efeitos da actividade (Montoye et al., 1996).

As características da AF que atraem os idosos são as de mais curta duração e baixa intensidade (DiPietro et al., 1993; Folsom et al, 1985; Walhburn et al., 1990).

O nível recomendado de actividade física para adultos é a acumulação de 30 minutos ou mais, realizada a uma intensidade moderada (por exemplo “andar vivo”) durante 5 ou mais dias da semana (Pate et al., 1995), ou 20 a 60 minutos de intensidade vigorosa (por exemplo corrida), pelo menos durante 3 dias por semana (ACSM, 1990). No entanto Marcus et al. (2000), verificou que as intervenções que procuram promover mudanças no comportamento através de intensidade mais baixa têm mais sucesso.

Embora sendo importante, uma área menos estudada diz respeito à pesquisa acerca dos exercícios e actividades mais adequados para os diferentes grupos que podemos encontrar, como juntá-los para que as condições de realização seja a mais rentável (Jones e Rikli, 2000).

Num estudo de meta-análise realizada a 127 estudos para verificar a eficácia da intervenção no aumento da actividade física, Dishman e Buckworth (1996) concluíram que os efeitos da intervenção aumentavam, quando: induzia alteração de comportamentos; era aplicada a grupos; as idades eram combinadas; os indivíduos eram aparentemente saudáveis; realizavam lazer activo; eram de baixa intensidade;

2.1.4 – Medição da Actividade Física

Para Jones e Rikli (2000), dado a AF assumir-se como o principal meio de prevenção do declínio funcional nos últimos anos de vida, são necessários métodos de avaliação válidos e fiáveis.

A medição da AF faz-se geralmente usando métodos laboratoriais ou métodos de terreno.

Os primeiros são geralmente considerados mais precisos (Montoye et al., 1996; Polls, 1996), mas menos apropriados para o tipo de estudos que se realizam em ciências sociais; os segundos, dos quais existem inúmeros para abranger a panóplia de populações-alvo e objectivos (suplemento de MSSE, 1997; Montoye et al., 1996), onde se inclui o questionário de Baecke modificado, método adoptado por nós, são geralmente mais fáceis de aplicar, de custos mais baixos e tendem a ser não reactivos (Sallis e Owen, 1999).

Os questionários têm sido frequentemente utilizados em estudos epidemiológicos, envolvendo grandes grupos populacionais, permitindo classificar os sujeitos de acordo com o nível de actividade relatado.

Apesar de poderem ser preenchidos por consulta pelo telefone ou pelo envio do correio, na sua aplicação a idosos deve ser utilizada a forma de entrevista directa.

O tamanho e complexidade das questões do questionário faz variar o tempo de administração. Este não deve ser muito alongado, embora a opção por questionários muito reduzidos possa resultar em falta de informação (Montoye et al., 1996).

Segundo Pereira et al. (1998), são os questionários que se referem a intervalos temporais longos (por exemplo de um ano), aqueles que parecem espelhar os padrões de actividade física dos sujeitos do estudo. Existem outros que inquiram sobre as 24 horas passadas, dias, semanas ou períodos do ano.

2.2 - EXPECTATIVAS DE AUTO-EFICÁCIA

A partir do momento em que se reconheceu que as variáveis cognitivas e sociais eram determinantes na iniciação e manutenção da mudança de comportamento favorável à saúde, elas passaram a ser objecto de estudo na área da saúde. De acordo com a teoria das expectativas de auto-eficácia, a adesão ao exercício é determinada, em parte, pela auto-confiança de uma pessoa em poder, com sucesso, realizar uma acção (isto é, expectativas de auto-eficácia) e em consequência conseguir resultados desejáveis (isto é, resultados de expectativas/realizações) (Brassington, 2002).

Num artigo publicado na revista *Psychological Review*, intitulado "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change", Bandura (1977) apresenta a teoria que relaciona as crenças cognitivas e o rendimento dos indivíduos e apresenta hipóteses para a detecção dessa relação.

Designada na literatura por teoria da auto-eficácia, faz parte de outra mais abrangente, a teoria Sociocognitiva, mas tem sido considerada isoladamente em estudos que relacionem a actividade física e a saúde (Biddle, 1997), e também se tem revelado útil na compreensão dos comportamentos dos indivíduos nesses contextos (McAuley, 1992).

2.2.1 – Conceito de Auto-Eficácia

De acordo com Bandura (1986), auto-eficácia refere-se aos "julgamentos dos indivíduos acerca das suas capacidades para organizarem e executarem os planos de acção requeridos para a obtenção de determinado tipo de rendimentos" (p.391). O autor fez, no entanto, um alerta, dizendo que a auto-eficácia "está relacionada não com as capacidades que cada um tem, mas sim com os julgamentos que ele faz sobre o que é possível fazer com as capacidades que

possui” (p.391). Ou seja, é a crença do indivíduo nas suas potencialidades para executar as acções necessárias para satisfazer as solicitações que a situação colocar e que, teoricamente, vai influenciar as actividades que os indivíduos escolhem para participar; o esforço despendido em tais actividades e o grau de persistência demonstrado em caso de insucesso ou estímulo adverso. A auto-eficácia ajuda a explicar e a compreender melhor o comportamento das pessoas: uma pessoa realiza uma conduta e observa os resultados.

Segundo o autor, a iniciação e a manutenção de uma conduta é influenciada fundamentalmente por duas variáveis. Uma delas é a expectativa que cada um tem de obter determinado resultado (expectativas de resultado). No momento de realizar ou não um comportamento, o indivíduo vai ter em linha de conta os incentivos ou benefícios que resultarão da realização desse comportamento. Este é um ponto importante, ou seja, deve-se sempre apresentar os benefícios ou ganhos para o indivíduo e não só as perdas que evitará. A outra é a auto-eficácia, entendida como a percepção que cada um tem da sua própria capacidade de realizar ou não determinada acção. Não só é importante pensar que, se realizar um comportamento vai obter benefícios, mas que também, e quase mais determinante, é que a própria pessoa acredite, ou não, ser capaz de a realizar.

De acordo com o princípio do determinismo recíproco (interacção entre factores cognitivos, comportamentais e situacionais), a percepção de eficácia influencia o comportamento que, por sua vez, depois de ajustado, vai exercer poder sobre a percepção de eficácia, levando o indivíduo a fazer também um ajustamento nas suas expectativas. Parece portanto evidente que a aprendizagem social suporta uma aproximação entre a mudança de comportamento, no geral, e o poder preditivo da teoria da auto-eficácia, em particular (Garcia e King, 1991).

As expectativas de auto-eficácia desempenham um papel fundamental no processo de auto-regulação dos comportamentos na medida em que assumem um papel mediador entre as reacções dos indivíduos perante os acontecimentos que se lhes deparam. Em face das exigências de determinada tarefa, cada

indivíduo contrapõe as suas capacidades, cabendo aqui um exercício mental de conseguir estabelecer uma correspondência entre aquilo que eram os objectivos que pretendia alcançar e os resultados conseguidos, e perante isso, reformular as suas expectativas quanto às possibilidades de alcançar os resultados pretendidos.

De acordo com a teoria de auto-eficácia (Bandura, 1977), existem dois tipos de expectativas :

- expectativas de auto-eficácia (são as crenças dos indivíduos acerca das suas potencialidades para executar um comportamento específico);
- expectativas de resultado (são a crença de que, se se realizar um comportamento específico, este conduzirá ao resultado desejado).

Expectativa de resultado pode ser aquilo que o indivíduo percebe serem os benefícios do exercício (isto é, aumento da força muscular, perda de peso, vida mais longa, sentimento geral de bem estar) (Resnick et al. 2000).

Embora sejam importantes, as expectativas de resultado não garantem que os indivíduos se empenhem na realização de determinada tarefa por forma a conseguirem os resultados esperados, ao contrário das expectativas de auto-eficácia. Quer isto dizer que a teoria de Bandura dá ênfase à importância das expectativas que os indivíduos possuem relativamente às suas capacidades em obter determinado resultado.

Devemos no entanto acrescentar que pode acontecer também que determinado indivíduo pode demonstrar elevadas expectativas de eficácia relativamente a uma qualquer actividade e, apesar disso, não a realizar, apenas porque a sua expectativa de resultado é diminuta.

2.2.2 – Estrutura das Expectativas de Auto-Eficácia

A estrutura das expectativas de auto-eficácia é construída a partir de informações obtidas de quatro fontes (Fonseca, 1999): realizações pessoais de

desempenho; experiências vicariantes; persuasão verbal; e estado de activação fisiológica.

- realizações de desempenho: a maneira como as realizações são percebidas pelo próprio têm uma influência decisiva nas suas expectativas de auto-eficácia. Em termos sociais, a discriminação, o racismo, os preconceitos podem também exercer influência. Esta pode ser negativa ou positiva, de acordo com o próprio indivíduo e com a forma como ele consegue superar as barreiras que lhe vão aparecendo.
- experiências vicariantes: esta é adquirida fundamentalmente pela observação e interpretação que pode depois ser utilizada em novas situações. Quando os modelos são pobres ou limitados, quer seja pelo género, cultura ou classe social, a aprendizagem também fica limitada.
- persuasão verbal: a opinião que temos de nós próprios é muitas vezes influenciada por opiniões que outras pessoas nos transmitem. Em muitos casos, embora sem ser esse o desejo, é a própria família que limita e reduz a expectativa de auto-eficácia do indivíduo, ao emitir determinadas opiniões que vão de encontro aos próprios interesses.
- estado físico-afectivo: o stress e a ansiedade influenciam negativamente a auto-eficácia assim como as expectativas de realização e resultado. Consequentemente a diminuição do stress e ansiedade têm um impacto positivo sobre a auto-eficácia e facilita uma aprendizagem mais segura.

Os estudos realizados no âmbito das expectativas de auto-eficácia e da forma de a aumentar revelam que ambos os tipos de expectativa de eficácia desempenham um papel influente na adopção e manutenção de comportamentos específicos nos idosos (McAuley, Shaffer e Rudolph, 1995; Resnick, 1998; Resnick, Palmer, Jenkins e Spellbring, 2000; Sharpe e McConnell, 1992).

No caso do exercício, é completamente seguro que a auto-eficácia é uma determinante consistente na adopção do exercício e na sua manutenção a longo prazo (por exemplo King et al., 1992; McAuley, Courneya, Rudolph e Lox, 1994).

McAuley et al. (1994) foram capazes de demonstrar que uma intervenção baseada na eficácia resulta no aumento da adesão à actividade física em adultos de meia idade sedentários.

Fazendo uma análise da relação que existe entre as expectativas de auto-eficácia e os resultados obtidos pelos idosos em diferentes estudos realizados, verificamos que aquela tem demonstrado uma associação à participação no exercício (Garcia e King, 1991). Foi verificado que a auto-eficácia funciona melhor em conjunto com as mudanças gerais no estilo de vida (Schwarzer e Renner, 2000). Talvez de maior importância possa ser o efeito indirecto da auto-eficácia no comportamento face ao exercício através da intervenção, salientando os aspectos em que intervém. Isto é, o realce da eficácia conduz ao aumento das alterações positivas e à diminuição das alterações negativas associadas à participação no exercício, podendo também resultar em reduções do abandono e nas faltas às sessões do exercício (McAuley et al., 1999).

Relativamente ao papel mediador da auto-eficácia no relacionamento entre factores biomédicos e a qualidade de vida, Bandura (1997) referiu que as limitações funcionais podem ser comandadas mais pela percepção da potencialidade do que pelo grau de diminuição física real. Isto porque uma elevada auto-eficácia promove a determinação das estratégias mais úteis para o exercício, o que por sua vez pode diminuir a inabilidade funcional (Kohler, 2002).

2.2.3 – Como se Mede a Expectativa de Auto-Eficácia

A forma defendida por Bandura (1977) para avaliar a relação entre expectativas de auto-eficácia incide numa micro-análise da congruência entre a auto-eficácia e o rendimento ao nível das tarefas individuais, que, segundo o autor, é o índice mais preciso dessa relação.

A utilização desta medida far-se-ia em cada uma das três dimensões da auto-eficácia: magnitude, força e generalidade (Fonseca, 1999):

- a magnitude está relacionada com a quantidade de tarefas que o indivíduo pode realizar para conseguir atingir as metas desejadas, ou com um rendimento obtido pelos indivíduos; a estes é-lhes pedido que assinalem, numa listagem composta por tarefas com graus de dificuldade distintos, aquelas que eles acham serem capazes de realizar.

- a força diz respeito ao grande sucesso com que cada indivíduo presume conseguir alcançar os valores de rendimento a que se propôs, assim como à convicção acerca da sua capacidade para o êxito, normalmente registadas em escalas de 100 pontos, divididas em parcelas de 10, para cada uma das perguntas. O valor resultante do somatório dos pontos obtidos a dividir pelo número de itens corresponde à força da auto-eficácia.

- a generalidade corresponde ao maior ou menor número de territórios em que os indivíduos se achem com competência. Aqui é pedido aos indivíduos que assinalem numa lista onde estão indicadas tarefas novas, mas de complexidade idêntica a outras familiares, qual a sua confiança para realizá-las com êxito.

2.3 - ATITUDE

Entender a actividade física como parte integrante da actividade social humana é perceber que ela resulta da vontade de participação no exercício físico e que este é fundamental para um estilo de vida saudável no idoso. Remete-nos este ponto para uma vertente muito expressiva do comportamento humano: o estudo das atitudes.

Pela sua importância no estudo do comportamento humano, o conceito de atitude tem ocupado um ponto de destaque e indispensável na Psicologia social. A riqueza da sua significação torna-o um conceito que pretende ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos (Vala e Monteiro, 1997). A atitude tal como é definida por Thomas e Alaphilippe (1983) é um conceito utilizado para designar um estado mental de predisposição para agir de uma certa forma, quando a situação implica a presença real ou simbólica do objecto da atitude. Segundo estes autores, o conceito de atitude foi talvez o primeiro a dar identidade à psicologia social, pois permitiu identificar o posicionamento de um indivíduo específico face à realidade social.

O estudo das atitudes leva-nos a uma resposta típica simples, pois a atitude é considerada como fundamental para influenciar o comportamento, uma atitude positiva face ao exercício pode ser a determinante preliminar de um estilo de vida fisicamente activo (Terry, 1996).

Ao considerar-se a ligação das atitudes com o relacionamento social, entendemos que, por exemplo, quando conhecemos uma pessoa e estabelecemos um diálogo, o discurso efectuado aborda temas e perspectivas que nos podem provocar aproximação ou afastamento no relacionamento; é frequente aproximarmo-nos daqueles que têm atitudes semelhantes às nossas (Byrne, 1971) e evitamos aqueles que têm atitudes diferentes (Rosebann, 1986), pois fazemos categorizações dos outros através e de acordo com as atitudes que expressam, ou por outras que lhe estão associadas (Hymes, 1986). As atitudes não só influenciam o comportamento e outras atitudes mas

determinam como processamos a informação a respeito do objecto da atitude (ver Pratkanis, 1989). Considera-se, assim, que as atitudes são centrais à nossa vida social e a sua construção parece ser uma ligação importante intermédia entre a informação social que nós percebemos do nosso meio ambiente e as respostas que damos; podem determinar, em grande extensão, como reagimos aos estímulos sociais, a nós próprios, ao que sentimos, pensamos e agimos relativamente a estes estímulos. Assim, é importante promover a actividade física para todos os idosos, através das Instituições de apoio à terceira idade, proporcionando-lhes a prática de actividade física e fomentando deste modo uma melhoria da sua qualidade de vida (Oliveira e Duarte, 1999).

Globalmente, ao expressarmos a nossa própria atitude, transparecemos e afirmamos a nossa própria identidade; envolvemo-nos com os outros e expomo-nos às tentativas incontáveis de mudar ou reforçar as nossas atitudes por uma comunicação pessoal pelos meios de comunicação (mass media), em particular pela muito actual InterNet. Este processo pode levar a que as atitudes individuais passem para o domínio da opinião pública, adquirindo, assim, as atitudes, um estatuto determinante para o cenário social, político e cultural de uma sociedade.

Atitudes positivas face ao exercício estão geralmente associadas significativamente à adesão mais elevada a um programa de exercícios (Chang et al. 2003).

2.3.1 – Conceito de Atitude

Poderemos dizer que qualquer atitude representa uma resposta avaliativa em relação a um objecto; é uma avaliação sumária de um objecto do pensamento.

Allport (1947) introduziu a definição clássica da atitude como “um estado mental e neural de prontidão, organizado com as experiências, exercendo uma influência directa ou dinâmica em cima da resposta do indivíduo a todos os

objectos e situações com que está relacionada” (p.805). As atitudes são dirigidas para objectos da atitude, tais como grupos de pessoas, objectos, ou ideias. Assim se uma pessoa tiver uma atitude positiva para a aptidão física, o comportamento deve reflectir esta atitude (Gill, D., 1986).

O conceito de atitude proposto por Gleitman (1986) define-se como sendo uma posição mental estável, assumida com respeito a uma ideia, objecto ou pessoa. Resulta de uma combinação de crenças, sentimentos e avaliações, acompanhada de predisposição para agir em conformidade com a mesma (Oliveira e Duarte, 1999). O objecto da atitude pode ser qualquer coisa que uma pessoa discrimina ou guarda na mente; pode ser concreto, abstracto, coisa inanimada, pessoa ou grupo.

As atitudes podem abranger respostas afectivas, comportamentais ou cognitivas, separadas ou combinadas, não sendo necessário que todas estejam sempre representadas.

De acordo com Terry (1997), uma atitude é tipicamente definida em termos de uma avaliação geral do objecto de atitude, mas pode também expressar-se em termos de várias opiniões, emoções e comportamentos (Petty et al., 1994). A perspectiva adoptada por Terry (1997) focalizou-se na componente cognitiva da atitude (Rosenberg e Hovland, 1960) que identifica opiniões e crenças a respeito da actividade física e do exercício, ou seja, assume uma definição unidirecional como avaliação sumária.

Considerando-se a concepção das atitudes, questiona-se presentemente se as avaliações têm que ser estáveis sobre um período de tempo mais longo e se têm que ser armazenadas na memória a longo prazo, para poderem ser qualificadas como atitudes. Esta definição é congruente com outras perspectivas lançadas por outros investigadores (por exemplo Eagly e Chaiken, 1993).

Por outro lado, existem definições de atitude que a caracteriza como resistente aos conceitos que são armazenados na memória, podendo estes serem recuperados conforme necessário (Allport, 1935; Petty et al., 1994).

Outras definições propõem a ideia de atitude como construção provisória em que os indivíduos constroem julgamentos avaliativos que não são necessários na altura (Tesser, 1978; Tourangeau e Rasinski, 1988). Esta perspectiva denomina-se de modelo das “atitudes como construções”, não havendo recuperação de nenhuma atitude previamente armazenada na memória de uma pessoa; no entanto, provocam um julgamento avaliativo de acordo com a informação que têm da situação.

Assim, e em jeito de conclusão, ambas as perspectivas anteriores podem ser aceites, considerando que uma demonstra que tem uma duração temporal limitada mas estável, e outra relaciona atitudes diferentes em função do contexto, da situação e das pessoas intervenientes.

2.3.2 – Formação das Atitudes

Um indivíduo que nasce e cresce numa sociedade com determinados valores e princípios adquire características, fruto da aprendizagem social, que ele exterioriza em forma de atitudes. Esta interacção entre o indivíduo e o meio proporciona-lhe uma vivência que cada um revela através das atitudes (Duarte, 1992).

De acordo com Lima (1996), na origem da formação das atitudes estão dois processos distintos:

- Um sustenta que na formação da atitude, pode estar a crença sobre determinado objecto. Ela pode ter origem numa informação obtida de forma directa (i. e. da nossa experiência pessoal), o que origina a formação de atitudes mais estáveis e duradouras, ou informação obtida de forma indirecta (i. e. da interacção com outros, como pais, amigos, comunicação social, outros).

- Outro diz que a formação das atitudes pode também ter origem num processo afectivo, ligado a experiências emocionais, que vão consolidar a atitude

relativamente a um determinado estímulo pela sua exposição repetida. Neste processo, não são as crenças relativas a determinado objecto que mudam, mas sim o sentimento do indivíduo relativamente ao objecto. A atitude social é desenvolvida e modificada em função do contacto directo (Halloran, 1967). Isto sugere que se uma pessoa mantiver uma atitude negativa para o exercício, mas for chamada a participar num programa de actividade física, as noções preconcebidas relativamente ao exercício podem mudar (Matthys e Lantz, 1998).

Entre os idosos, as atitudes para o exercício podem ser influenciadas pelas suas limitações funcionais e pelas experiências físicas anteriores (Chang et al. 2003).

2.3.3 - Funções das Atitudes

A investigação no âmbito das funções da atitude partiu do pressuposto de que para alterar uma atitude seria necessário conhecer qual a sua função. Várias foram as funções sugeridas de acordo com as situações ou correntes teóricas que as apoiavam. Assim, por exemplo, Katz (1960) sugeriu uma função “ego-defensiva” com raízes na teoria psicanalista; outros autores perceberam outras funções relacionadas com os consumidores, distinguindo as atitudes baseadas nos interesses da imagem do produto (função de apresentar favoravelmente) ou baseadas nos interesses da qualidade do produto (avaliar os aspectos utilitários do produto) (Shavitt, 1990; Snyder e DeBono 1987).

Apesar de ser necessário compreender, dentro do contexto específico, cada análise teórica, são sugeridas duas funções principais da atitude (Bohner e Wanker, 2002) :

A - Organizar o conhecimento e a abordagem ao objecto

Para Katz (1960), identificar o que é bom ou mau e categorizar o ambiente em hostil ou amigável ou dividir as atitudes em boas ou más são as funções mais óbvias e essenciais, denominando-as de “função conhecimento”. As atitudes fornecem uma estrutura de organização simples num ambiente complexo e ambíguo. Vendo assim, as atitudes representam um esquema cognitivo (Bless et al. (no prelo), citados por Bohner e Wanker, 2002). O conhecimento cumpre uma função “utilitária”, instrumental ou avaliativa.

B - Necessidades psicológicas mais necessárias.

Herek (1986) propôs uma distinção útil entre a função utilitária e a função expressiva da atitude. A primeira diz respeito à experiência agradável ou desagradável decorrente intrinsecamente do objecto da atitude; a segunda diz respeito à agradabilidade ou desagradabilidade de expressar uma atitude correspondendo esta a uma função expressiva ou simbólica.

Prentice e Carlsmith (2000) compararam atitudes a outras características dos indivíduos, afirmando que algumas atitudes podem ser centrais ao auto-conceito de um indivíduo e que, ao se exteriorizarem, afirmam os seus próprios valores centrais.

Shavitt (1989) refere-nos a função de identidade social da atitude que engloba as funções de “expressão de valor” e de “ajustamento social”. Estas atitudes servem a facilitação dos relacionamentos sociais.

São consideradas outras funções das atitudes, aquelas que se relacionam com a manutenção da auto-estima (Shavitt, 1989), com a redução do medo ou dos conflitos internos e com o modo de lidar com as ameaças a si próprio (Katz, 1960), ou então com o modo de lidar com a mortalidade (Greenberg et al., 1997).

Para entender as funções da atitude, parte-se do pressuposto de que as tentativas de persuasão necessitam de combinar diversas funções da atitude

(hipótese de funcionamento combinado), porquanto se pode verificar que atitudes idênticas correspondam a funções diferentes e a pessoas também diferentes em horas diferentes.

Reforçando a ideia de que a maioria das atitudes não servem apenas uma função (i. e. são multifuncionais), podemos referir o exemplo dado por Reeder e Pryor (2000), que referem que as reacções negativas de algumas pessoas para com os infectados com o vírus HIV podem simultaneamente ser baseados em aspectos instrumentais, tais como o evitar a transmissão ou um aspecto de expressão de valores tais como objecção à homossexualidade.

Muitos estudos encontraram suporte para a hipótese de que um apelo à mudança de atitude seria mais persuasivo se a mensagem fosse pensada para se dirigir às funções subjacentes à atitude (por exemplo DeBono e Harnish, 1988).

A pesquisa recente, embora tenha em conta as diferenças individuais no funcionamento das atitudes, lança um olhar também sobre as funções particulares e o seu relacionamento com as classes particulares de objectos da atitude: as atitudes políticas parecem corresponder mais às funções simbólicas do que ao interesse pessoal (Sears e Funk, 1990); as atitudes para alguns bens de consumo podem servir mais a função utilitária, uma vez que a atitude para outros bens, como por exemplo jóias, anéis de casamento, podem servir mais a atitude de expressão de valor (Shavitt, 1989).

2.3.4 – Medição das Atitudes

Difícil de estabelecer é o consenso acerca da forma de medir as atitudes. Enquanto uns optam por realizar uma medição que englobe os índices cognitivos, afectivos e comportamentais (por exemplo Triandis, 1977), outros dizem que estes podem ser independentes (ver Eiser, 1986, 1987). Contudo, ainda são frequentes as discussões acerca de saber se mudanças de opinião (a componente cognitiva

da atitude), sendo centrais às atitudes e possivelmente ao comportamento, conseguem mudar os padrões de actividade física (McAuley e Coumeya, 1993).

De acordo com Lima (1996), as técnicas de avaliação das atitudes estão agrupadas em três classes: as escalas de atitudes, as medidas corporais e as medidas comportamentais.

Iremos usar escalas de atitudes do tipo Lickert. Neste tipo de escala é pedido ao indivíduo que, de acordo com a sua opinião, manifeste a sua concordância ou discordância ao assinalar na escala o valor que corresponde à intensidade do seu pensamento. É uma técnica de aplicação mais rápida e de baixos custos.

2.4 - Suporte Social

A Psicologia da Saúde tem feito apelo a um dos seus principais conceitos da actualidade, o Suporte Social. Este parece ser uma determinante importante do sucesso na mudança de hábitos de saúde (Sallis et al., 1985). Huck e Armer (1996, citados por Scott e Jacks, 2003) descrevem suporte social como relacionamentos de satisfação, de companheirismo, apreciação da vida e amizade recíproca. De acordo com Scott e Jacks (2003), muitos estudos revelam que as pessoas idosas com níveis de suporte social percebido elevado praticam significativamente mais actividades de promoção da saúde, como seja a prática de actividade física regular. Rodim e Salovey (1989, citado por Ribeiro, 1999) referem que o Suporte Social desempenha um papel positivo quando o indivíduo está doente, ajudando à sua recuperação, assim como à inibição do desenvolvimento de doenças e ao alívio do stress em situação de crise.

Embora os resultados nem sempre se mostrem consistentes, parece haver uma ligação a um número de factores benéficos para a saúde, onde se incluem a adesão a regimes médicos e o sucesso na cessação do hábito de fumar. Em relação ao exercício físico, os resultados da investigação parecem apontar para um reforço da manutenção dos hábitos e da prática do exercício físico naqueles indivíduos que o praticavam e que têm o suporte do cônjuge (Sallis et al., 1985).

2.4.1 – Conceito de Suporte social

Definir Suporte Social é uma tarefa difícil, uma vez que a maioria dos investigadores reconhecem ser um termo muito heterogéneo que abarca, na origem da sua construção, três concepções principais (Saranson, 1990): o modelo de rede, que se centra na integração social dos indivíduos ou de um grupo e na intercomunicação entre eles dentro desse grupo; o modelo de suporte recebido,

que se centra no que a pessoa realmente recebeu ou que expressou ter recebido; e o modelo de suporte percebido, que se focaliza sobre a disponibilidade da pessoa em caso de necessidade.

Cobb (1976), ao fazer o seu estudo a respeito da importância do suporte social em relação ao stress e ao bem-estar, e na tentativa de estabelecer um conceito preciso, propôs que ele fosse visto como uma informação: especialmente aquela que conduzisse a pessoa a acreditar que alguém se importa com ele e lhe dedica amor; que a pessoa acreditasse que era apreciada e que tinha valor; que levasse a pessoa a acreditar que faz parte de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Para Saranson et al. (1983), suporte social define-se pela existência ou demonstração de disponibilidade por parte das pessoas em quem depositamos confiança, temos pessoas que se preocupam connosco, nos valorizam e nos dispensam afecto.

Também Vaux (1989) fez uma incursão no vasto leque de trabalhos e definições de suporte social. Concluiu que o suporte social é uma metaconstrução que envolve, como já foi focado, três constructos de suporte social : (i) os recursos da rede de suporte, (ii) os comportamentos de suporte, e (iii) as avaliações subjectivas de suporte.

(i) A rede de suporte presta auxílio rotineiro às pessoas no seu dia a dia de forma a conseguirem os seus objectivos. Este auxílio pode ser prestado em relação a problemas maiores que acontecem na vida, como por exemplo a morte de uma pessoa que nos é querida ou a quebra de um projecto de vida importante; ou problemas menores, como por exemplo uma discussão, problemas com o carro, etc.. As redes podem, nestes casos, funcionar, fornecendo tipos específicos de suporte, como sejam o emocional, o social, financeiro, etc.. Estas redes de suporte normalmente são estáveis em termos de tamanho e composição, excepto no caso em que se muda de escola, se casa, ou se reforma (chamados períodos de desenvolvimento), ou então quando acontece o divórcio, um acidente do qual resulte incapacidade, ou o desemprego (são as mudanças normativas). As

características da rede de suporte (estrutura, composição, e qualidade de relacionamento) podem influenciar o seu valor, constituindo-se como recurso através da sensibilidade, acessibilidade e capacidade como fonte de assistência e suporte. Pode acontecer também que, embora possamos estar a contar com o apoio total, isso possa não acontecer devido a razões particulares. O processo de suporte social requer normalmente ajuda activa, embora essa actividade possa ser realizada com graus diferentes de intensidade, habilidade e entusiasmo.

(ii) Comportamentos de suporte são os actos específicos de ajuda, espontâneos ou organizados intencionalmente, e dirigidos à resolução de um pedido pessoal. Estes incluem o fornecimento de bens tangíveis e serviços aos quais se juntam expressões de avaliação e afeição.

Apesar das muitas formas e das variadas funções que pode assumir, parece ser consensual a assunção das seguintes seis modalidades de comportamento de suporte a saber: emocional; feedback; aviso/conselho; prático; financeiro/material; social.

Apesar das boas intenções, não é necessariamente útil todo o comportamento de suporte; o resultado depende de múltiplos factores e aspectos do contexto.

(iii) As avaliações de suporte são subjectivas, quando são utilizadas nos comportamentos de suporte de uma pessoa e os comportamentos de suporte que ocorrem entre eles. São os primeiros indicadores de como as boas funções estão a ser utilizadas; podem tomar várias formas como satisfação, protecção, respeito, envolvimento, ter sentido de acessório, de pertença e de aliado de confiança.

As avaliações podem ser globais, focalizadas ou particulares.

2.4.2 – As Fontes, as Componentes, as Dimensões, as Formas

O Suporte Social surge da necessidade percebida por cada um de nós em receber/dar apoio. Dunst e Trivette (1990) distinguem duas fontes de suporte

social: o suporte social informal, que surge da necessidade de fornecer apoio diário, dados os acontecimentos vividos pelas pessoas nos seus afazeres quotidianos, individualmente (familiares, amigos, vizinhos, elementos da comunidade) e colectivamente (clubes, associações, igreja, etc.); o suporte social formal, fornecido pelas estruturas de apoio social, como sejam hospitais, serviços sociais, assim como os grupos profissionais, como médicos, psicólogos e outros.

É comumente aceite que o Suporte Social abrange um domínio multidimensional. Isto faz com que também o impacto que ele pode ter junto dos grupos ou do indivíduo seja diferente consoante os aspectos sobre os quais é fornecido. Foram identificados por Dunst e Trivette (1990) cinco componentes de suporte social que surgem interligados: o constitucional, o relacional, o funcional, o estrutural e o de satisfação.

Em relação às dimensões de Suporte Social, Weiss (1974) adiantaram seis dimensões, a saber, intimidade, integração social, suporte afectivo, aliança, mérito e orientação. House e Kanh (1984, citados por Sallis et al., 1987), porém, identificam três dimensões de suporte social: a existência ou a quantidade de relacionamentos sociais; a estrutura dos relacionamentos; o índice funcional dos relacionamentos. As primeiras duas estão mais relacionadas com aspectos da rede social, enquanto que a última inclui aqueles comportamentos pelos quais uma pessoa suporta realmente outra. Donst e Trivette (1990) consideraram importante para o bem estar: o tamanho da rede social, a existência de relações sociais, a frequência dos contactos, a necessidade de suporte, tipos e quantidades de suporte, congruência, utilização, dependência, reciprocidade, proximidade e satisfação.

2.4.3 – Os Benefícios do Suporte Social

O funcionamento cognitivo é uma chave determinante da qualidade de vida e da habilidade para manter a independência em idades mais avançadas. Embora

estas idades estejam associadas a um risco maior de declínio do funcionamento cognitivo, existem diferenças individuais consideráveis, tanto na taxa como no sincronismo do declínio.

Uma categoria de factores que têm que receber muita atenção é a rede dos relacionamentos sociais que os indivíduos mantêm e que interagem entre si. Um grande número de pesquisa documentou os benefícios de saúde da integração social e do suporte social. Indivíduos que relatam um número maior de laços sociais com outros apresentam também riscos mais baixos de mortalidade, enquanto que a integração social e o suporte estavam ligados à melhoria dos resultados físicos e mentais da saúde.

A pesquisa identificou determinadas características físicas da saúde como factores de risco para o declínio cognitivo, como sejam a presença de doença cardiovascular ou diabetes, história clínica com vários episódios, como acidentes cérebro-vasculares, factores mentais de saúde como a depressão. Além dos episódios de saúde, há outros factores ligados aos riscos aumentados para o declínio cognitivo, tal como o baixo nível de escolaridade e factores comportamentais, onde se inclui o abuso do tabaco e do álcool e a falta de exercício. (Seeman et al., 2001).

Os actos de relacionamento de suporte social agem como recursos para lidar com os problemas e também como ajuda para o ajustamento emocional individual (Green e Weinberg, 2001).

Fundamentalmente, o suporte social parece facilitar o processo de lidar com as situações, fornecendo recursos adicionais, como sejam os conselhos, a informação, os serviços materiais que poderão aumentar os recursos de um indivíduo (Green e Weinberg, 2001).

No trabalho de Seeman et al.(2001), as análises de regressão linear mostraram que os participantes que receberam maior suporte emocional foram aqueles que obtiveram um melhor desempenho nos testes iniciais, os solteiros ou os que relataram grandes conflitos com membros da rede social.

Valores iniciais mais elevados no suporte emocional eram um preditor significativo de um melhor funcionamento cognitivo. (Seeman et al., 2001)

Dos vários estudos consultados verificamos que existe uma variedade muito grande de tipos de suporte social. Começamos por destacar o suporte social percebido, aquele que o indivíduo pode contar se for necessário; e o suporte social recebido, aquele que se refere ao que foi recebido por outrém (Cramer et al., 1997). Os mesmos autores acrescentam também que o suporte social pode ser descrito, ou seja estar na presença de um tipo particular de comportamento de suporte; e pode ser avaliado, implicando que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

O suporte social para a actividade física pode tomar várias formas: pode ser instrumental e directo (transporte, pagamento de taxas), emocional ou motivacional (incentivo, elogio) ou observacional (modelação).

O papel influenciador do par, acredita-se que aumente com a idade (Eccles, 1999). Os pares exercem a sua influencia no comportamento adolescente através da imitação e do reforço social (Wold e Hendry, 1998).

Vários estudos revelam que os relacionamentos sociais podem ser promotores de saúde ou pelo contrário prejudiciais, dependendo da forma como a pessoa percebe esse relacionamento.

Krause e Shaw (2000), através de um estudo que envolveu uma amostra longitudinal representativa de indivíduos idosos com mais de 65 anos, demonstraram que fornecer suporte social estava associado ao aumento da auto-estima, assim como a integração de doentes psiquiátricos em equipas de voluntariado nos hospitais reduziria os sintomas e sentimentos depressivos provocados pela solidão e isolamento, aumentava a auto-estima e reduziria a frequência de recurso aos hospitais (Schimdt, 1979).

Guse e Masesar (1999), num estudo de corte transversal, relatam que o factor “ser útil para o outro” era um factor importante para o envelhecimento bem sucedido, num grupo de residentes internos com necessidades de cuidados.

Um outro estudo realizado por Aller e Van Ess Coelling (1995), com um grupo de idosos em regime de internamento, verificou que a satisfação em ajudar outros esteve relacionada com a manutenção da sua independência física.

Ao examinarem as taxas de mortalidade ajustadas para a idade numa amostra aleatória estratificada, Berkman e Syme (1979) depois de combinarem medidas como o estado civil, o contacto com os amigos e familiares e o contacto com instituições formais e informais, verificaram que, para homens e mulheres por grupos de idade, as taxas de mortalidade eram significativamente mais elevadas para aqueles que tinham níveis de integração social mais baixos.

2.4.4 – Medição do Suporte Social

A avaliação do Suporte Social tem sido feita com recurso a uma variedade de instrumentos e técnicas. É comum os investigadores sentirem que qualquer deles não abarca globalmente todas as dimensões, aspectos e componentes do Suporte Social. No dizer de Saranson (1984), “apesar de importante, ainda não existe concordância acerca da avaliação do nível pessoal de suporte social.” (p.288).

III – OBJECTIVOS E HIPÓTESES

3.1 – Objectivo Geral

Verificar como varia a quantidade de actividade física realizada por um grupo de idosos, as expectativas de auto-eficácia e de resultado, as atitudes, e o suporte social recebido, face ao exercício e, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física organizado.

3.2 – Objectivos Específicos

– Verificar as diferenças na realização de actividade física doméstica, actividade desportiva, actividade de tempo livre e actividade física total em função do sexo, idade, agregado familiar, estado civil, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular, num grupo de idosos.

– Pesquisar a variação das expectativas de auto-eficácia em função do sexo, idade, agregado familiar, estado civil, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular, num grupo de idosos.

– Analisar as diferenças de atitude face ao exercício físico em função do sexo, idade, agregado familiar, estado civil, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular, num grupo de idosos.

– Verificar como varia o suporte social recebido para a realização de actividade física, em função do sexo, idade, agregado familiar, estado civil, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

– Conhecer os níveis de correlação entre a actividade doméstica, actividade desportiva, actividade tempo livre e actividade física total com as expectativas de auto-eficácia e de resultado, as atitudes e o suporte social recebido para o exercício físico.

3.3 – Hipóteses

Hipótese 1 – existem diferenças, na quantidade de actividade doméstica realizada pelos grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 2 – existem diferenças, na quantidade de actividade desportiva realizada pelos grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 3 – existem diferenças, na quantidade de actividade tempo livre realizada pelos grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 4 – existem diferenças, na quantidade de actividade física total realizada pelos grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 5 – existem diferenças, nas expectativas de auto-eficácia entre os grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 6 – existem diferenças, nas expectativas de resultado entre os grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 7 – existem diferenças, na atitude face ao exercício entre os grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 8 – existem diferenças, na quantidade de suporte social recebido pelos grupos, em função do sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física regular.

Hipótese 9 – os idosos com maiores valores de actividades domésticas revelam menor auto-eficácia, atitudes menos positivas e menor suporte social recebido para a prática de actividade física.

Hipótese 10 – os que praticam mais actividades desportivas evidenciam maior auto-eficácia, atitude mais positiva e recebem maior suporte social.

Hipótese 11 – o aumento da prática de actividades de tempo livre aparece associado ao aumento da auto-eficácia e das expectativas de resultado, de uma melhor atitude e mais suporte social.

Hipótese 12 – os indivíduos mais activos revelam expectativas de auto-eficácia e de resultado mais elevadas, atitudes mais positivas e recebem mais suporte social do que os menos activos.

IV – MATERIAL E MÉTODOS

4.1 - Caracterização da amostra

Para realizar este nosso estudo, solicitamos a colaboração de idosos que frequentam instituições em regime de internato, ou centro de dia, situados em concelhos da região norte. Uma parte desta população participava no segundo campeonato de Boccia para a idade avançada, competição organizada pelo Complexo Desportivo de Lamego. Fazem parte deste campeonato trinta e uma equipas, obrigatoriamente mistas, compostas por oito participantes cada, representativas de dezasseis instituições. O torneio realiza-se em oito encontros, ao ritmo de um por mês, organizado pelas instituições que se voluntariarem para o fazer.

A nossa amostra foi constituída por 199 indivíduos de ambos os sexos, 104 são masculinos e 95 femininos, pertencentes várias instituições com diferente oferta, quer seja de centro de dia quer de lar.

A idade média para os homens é de 71,94 anos, variando desde a idade máxima de 88 anos até ao mínimo de 54 anos, com desvio-padrão de 7,70, enquanto que as mulheres têm uma média de idades de 72,54 anos, com a máxima a atingir 90 anos e a mínima 50 anos, com desvio-padrão de 9,10 (Quadro 4.1).

Relativamente ao estado civil, cerca de metade dos sujeitos da amostra (97; 48,7%) são viúvos, 52 (26,1%) são casados, 37 (18,6%) são solteiros e 13 (6,5%) são divorciados.

Em relação à escolaridade, verificamos que cerca de metade dos sujeitos (48,7%) é analfabeta ou apenas frequentou a escola até à terceira classe. Apenas 16,6% estudaram até ao nono ano de escolaridade. Verifica-se também que o número de sujeitos masculinos que têm mais do que a quarta classe é sensivelmente o dobro dos sujeitos do sexo feminino.

Quanto às características do agregado familiar, cerca de um terço dos sujeitos da amostra vivem em lares de terceira idade, enquanto que uma outra parte (29,1%) vive sozinho.

Em relação ao envolvimento em programas de actividade física, verificamos que, do conjunto de sujeitos da amostra, são 59 (57%) os homens e 50 (53%) as mulheres que realizam actividade física de uma forma organizada e formal, com uma frequência semanal que varia de uma a duas vezes por semana, com a duração de 45 a 60 minutos.

Quadro 4.1 – Distribuição da idade (média e desvio-padrão) por categoria, idade mínima e máxima, em cada variável.

		n	Idade(M ± DP)	Idade Mínima	Idade Máxima
Sexo	Feminino	95	72,54±9,10	50	90
	Masculino	104	71,94±7,70	54	88
Nível de Escolaridade	< 4th classe	97	73,07±8,01	54	87
	≥ 4th classe	102	71,42±8,68	50	90
Estado Civil	Casado	52	69,00±8,30	50	83
	Solteiro/divorciado	50	70,86±8,80	53	88
	Viuvo	97	74,66±7,49	58	90
Agregado familiar	Família	77	70,02±6,78	53	85
	Sozinho	58	70,16±8,85	50	90
	lar	64	76,72±7,79	53	88
Envolvimento	Sim	109	73,94±7,6	53	90
	não	90	70,16±8,77	50	87

4.2 – Instrumentário

4.2.1 – Descrição dos instrumentos

4.2.1.1 – Avaliação da Actividade Física

Para avaliar a actividade física habitual usamos o questionário de Baeck modificado (anexo 1), validado por Vorrips et al. (1991), o que nos permite conhecer a actividade física dos sujeitos no último ano.

Este instrumento foi já algumas vezes utilizado em estudos com adultos idosos, realizados na área metropolitana do Porto, mostrando que não apresenta qualquer problemas de adaptação à população portuguesa. Foi o caso dos realizados por Calejo (1997), no concelho de Matosinhos, Cachapuz (1998), no concelho do Porto, e Rodrigues (2000), nos concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim.

No estrangeiro foi também utilizado por Hombergh et al. (1995) e por Polls (1996).

O questionário está estruturado da seguinte maneira: em primeiro lugar, surgem perguntas para avaliar as actividades domésticas diárias, distribuídas por dez itens estruturados numa escala tipo “Likert” que permite classificar o sujeito desde o muito activo até ao inactivo; depois há um conjunto de perguntas sobre as actividades desportivas: qual a intensidade, número de horas semanais e período do ano, cuja caracterização da intensidade é feita através de uma tabela de códigos (anexo 2); por fim, perguntas acerca das actividades físicas dos tempos livres, como seja a intensidade (relacionada com a postura corporal e o tipo de movimento dos diferentes membros), número de horas por semana e período do ano, caracterizadas igualmente através de códigos inscritos na referida tabela (anexo 2).

O formulário utilizado para o cálculo da actividade física total dos idosos é o seguinte :

$$\text{- resultado das actividades domésticas (ACT DOM) = (Q1 + Q2 + + Q10) / 10,} \quad (1)$$

em que Q_i , $i= 1,2, \dots, 10$, são os itens do questionário.

$$\text{- Resultado das actividades desportivas (ACT DESP) = } \sum (Ia. Ib. Ic.) \quad (2)$$

$$\text{- Resultado das actividades de tempos livres (ACT TL) = } \sum (ia. Ib. Ic.) \quad (3)$$

em que (a) é a intensidade, (b) o número de horas por semana e (c) o número de meses por ano.

A actividade física total (ACT FIS TOT) corresponde ao somatório das três componentes anteriores : $\text{ACT FIS TOT = ACT DOM + ACT DESP + ACT T L} \quad (4)$

4.2.1.2 – Expectativas do resultado

A fim de podermos saber o que pensam os idosos acerca da sua capacidade de realizar tarefas que os conduzirão a determinados resultados utilizamos a escala de medição de expectativas de resultado para o exercício: O . E . – “Outcomes Expectations for Exercise Scale” (anexo 1).

Esta escala foi construída por Resnick et al. (2000), com base na teoria de Auto-eficácia de Bandura, assim como em trabalhos de investigação realizados anteriormente para desenvolver medidas de expectativas de resultado, pode ser usada para identificar indivíduos que tenham baixas expectativas de resultado, em relação ao exercício, e, a partir daí, promover intervenções no sentido de as fortalecer, motivando dessa forma os indivíduos para iniciarem ou aderirem a um programa regular de exercício.

A escala foi desenvolvida especificamente para medir as expectativas de resultado para o exercício de idosos. Para o efeito foram usadas duas amostras,

uma composta por 175 idosos que vivem num lar, situado numa cidade da costa Este dos EUA., com idade média de 85 anos (SD = 5,7). A maioria era caucasiano (99%), feminina (78%) e solteira (78%). Ao nível da instrução, todos tinham frequentado a escola, pelo menos até à primária. A outra amostra era menor, formada por 58 residentes numa instituição de cuidados a longo prazo, com idades médias de 88,5 anos (SD = 6,8), também de maioria mulheres (78%), brancas (97%) e solteiras (85%).

Construída a partir de diversas medidas centradas nas expectativas de resultado associadas aos benefícios do exercício em adultos, conjugadas com estudos qualitativos e quantitativos que identificavam os benefícios específicos do exercício em idosos. Os idosos referiam que o exercício lhes causava uma sensação boa, que caminhavam melhor, que lhes melhorava a tensão arterial e que lhes fazia diminuir a dor. Como benefícios psicológicos incluíam sentimentos de ter conseguido algo, de apreciarem a actividade e de terem um sentimento de completo bem estar.

A escala é composta por 9 itens, dos quais 5 reflectem benefícios físicos e 4 centram-se em benefícios psicológicos. O item 9 foi incluído dado o enorme ênfase atribuído na literatura às questões relacionadas com a osteoporose e a força muscular, sugerindo que o exercício faz aumentar a força muscular e atrasar a perda de massa óssea.

Os parâmetros de avaliação utilizados são : (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) não concordo nem discordo, (4) discordo, e (5) discordo totalmente.

A avaliação é feita pelo calculo da média das respostas dadas, somando o número indicado em cada resposta e dividindo pelo número total de respostas.

No estudo realizado por Resnick et al. (2000) para desenvolver uma medida específica de expectativa de resultado para sujeitos idosos, os resultados obtidos mostram existir consistência interna (coeficiente de $\alpha = 0.89$), algum suporte para a confiabilidade baseada nos valores de R^2 que variam de 0,33 a 0,68 e evidência de validade, baseada na análise do factor confirmatório, que mostrou um ajustamento razoável dos dados ao modelo, [NFI] = 0,99, [RMSEA] = 0,07, $\chi^2/df =$

2,8; no suporte baseado nos resultados mais elevados obtidos pelos indivíduos que praticam exercício do que os que não praticam ($f = 31,3$, $p < 0,05$); e uma relação estatisticamente significativa entre as expectativas de resultado e as da auto-eficácia ($r = 0,66$).

4.2.1.3 – Escala de Auto-eficácia

O Questionário que mede a Auto-eficácia para o Exercício (anexo 1) foi construído e desenvolvido por Bandura e colaboradores, na Universidade de Standford (Brassington, 2002).

Esta escala, constituída por 14 itens, foi validada em estudos anteriores (Garcia e King, 1991), utilizando uma amostra composta por 74 indivíduos saudáveis (não sofrerem de nenhuma doença cardiovascular diagnosticada), sedentários, com idades compreendidas entre os 50 e 64 anos, de ambos os sexos, pertencentes ao estado da Carolina do Norte, nos EUA. De acordo com recomendações feitas por teóricos, os 14 itens eram baseados em informações obtidas com pesquisas anteriores realizadas com populações idênticas, onde tinham sido identificadas situações de abandono da prática de actividade física. Mais recentemente foi utilizada por Brassington et al. (2002), numa amostra similar, composta por 103 idosos, com idade média de 70 anos. Aos sujeitos era pedido que avaliassem, numa escala de 0% a 100%, até que ponto eles acreditavam serem capazes de realizar exercício físico, quando em situações conflituais, como seja, mesmo sentindo-se cansado ou em férias, A contagem é feita pela média das avaliações, se pelo menos forem obtidas respostas em 13 itens.

4.2.1.4 – A Atitude dos Idosos face à Actividade Física

Para avaliarmos a Atitude dos idosos face à Actividade Física, o instrumento utilizado foi o “Older Person’ Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire” (OPAPAEQ), construído e validado por Terry et al. (1997) para ser aplicado à população idosa canadiana. Posteriormente foi também validado e utilizado num estudo realizado por Oliveira (1998), numa população de idosos, pertencentes a Instituições de Lares e centros de Dia do distrito de Coimbra.

Esta escala (anexo 1) é composta por 4 sub-escalas: libertação de tensão, que atribui ao exercício físico efeitos benéficos no alívio de tensões, irritabilidade e ansiedade; promoção da saúde, que associa os benefícios da saúde ao exercício; exercício vigoroso que faz corresponder a manutenção de um bem estar físico à prática de exercício vigoroso; e benefícios sociais que apresenta o exercício como divertimento, socializante ou como um meio de enriquecimento do tempo de lazer.

As respostas são efectuadas numa escala tipo Likert de 5 pontos que varia de (1) concordo totalmente até (5) discordo totalmente.

Os resultados são obtidos calculando a média dos pontos de cada item atribuídos referentes às sub-escalas, agrupados da seguinte maneira:

- Libertação de tensão – itens 3, 6, 10, 12.
- Promoção da saúde – itens 2, 7, 11, 13.
- Exercício vigoroso – itens 5, 9, 14.
- Benefícios sociais – itens 1, 4, 8.

4.2.1.5 – Suporte Social

Para podermos avaliar que tipo de apoio social é prestado aos idosos pelas pessoas que lhes são mais próximas, utilizamos a versão reduzida da “Social Support and Eating Habits Survey and Social Support and Exercise Survey”,

desenvolvida por Sallis et al.(1987). Estas escalas (anexo 1) foram construídas para facilitar o seu uso em relação às originais completas, descritas na revista *Preventive Medicine*. 16: 825-836 (1987).

As respostas devem ser dadas separadamente para a família e os amigos usando uma escala tipo likert – 5 pontos, que vai desde nenhum (1) até com muita frequência (5). Apresenta ainda a opção (8) não se aplica.

Por família são considerados os membros da casa, aqueles que habitam na mesma casa, enquanto que aos amigos devemos acrescentar os conhecidos e os colegas de trabalho.

A avaliação do suporte social deve ser feita pela contagem dos pontos correspondentes às respostas dadas. Em relação ao suporte dado pela família ou pelos amigos, devemos somar os itens do 1 ao 6 e do 10 ao 13, que se referem à participação familiar; os itens 7 a 9 que correspondem às recompensas e punições, não devem ser contabilizados para os amigos, uma vez que não surgem de nenhum dos factores analisados.

A construção da escala original foi realizada a partir dos dados de uma entrevista que visava saber a maneira como a família e os amigos tinham servido de suporte nas mudanças nos hábitos alimentares e no exercício e, também, como cada indivíduo gostaria que fosse dado esse suporte.

4.2.2 – Validação dos instrumentos

As escalas usadas para avaliar a actividade física, assim como a escala de atitudes já tinham sido utilizadas noutros estudos e, por esse motivo, apenas tivemos que proceder à tradução das escalas de expectativas do resultado, do Suporte Social e da Auto-eficácia.

Acautelamos os conselhos de Schultz (1993) e Vallerand (1989) acerca dos perigos e inconvenientes provocados pela proliferação de instrumentos de avaliação, em muitos casos para obterem dados sobre variáveis idênticas.

Com este pensamento fomos à procura de instrumentos já existentes e, uma vez encontrados, numa primeira fase, procedemos à sua adaptação transcultural (estavam numa versão inglesa), uma vez que a sua fiabilidade e validade já haviam sido confirmadas. Esta tarefa consubstancia-se ainda no facto de não retirar a possibilidade de compararmos os resultados obtidos em todos os trabalhos em que foram aplicados idênticos instrumentos.

Para realizar esta tarefa, a proposta metodológica apresentada por Vallerand (1989) parece ser aquela que mais é apreciada e seguida no sentido de se proceder à validação transcultural dos instrumentos psicológicos em seis etapas, a saber :

- preparar uma versão preliminar;
- avaliar e modificar a versão preliminar;
- avaliar o entendimento dos aspectos semânticos das questões pelos elementos da população alvo, através da realização do pré-teste;
- avaliar a validade dos instrumentos e o conteúdo do questionário;
- avaliar a confiabilidade teste-reteste e da consistência interna do instrumento;
- estudar a validade da escala;

Foram portanto estes os passos seguidos no sentido de se chegar aos questionários. Como alertam Brislin et al. (1973), devemos-nos certificar que a versão obtida em português é equivalente à original inglesa, e para isso deverá ser constituído um júri formado não só por especialistas nas duas línguas mas também outros especialistas na área específica dos conteúdos em análise (professores de educação física, assistente social, psicólogo).

Importa aqui referir que é igualmente importante não só conseguir uma tradução linguística fiel como também manter o sentido das questões. Esta parece ser uma questão pertinente e não menos importante para a correcta e fidedigna utilização e comparação dos dados obtidos. No entanto, sabemos que por razões de contexto, por exemplo, isso nem sempre acontece.

Neste caso concreto, a constituição de um júri é a situação mais comum, reforçada por Fonseca (1999, pp. 146) quando refere que “se em relação ao processo de elaboração da versão preliminar poderão eventualmente subsistir algumas dúvidas relativamente à melhor solução (e. g. por um júri, a partir da tradução e retroversão do instrumento original, a partir da tradução e retroversão paralelas do instrumento original) a respeitar em função das necessidades e circunstâncias verificadas em cada situação,- no que concerne ao processo de avaliação dessas versões parece ser relativamente consensual a vantagem de constituição de um júri”.

Seguindo esta orientação, solicitamos vários especialistas para que colaborassem nesta tarefa. Na tradução do documento original participaram três especialistas no trabalho com a língua inglesa (i. e. licenciadas em inglês). Em seguida foram submetidas à apreciação de um júri constituído por peritos de diferentes áreas (dois psicólogos, dois professores de educação física, uma assistente social e outros dois tradutores) a quem foi apresentada a tradução realizada e pedido para, das duas versões para cada item, indicassem uma ou como alternativa redigissem uma terceira versão. Com base neste último trabalho e de posse das propostas de alteração, foram presentes a um novo júri para que fosse escolhida a versão final em total concordância de todos eles.

Ultrapassadas estas etapas do modelo proposto por Vallerand (1989), passamos, a uma fase seguinte que consistiu na realização do pré-teste, afim de detectarmos eventuais dificuldades de compreensão por parte de indivíduos do mesmo grupo etário que os constituintes da amostra. Não tendo sido detectados quaisquer dificuldades por parte dos inquiridos, tal facto mostrou que o inquérito estava finalmente pronto para ser aplicado à população em estudo, avançando para o estudo da fiabilidade e validade das escalas.

4.3 – Procedimentos de Administração

O questionário utilizado neste estudo está dividido em duas partes e é composto por seis folhas. Na primeira folha, para além da identificação e da indicação das finalidades do documento, contém a 1ª parte onde constam os dados demográficos e perguntas relacionadas com a participação ou não em programas de actividade física.

Nas restantes, cada um dos questionários já descritos anteriormente, ou seja, o questionário de Baeck modificado, para avaliar a actividade física habitual; o “Outcome Expectations for Exercise Scale”, para avaliar a capacidade de obter determinados resultados; um questionário que media a auto-eficácia; o “Older Person’ Atitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionaire”; uma versão reduzida do “Social Support and Eating Habits Suvey and Social Support and Exercise Survey”, ocupavam cada um uma folha independente.

A recolha da informação foi realizada depois de ter, pessoalmente, entregue uma carta nas Instituições onde pretendia realizar a recolha de dados a solicitar à respectiva Direcção autorização para realizar os inquéritos, e ter obtido resposta positiva.

O preenchimento foi realizado em forma de entrevista, tendo recebido apoio, em alguns casos, dos colegas que trabalham junto das instituições e que promovem as actividades físicas, no sentido de prestarem auxílio na realização de entrevistas. Foi sempre lembrado aos idosos que as respostas eram confidenciais e não se tratava de nenhuma prova de avaliação, logo as respostas estavam sempre certas, desde que respondessem com sinceridade e espontaneidade.

4.4 – Procedimento estatístico

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico S.P.S.S. versão 10.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados tendo sido utilizadas estatísticas descritivas como média, desvio-padrão, distribuição de frequências.

Para comparar grupos utilizamos o T-Teste para a diferença de médias de grupos independentes, no caso de apenas termos dois grupos; quando a comparação envolvia mais do que dois grupos, utilizamos o ANOVA .

Para averiguar a correlação entre variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson.

Para determinarmos a fiabilidade das escalas recorreremos ao cálculo do Alfa de Cronbach.

V – RESULTADOS

5 – Análise dos Resultados

Para que a sua apresentação seja de mais fácil apreciação, vamos começar por mostrar os resultados obtidos para a consistência interna em cada uma das escalas; em seguida os da actividade física habitual, depois os relacionados com as expectativas de eficácia, os resultados relacionados com cada sub-escala da atitude e, finalmente, aqueles que nos mostram a relação com o suporte social dado pela família à participação e recompensa/punição e pelos amigos.

Em relação ao estudo da validade, o mesmo irá ser concluído oportunamente com a divulgação dos seus resultados.

5.1 – Consistência Interna

No sentido de verificarmos a consistência interna em cada uma das escalas utilizadas, recorreremos ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach (ver quadro 5.1). A análise dos resultados permitiu verificar que os valores foram todos bastante elevados, variando entre 0,90 e 0,96, reveladores de um bom desempenho das escalas.

Quadro 5.1 – Alfa de Cronbach obtido para cada escala.

ESCALAS	α
Expectativa de Resultado	0,9079
Expectativa de Auto-Eficácia Eficácia	0,9261
Atitude	0,9667
Suporte Social	0,9129

5.2 - Actividade Física Habitual

5.2.1- Actividade Física Habitual por sexo.

No quadro 5.2 são apresentados os valores de distribuição média da quantidade de Actividade Física, obtidos em cada uma das suas componentes, distribuídas por grupo de sexo.

Quadro 5.2 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, ACT FIS TOT, distribuídos por sexo (M±DP), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística t e valor de p.

	masculino (n= 104)	feminino (n= 95)	t	p
	M ± DP	M ± DP		
Actividade Doméstica	1,42 ± 0,63	1,64 ± 0,80	-2,10	0,04*
Actividade Desportiva	1,21 ± 2,14	1,17 ± 2,22	0,12	0,91
Actividade Tempo Livre	3,42 ± 2,68	2,45 ± 2,54	2,62	0,01**
Actividade Fisica Total	6,05 ± 3,38	5,26 ± 3,17	1,70	0,09

* ($p \leq 0,05$)

** ($p \leq 0,01$)

Na análise do quadro 5.2 verificamos que globalmente os resultados representam níveis muito baixos de ACT FIS na generalidade das suas componentes e em ambos os sexos, com particular relevância os da ACT DOM e ACT DESP. Contudo, quando comparamos os seus valores médios, verificamos que os sujeitos do sexo feminino são o grupo que revela ser significativamente, mais activo nas ACT DOM, enquanto que os sujeitos do sexo masculino realizam mais ACT DESP, ACT FIS TOT e ACT TL, nesta última com a diferença a revelar significado estatístico.

5.2.2 - Actividade Física Habitual por Estado Civil.

No quadro n.º5.3 são apresentados os valores da distribuição média da quantidade de ACT FIS, obtidos em cada uma das suas componentes, por cada um dos grupos de casados, solteiros/divorciados e viúvos.

Quadro 5.3 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, ACT FIS TOT, distribuídos por estado civil (M±DP), número de indivíduos de cada grupo (n), valor da estatística f e valor de p.

	casado (n= 52)	solteiro/divorciado (n=50)	viúvo (n= 97)	f	p
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
ACT DOM	1,66 ± 0,73	1,41 ± 0,62	1,51 ± 0,76	1,50	0,23
ACT DESP	0,79 ± 1,88	1,18 ± 2,04	1,42 ± 2,36	1,43	0,24
ACT TL	2,59 ± 2,74	4,16 ± 2,63	2,53 ± 2,45	7,28	0,00*
ACT FIS TOT	5,03 ± 3,02	6,75 ± 3,39	5,46 ± 2,29	3,94	0,02*

*(p ≤ 0,05)

** (p ≤ 0,01)

A análise do quadro 5.3 sugere no seu conjunto que, embora com valores globalmente modestos para a quantidade de ACT FIS realizada, são os sujeitos do grupo dos solteiros/divorciados quem mais realiza ACT TL e ACT FIS TOT com diferenças estatisticamente significativas (p ≤ 0,01).

As ACT DESP são mais praticadas pelos sujeitos viúvos e nas ACT DOM são os casados que revelam maior participação. Nestes casos as diferenças entre os grupos não são significativas.

São de destacar os valores reduzidos da magnitude relativa do intervalo de variação para as ACT TL e ACT DESP.

5.2.3 - Actividade Física Habitual por Agregado Familiar.

No quadro 5.4 são apresentados os resultados relativos à distribuição média da quantidade de ACT FIS, obtida em cada uma das suas componentes de acordo com o agregado de que fazem parte, ou seja, pelo grupo dos que vivem sozinhos, daqueles que vivem com a família e pelos que vivem no lar.

Quadro 5.4 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, ACT FIS TOT, distribuídos por agregado (M±DP), número de indivíduos de cada grupo (n), valor da estatística f e valor de p.

	sózinho (n= 58)	família (n=77)	lar (n= 64)	f	p
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
ACT DOM	1,98 ± 0,42	1,72 ± 0,69	0,88 ± 0,50	64,87	0,00**
ACT DESP	0,50 ± 1,51	0,90 ± 2,00	2,17 ± 2,52	11,21	0,00**
ACT TL	3,59 ± 2,77	2,23 ± 2,68	3,25 ± 2,33	5,10	0,00**
ACT FIS TOT	6,07 ± 2,92	4,85 ± 3,11	6,31 ± 3,66	4,15	0,02*

*(p ≤ 0,05)

** (p ≤ 0,01)

A análise do quadro 5.4 revela-nos que todas as diferenças entre os valores obtidos para a média são estatisticamente significativos ($p \leq 0,01$).

Podemos também verificar que são os indivíduos que vivem sozinhos quem realiza mais ACT DOM e ACT TL; pelo contrário são quem realiza menos ACT DESP.

Podemos verificar ainda que são os indivíduos que vivem no lar quem mais realiza ACT DESP e ACT FIS TOT.

Realçar os valores do desvio-padrão que em alguns casos chega a ser maior que o valor da média (por exemplo, nas ACT TL e ACT DESP).

5.2.4 - Actividade Física Habitual por Idade.

No quadro 5.5 são apresentados os resultados relativos à distribuição média das actividades domésticas (ACT DOM), actividades desportivas (ACT DESP), actividades dos tempos livres (ACT TL) e actividade física total (ACT FIS TOT) realizadas por cada um dos grupos de idade constituídos.

Quadro 5.5 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, ACT FIS TOT, distribuídos por grupos de idade (M±DP), número de indivíduos de cada grupo (n), valor da estatística f e valor de p.

	G1<65 (n= 42)	65≤ G2 ≥ 74 (n=73)	G3 ≥75 (n= 84)	f	p
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
ACT DOM	1,84 ± 0,63	1,72 ± 0,63	1,20 ± 0,72	17,94	0,00**
ACT DESP	1,28 ± 2,21	0,98 ± 2,04	1,33 ± 2,27	0,54	0,58
ACT TL	3,02 ± 2,98	2,70 ± 2,57	3,15 ± 2,57	0,58	0,56
ACT FIS TOT	6,14 ± 3,12	5,40 ± 2,89	5,67 ± 3,71	0,67	0,51

*($p \leq 0,05$)

** ($p \leq 0,01$)

Neste quadro 5.5 verificam-se valores diferentes entre os grupos para a ACT DOM, diferenças que são estatisticamente significativas. De facto, à medida que as pessoas vão envelhecendo parece que diminuem as tarefas domésticas, como limpar a casa, arrumar a cozinha, mas sobretudo as tarefas mais pesadas como limpar janelas, lavar chão, carregar as compras, entre outras. Apesar desse

facto, não se percebe um aumento nas outras componentes, nomeadamente as ACT TL e ACT DESP.

Curiosamente, o grupo dos mais idosos (G3) é quem realiza mais ACT DESP e ACT TL, pese embora estes resultados não tenham significado estatístico.

5.2.5 - Actividade Física Habitual por Nível de Escolaridade.

No quadro 5.6 são apresentados os resultados relativos à distribuição média da quantidade de ACT FIS obtida em cada uma das suas componentes, actividades domésticas (ACT DOM), actividades desportivas (ACT DESP), actividades dos tempos livres (ACT TL) e actividade física total (ACT FIS TOT) realizadas por cada grupo de nível de escolaridade (E1 – grupo com menos do que a 4ª classe; E2 – grupo com a 4ª classe ou mais).

Quadro 5.6 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, ACT FIS TOT, distribuídos por nível de escolaridade (M±DP), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística t e valor de p.

	E1 (n= 97)	E2 (n= 102)	t	p
	M ± DP	M ± DP		
ACT DOM	1,47 ± 0,77	1,57 ± 0,68	-0,98	0,33
ACT DESP	0,90 ± 1,91	1,47 ± 2,36	-1,90	0,06
ACT TL	3,22 ± 2,73	2,71 ± 2,57	1,35	0,18
ACT FIS TOT	5,58 ± 3,15	5,75 ± 3,45	-0,36	0,72

* (p ≤ 0,05)

** (p ≤ 0,01)

A análise do quadro 5.6 revela-nos que, à semelhança dos quadros anteriores, a quantidade de ACT FIS realizada é muito baixa em ambos os grupos e com diferenças sem significado estatístico. Apesar disso, podemos constatar que o grupo de sujeitos com a 4ª classe ou mais são os mais activos, apresentando valores superiores em quase todos os índices, excepto nas ACT TL.

5.2.6 - Actividade Física Habitual por Grupo de Envolvimento em programa de Actividade Física.

No quadro 5.7 são apresentados os resultados relativos à distribuição da quantidade média de ACT FIS obtida em cada uma das suas componentes, actividades domésticas (ACT DOM), actividades desportivas (ACT DESP), actividades dos tempos livres (ACT TL) e actividade física total (ACT FIS TOT) de acordo com a participação ou não em programas de actividade física organizada.

Quadro 5.7 – ACT DOM, ACT DESP, ACT TL, ACT FIS TOT, distribuídos por grupos de envolvimento em programas de actividade física organizados (M±DP), número de indivíduos em cada grupo (n), valor da estatística t e valor de p.

	Participantes (n= 109)	não Participantes (n= 90)	t	p
	M ± DP	M ± DP		
ACT DOM	1,48 ± 0,75	1,58 ± 0,69	-1,04	0,30
ACT DESP	2,11 ± 2,55	0,00 ± 0,56	8,05	0,00**
ACT TL	3,69 ± 2,41	2,07 ± 2,69	4,44	0,00**
ACT FIS TOT	7,27 ± 2,60	3,74 ± 3,01	8,76	0,00**

** (p ≤ 0,01)

No quadro 5.7 podemos verificar que, apesar de encontrarmos valores superiores em quase todas as suas componentes, excepto para a ACT DOM, no grupo dos participantes, a quantidade de ACT FIS realizada mantém-se baixa.

Também mostram os resultados que existem diferenças médias significativas para todas as componentes excepto para as ACT DOM, sendo os indivíduos participantes em programas de actividade física organizada aqueles que realizam significativamente mais ACT DESP, ACT TL e ACT FIS TOT do que os não participantes.

Em relação às ACT DOM, o grupo de não participantes apresenta valores médios mais elevados, embora as diferenças não sejam significativas.

5.3- Expectativas de Auto-Eficácia

5.3.1- Expectativas de Auto-Eficácia por sexo

O quadro 5.8 apresenta os resultados médios da distribuição por sexo das expectativas de auto-eficácia, considerando os benefícios físicos e psicológicos proporcionados pela prática do exercício físico.

Quadro 5.8 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupo de sexo.

	masculino (n= 104)	feminino (n= 95)	t	p
	M ± DP	M ± DP		
Expectativas Resultado (Benefícios Físicos)	1,88 ± 0,74	1,76 ± 0,68	1,13	0,26
Expectativa Resultado (Benefícios Psicológicos)	2,14 ± 0,84	1,83 ± 0,66	2,91	0,00**
Expectativas de Auto-eficácia	50,04 ± 22,25	43,85 ± 23,45	1,90	0,06

***(p ≤ 0,05)**

**** (p ≤ 0,01)**

O que nos revela a análise do quadro 5.8 é que em média, ambos os grupos «concordam» que o exercício físico lhes proporciona benefícios tanto físicos como psicológicos. No entanto, apenas mostram em média cerca de 50% ou menos (no caso feminino), de confiança para a sua prática.

Apesar das mulheres revelarem, em média, expectativas maiores do que os homens quanto à obtenção de benefícios da prática do exercício físico, apenas em relação aos benefícios psicológicos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quanto às expectativas de auto-eficácia, os grupos não revelam diferenças significativas, embora os homens demonstrem em média à volta dos 50% de confiança para praticar exercício físico, mesmo em situações conflituais (por exemplo, estar cansado ou ter outro programa à mesma hora), e as mulheres um pouco menos.

5.3.2 – Expectativas de auto-eficácia, por estado civil

O quadro 5.9 apresenta os resultados relativos às distribuições médias das expectativas de auto-eficácia, pelos sujeitos de diferente condição de estado civil, quanto aos resultados em benefícios, quer físicos, quer psicológicos, e quanto à sua auto-eficácia, proporcionados pela prática do exercício físico.

Quadro 5.9 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por estado civil.

	casado (n= 52)	solteiro/divorciado (n=50)	viúvo (n= 97)	f	p
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
Expect. Result. (Benef. Fís.)	1,60 ± 0,80	1,83 ± 0,55	1,94 ± 0,71	4,03	0,02*
Expect. Result. (Benef. Psic.)	1,92 ± 0,83	1,95 ± 0,62	2,05 ± 0,82	0,58	0,56
Expectativas de Auto-eficácia	47,42 ± 20,19	46,65 ± 25,79	47,13 ± 23,40	0,01	0,99

*(p ≤ 0,05)

Ao analisarmos o quadro 5.9 verificamos que, em média, os grupos «concordam» tanto com os benefícios físicos como psicológicos da prática do exercício, mas demonstram pouca confiança para o fazerem, indicando valores abaixo dos 50%.

Podemos verificar que existe diferença, com significado estatístico, nos valores médios entre os grupos, para os benefícios físicos. Os casados são os que mais concordam com estes benefícios. São também os que mais concordam com os benefícios psicológicos proporcionados pela prática do exercício físico, mas as diferenças não são significativas. O grupo dos viúvos é quem menos certeza tem desses benefícios.

Em relação às expectativas de auto-eficácia, os resultados nos três grupos situam-se abaixo dos 50%, encontrando-se as diferenças em menos de 1%; nenhuma destas diferenças revela significado estatístico.

5.3.3 - Expectativas de Auto-Eficácia por Agregado Familiar

O quadro 5.10 apresenta os resultados relativos à distribuição de valores médios das expectativas de auto-eficácia, pelos sujeitos com diferente agregado familiar.

Quadro 5.10 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por agregado familiar.

	sózinho (n= 58)	família (n=77)	lar (n= 64)	f	p
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
Expect. Result. (Benef. Fis.)	1,79 ± 0,62	1,71 ± 0,83	1,98 ± 0,60	2,77	0,07
Expect. Result. (Benef. Psic.)	1,89 ± 0,74	1,91 ± 0,84	2,19 ± 0,70	3,01	0,05*
Expectativas de Auto-eficácia	52,74 ± 23,07	48,63 ± 20,63	40,10 ± 24,60	5,01	0,01**

*(p ≤ 0,05)

** (p ≤ 0,01)

A leitura dos resultados do quadro 5.10 revela que em geral, independentemente do agregado familiar, os sujeitos «concordam» que o exercício proporciona benefícios quer físicos quer psicológicos. No entanto, para enfrentar os desafios que a prática lhes coloca, o seu grau de confiança é baixo.

Em relação aos benefícios psicológicos, os residentes no lar são, em média, quem mais dúvidas levanta quanto aos benefícios da prática do exercício físico, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas.

Os sujeitos que vivem sozinhos são quem demonstra significativamente maior confiança para realizar exercício físico, em relação aos que vivem com a família ou os residentes no lar.

Revela ainda que os sujeitos que vivem com a família ou que vivem sozinhos são quem mais concorda com os benefícios físicos proporcionados pelo exercício físico; no entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas.

5.3.4 - Expectativas de Auto-Eficácia por Idade

O quadro 5.11 apresenta os resultados relativos à distribuição dos valores médios das expectativas de eficácia, pelos sujeitos de diferentes grupos de idade,

quanto aos resultados em benefícios, quer físicos quer psicológicos, e quanto à sua auto-eficácia, proporcionados pela prática do exercício físico.

Quadro 5.11 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupo de idade.

	G1 < 65 (n= 42)	65 ≥ G2 ≤ 74 (n=73)	G3 ≥ 75 (n= 84)	f	p
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
Expect. Result. (Benef. Fis.)	1,74 ± 0,80	1,73 ± 0,67	1,94 ± 0,69	2,10	0,13
Expect. Result. (Benef. Psic.)	2,05 ± 0,74	1,96 ± 0,86	1,99 ± 0,72	0,18	0,83
Expectativas de Auto-eficácia	43,11 ± 22,36	51,80 ± 23,10	44,98 ± 23,13	2,52	0,08

Da análise do quadro 5.11, a constatação que fazemos quanto às expectativas de resultado é que, qualquer que seja a idade, os sujeitos «concordam» com os benefícios proporcionados pela prática do exercício físico, embora, à semelhança dos quadros 5.8, 5.9, e 5.10 anteriormente analisados, se mantenha um nível de confiança baixo quanto à sua capacidade de realização.

Outro facto relevante é que, em média, os grupos não mostram diferenças significativas quanto às expectativas de auto-eficácia reveladas.

Apesar das evidencias anteriores, podemos referir que é o grupo dos mais idosos aquele que revela menos convicção na concordância com os benefícios físicos como resultado da prática do exercício físico; porém, são os mais novos (G1) que colocam mais reservas quanto aos benefícios psicológicos proporcionados pelo exercício físico; em relação às expectativas de auto-eficácia, o grupo intermédio com valores médios ligeiramente acima dos 50% é quem demonstra maior confiança para realizar o exercício físico, mesmo em situações conflituais.

5.3.5 - Expectativas de Auto-Eficácia por Nível de Escolaridade

O quadro 5.12 apresenta os resultados relativos à distribuição dos valores médios das expectativas de auto-eficácia dos sujeitos de diferentes níveis de

escolaridade. Os resultados referem-se às expectativas de benefícios físicos, psicológicos, e de auto-eficácia, proporcionados pela prática do exercício físico.

Quadro 5.12 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por nível de escolaridade.

	E1 (n= 97) M ± DP	E2 (n= 102) M ± DP	t	p
Expectativas Resultado (Benefícios Físicos)	1,85 ± 0,60	1,80 ± 0,80	0,49	0,63
Expectativa Resultado (Benefícios Psicológicos)	2,08 ± 0,77	1,91 ± 0,77	1,54	0,13
Expectativas de Auto-eficácia	43,35 ± 23,48	50,64 ± 22,34	0,25	0,03*

***(p ≤ 0,05)**

Ao observar o quadro 5.12, verificamos que é o grupo de sujeitos com maior escolaridade que revela valores médios de expectativas ligeiramente superiores ao grupo com menos do que a 4ª classe no que se refere quer aos benefícios físicos, quer aos psicológicos do exercício físico. As diferenças não são, contudo, estatisticamente significativas.

Em relação ao nível de confiança para realizar exercício físico, os dados do quadro revelam que é o grupo com mais escolaridade que demonstra valores significativamente mais elevados (p ≤ 0,05).

5.3.6 – Expectativas de Auto-Eficácia, por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física.

No quadro 5.13 são apresentados os resultados relativos à distribuição de valores médios das expectativas de auto-eficácia de acordo com a participação ou não em programas de actividade física organizada.

Quadro 5.13 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p das expectativas de auto-eficácia, distribuídos por grupo de envolvimento ou não em programas de actividade física organizados.

	Participantes (n= 109) M ± DP	não Participantes (n= 90) M ± DP	t	p
Expectativas Resultado (Benefícios Físicos)	1,99 ± 0,69	1,61 ± 0,69	3,85	0,00**
Expectativa Resultado (Benefícios Psicológicos)	1,96 ± 0,70	2,03 ± 0,86	-0,64	0,52
Expectativas de Auto-eficácia	49,13 ± 24,29	44,61 ± 21,53	1,37	0,17

**** (p ≤ 0,01)**

No quadro 5.13 podemos verificar que, em geral, ambos os grupos «concordam» com os benefícios, quer físicos quer psicológicos da realização do exercício, mas a confiança para os realizar é inferior a 50%.

Podemos verificar também que, em relação à comparação das médias entre os grupos, existe diferença de médias estatisticamente significativa entre os grupos na variável benefícios físicos. É o grupo dos não praticantes aquele que concorda mais convictamente que o exercício físico promove o bem-estar, fortalece os músculos e os ossos e melhora a resistência na execução das tarefas diárias.

Em relação aos benefícios psicológicos e auto-eficácia, os valores para as expectativas apresentam diferenças que não são estatisticamente significativas.

5.4 – Atitude

1.3.1 – Atitude por sexo

Os resultados relativos à distribuição de valores médios entre os sujeitos do sexo masculino e feminino, em cada uma das sub-escalas da atitude estão expressos no quadro 5.14.

Quadro 5.14 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p para cada grupo de sexo, nas sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.

	masculino (n=104)	feminino (n=96)	t	P
	M ± DP	M ± DP		
atitude (libertação de tensão)	4,15 ± 0,75	4,24 ± 0,75	-0,85	0,40
atitude (promoção da saúde)	4,26 ± 0,73	4,37 ± 0,74	-1,07	0,29
atitude (exercício vigoroso)	4,17 ± 0,72	4,28 ± 0,80	-1,00	0,32
atitude (benefícios sociais)	4,51 ± 0,69	4,51 ± 0,73	-0,03	1,00

Da sua análise, podemos verificar que ambos os grupos revelam uma atitude muito positiva face ao exercício físico, pois, em média, revelam valores superiores a 4 («concordo» na escala de avaliação).

Verificamos também que não existem diferenças de médias estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, é o grupo feminino que na maioria dos seus elementos, revela concordar totalmente que a actividade física ajuda a libertar tensões e emoções, promove a melhoria da saúde, deve ser executado regularmente e é boa forma para conviver.

Na sub-escala para os benefícios sociais, os resultados médios são idênticos para ambos os grupos.

5.4.2 – Atitude por estado civil

Os resultados relativos à distribuição de valores médios entre os sujeitos casados, solteiros/divorciados e viúvos, em cada uma das sub-escalas da atitude, estão expressos no quadro 5.15

Quadro 5.15 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p para cada estado civil, em cada uma das sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.

	casado (n=52) M ± DP	solteiro/divorciado (n=50) M ± DP	viúvo (n=97) M ± DP	f	P
atitude (libertação de tensão)	4,36 ± 0,86	4,10 ± 0,61	4,15 ± 0,74	1,88	0,16
atitude (promoção da saúde)	4,45 ± 0,88	4,30 ± 0,51	4,24 ± 0,74	1,40	0,25
atitude (exercício vigoroso)	4,37 ± 0,88	4,17 ± 0,57	4,17 ± 0,77	1,29	0,28
atitude (benefícios sociais)	4,55 ± 0,86	4,62 ± 0,39	4,43 ± 0,74	1,26	0,29

Os valores apresentados no quadro 5.15 revelam pequenas diferenças, sem significado estatístico, para os valores das médias.

Revelam também que a maioria dos sujeitos demonstra uma atitude positiva ao concordar totalmente com os benefícios da actividade física em cada uma das quatro sub-escalas.

De destacar o facto de ser o grupo dos casados, o que apresenta resultados mais próximos do valor máximo 5 (“concordo totalmente”), em todas as

sub-escalas, excepto para os benefícios sociais, em relação aos quais, é o grupo dos solteiros/divorciados quem mais se aproxima do valor máximo referenciado.

Realce para os valores da variação, muito elevados em para todas as sub-escalas.

5.4.3 – Atitude por Agregado Familiar

Os resultados relativos à distribuição de valores médios do agregado familiar, pelo grupo dos que vivem sozinhos, com a família ou no lar, em cada uma das sub-escalas da atitude estão expressos no quadro 5.16.

Quadro 5.16 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p para cada tipo de agregado, em cada uma das sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.

	sózinho (n=58)	família (n=77)	lar (n=64)	f	P
	M ± DP	M ± DP	M ± DP		
atitude (libertação de tensão)	4,16 ± 0,84	4,31 ± 0,80	4,08 ± 0,55	1,74	0,18
atitude (promoção da saúde)	4,25 ± 0,82	4,45 ± 0,80	4,20 ± 0,52	2,29	0,10
atitude (exercício vigoroso)	4,22 ± 0,80	4,36 ± 0,79	4,06 ± 0,64	2,83	0,06
atitude (benefícios sociais)	4,51 ± 0,78	4,44 ± 0,85	4,60 ± 0,39	0,91	0,41

Ao observarmos o quadro 5.16, constatamos que, de um modo geral, todos os sujeitos revelam concordar com os benefícios da prática da actividade física, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, o grupo dos que vivem com a família revela resultados mais elevados em todas as sub-escalas, excepto para os benefícios sociais. Nesta, foi o grupo dos sujeitos que vive no lar quem revelou valores mais elevados.

5.4.4 – Atitude por Idade

Os resultados relativos à comparação de médias em função da idade, para cada uma das sub-escalas da atitude, estão expressos no quadro 5.17.

Quadro 5.17 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p para cada grupo de idade, nas sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.

	G1 (n=42) M ± DP	G2 (n=73) M ± DP	G3 (n=84) M ± DP	f	P
atitude (libertação de tensão)	4,29 ± 0,60	4,24 ± 0,84	4,10 ± 0,72	1,06	0,35
atitude (promoção da saúde)	4,41 ± 0,58	4,30 ± 0,86	4,27 ± 0,69	0,52	0,59
atitude (exercício vigoroso)	4,33 ± 0,48	4,19 ± 0,90	4,19 ± 0,73	0,58	0,56
atitude (benefícios sociais)	4,64 ± 0,53	4,45 ± 0,87	4,50 ± 0,62	1,03	0,36

O quadro 5.17 permite-nos observar que os sujeitos demonstram uma atitude positiva face ao exercício físico, independentemente da idade, já que as diferenças não são estatisticamente significativas.

No entanto, podemos acrescentar que são os sujeitos mais novos quem expressa valores mais elevados, reveladores de uma atitude muito positiva face ao exercício físico, embora as diferenças de médias entre os grupos não sejam estatisticamente significativas, em qualquer das sub-escalas ($p \geq 0,05$).

5.4.5 – Atitude por Nível de Escolaridade

Os resultados relativos à distribuição de médias dos diferentes grupos de nível de escolaridade para cada uma das sub-escalas da atitude estão expressos no quadro 5.18.

Quadro 5.18 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p para cada nível de escolaridade, nas sub-escalas da atitude: libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais.

	E1 (n=97) M ± DP	E2 (n=102) M ± DP	t	P
atitude (libertação de tensão)	4,11 ± 0,70	4,27 ± 0,79	-1,46	0,15
atitude (promoção da saúde)	4,23 ± 0,65	4,39 ± 0,80	-1,52	0,13
atitude (exercício vigoroso)	4,13 ± 0,69	4,31 ± 0,81	-1,72	0,09
atitude (benefícios sociais)	4,62 ± 0,52	4,41 ± 0,84	2,13	0,04*

* ($P \leq 0,05$)

Ao consultarmos os valores da atitude no quadro 5.18, verificamos que os valores registados, são demonstrativos de uma atitude positiva face ao exercício, em ambos os grupos.

O grupo com menor escolaridade é quem revela atitude significativamente mais positiva na sub-escala benefícios sociais; é através do exercício físico que este grupo procura preencher o seu tempo livre, divertir-se e não perdendo o contacto social.

Os sujeitos com mais escolaridade revelam, por sua vez, valores mais elevados nas sub-escalas libertação de tensão, promoção da saúde e exercício vigoroso, sem no entanto, revelarem significado estatístico.

5.4.6 – Atitude por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física.

No quadro 5.19 são apresentados os resultados relativos à distribuição dos valores médios dos resultados obtidos para cada sub-escala da atitude, de acordo com a participação ou não em programas de actividade física organizada.

Quadro 5.19 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p em cada uma das sub-escalas da atitude, distribuídos por grupo de envolvimento ou não em programas de actividade física organizados.

	Participantes (n= 109)	não Participantes (n= 90)	t	p
	M ± DP	M ± DP		
atitude (libertação de tensão)	4,19 ± 0,58	4,20 ± 0,92	-0,13	0,90
atitude (promoção da saúde)	4,32 ± 0,54	4,30 ± 0,92	0,17	0,86
atitude (exercício vigoroso)	4,21 ± 0,62	4,24 ± 0,90	-0,27	0,79
atitude (benefícios sociais)	4,58 ± 0,44	4,42 ± 0,93	1,51	0,13

No quadro 5.19 podemos verificar que para além dos valores revelarem uma atitude positiva face ao exercício físico, não existem diferenças estatisticamente significativas para os valores das médias pois os resultados

obtidos em cada uma das sub-escalas são idênticos, à exceção dos benefícios sociais, onde os praticantes revelam resultados um pouco superiores.

Os valores de variação são muito elevados, sobretudo os relativos ao grupo dos não participantes, muito próximos do valor 1.

5.5 - Suporte Social

5.5.1 – Suporte Social por Sexo

Através do quadro 5.20 são apresentados os resultados relativos à comparação de médias do suporte social que os sujeitos do sexo masculino e feminino recebem, quer seja da família quer dos amigos.

Quadro 5.20 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, para os sujeitos masculinos e femininos.

	masculino (n=104) M ± DP	feminino (n= 95) M ± DP	t	P
suporte social família (participação familiar)	13,96 ± 11,23	14,91 ± 11,81	-0,38	0,71
suporte social família (recompensas e punições)	2,63 ± 1,52	2,95 ± 2,03	-0,60	0,56
suporte social amigos (participação dos amigos)	28,99 ± 11,44	26,38 ± 10,68	-1,33	0,19

Analisando o quadro 5.20, os resultados revelam que, em média, os sujeitos de ambos os grupos recebem muito pouco suporte social.

Embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, o suporte social, em média, é só dado «raramente» pela família, enquanto os amigos o fazem «algumas vezes»; as recompensas/punições raramente são dados pela família.

Devemos destacar ainda, a grande dispersão de resultados em ambos ao grupos.

5.5.2 - Suporte Social por Estado Civil

Através do quadro 5.21 são apresentados os resultados relativos à comparação dos valores médios do suporte social recebido pelos sujeitos casados, solteiros/divorciados e viúvos, quer seja fornecido pela família quer pelos amigos.

Quadro 5.21 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, para os sujeitos casados, solteiros/divorciados e viúvos.

	casado (n = 52)	solteiro/divorciado (n=50) M ± DP	viúvo (n= 97) M ± DP	f	P
suporte social família (participação familiar)	23,85 ± 12,44	7,50 ± 6,46	12,92 ± 9,67	37,47	0,00**
suporte social família (recompensas e punições)	3,90 ± 2,00	1,86 ± 1,59	2,66 ± 1,41	20,68	0,00**
suporte social amigos (participação dos amigos)	25,33 ± 10,77	27,52 ± 11,10	29,15 ± 11,23	2,03	0,13

** ($p \leq 0,001$)

Os resultados do quadro 5.21 mostram que, em média, em relação ao apoio familiar, os sujeitos casados recebem «algumas vezes», os viúvos «raramente» recebem e os solteiro/divorciados não recebem «nenhum» incentivo nem palavras de encorajamento para continuar ou iniciar a prática de exercício físico; em relação às recompensas/punições, os casados «raramente» recebem, enquanto os solteiros/divorciados e viúvos não recebem «nenhum» reforço como por exemplo uma prenda ou algo que valorize a prática. Estes resultados são estatisticamente significativos.

Em relação ao suporte social dado pelos amigos, embora os sujeitos viúvos revelem valor mais elevado, os resultados indicam que os grupos o recebem «algumas vezes» ou «raramente», apesar de as diferenças não terem significado estatístico.

5.5.3 - Suporte Social por Agregado Familiar

No quadro 5.22 são apresentados os resultados relativos à distribuição dos valores médios para os sujeitos que vivem sozinhos, com a família, ou no lar, do suporte social que recebem, quer da família, quer dos amigos.

Quadro 5.22 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, por agregado familiar.

	sozinho (n = 58)	família (n=77) M ± DP	lar (n= 64) M ± DP	f	P
suporte social família (participação familiar)	12,74 ± 9,35	21,88 ± 11,35	6,94 ± 7,28	43,46	0,00**
suporte social família (recompensas e punições)	2,81 ± 1,39	3,61 ± 1,74	1,77 ± 1,63	22,92	0,00**
suporte social amigos (participação dos amigos)	28,60 ± 9,46	25,87 ± 11,46	29,22 ± 11,96	1,84	0,16

** ($p \leq 0,001$)

Pela análise do quadro 5.22, verificamos que os valores encontrados são muito reduzidos, correspondendo, em alguns casos, ao abandono completo.

Numa análise mais detalhada, podemos ver que os sujeitos que vivem com a família recebem apoio desta, algumas vezes ou raramente, enquanto que os que vivem sozinhos e no lar não recebem nenhum. Outro aspecto importante é que se verifica que a família nunca ou raramente pune ou dá recompensas, sendo os que vivem no seio da família aqueles que melhores resultados apresentam. Estes resultados são estatisticamente significativos.

Os sujeitos que vivem no lar são o grupo que recebe algumas vezes apoio dos amigos, enquanto o grupo que vive com a família recebe raramente, embora as diferenças de médias entre os grupos não sejam estatisticamente significativas.

5.5.4 - Suporte Social por Idade

Através do quadro 5.23 são apresentados os resultados relativos à distribuição de valores médios para os diferentes grupos de idade, do suporte social recebido, quer seja da família quer dos amigos.

Quadro 5.23 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de f e p por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, por grupo de idade.

	G1 ≤ 64 (n= 42)	74 ≤ G2 ≥ 65 (n=73)	G3 ≥ 75 (n= 84)	f	P
		M ± DP	M ± DP		
suporte social família (participação familiar)	18,90 ± 13,49	15,75 ± 10,87	11,00 ± 9,96	7,93	0,00**
suporte social família (recompensas e punições)	3,36 ± 2,24	3,05 ± 1,61	2,26 ± 1,53	7,04	0,00**
suporte social amigos (participação dos amigos)	24,74 ± 10,66	27,96 ± 10,92	29,06 ± 11,39	2,16	0,12

**** (p ≤ 0,001)**

A análise do quadro 5.23 permite constatar que a quantidade de suporte social recebida para o exercício é, de uma maneira geral, muito reduzida.

Podemos igualmente observar uma diminuição dos valores médios dos tipos de suporte social familiar com o aumento da idade, isto é, enquanto os mais novos recebem «algumas vezes» ou «raramente», os mais velhos não recebem «nenhum» apoio familiar. Em relação às punições/recompensas os resultados são idênticos. As diferenças de médias são estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$).

Em relação ao apoio fornecido pelos amigos, verificamos, pelo contrário, um aumento dos valores médios com o aumento da idade, contudo, este incremento não é estatisticamente significativo ($p > 0,05$).

Devemos referir também que dentro dos grupos se verifica uma variação muito grande nos resultados.

5.5.5 – Suporte Social por Nível de Escolaridade

Através do quadro 5.24 são apresentados os resultados relativos à distribuição dos valores médios para o suporte social que os sujeitos com diferente nível de escolaridade recebem, quer seja da família quer dos amigos.

Quadro 5.24 – média e desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p por cada tipo de suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, por nível de escolaridade.

	E1 (n= 97)	E2 (n= 102)	t	P
	M ± DP	M ± DP		
suporte social família (participação familiar)	10,37 ± 9,53	18,25 ± 11,92	-5,17	0,00**
suporte social família (recompensas e punições)	2,34 ± 1,71	3,21 ± 1,75	-3,53	0,00**
suporte social amigos (participação dos amigos)	27,09 ± 9,88	28,36 ± 12,23	-0,81	0,42

**** (p ≤ 0,01)**

O que nos mostra o quadro 5.24 é que os sujeitos com mais escolaridade «raramente» recebem apoio, ou recompensa/punição da família; aqueles com menos escolaridade não recebem «nenhum» apoio, nem recompensa/punição. As diferenças de valor encontradas para o suporte social familiar são estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$).

Aquilo que nos revelam os resultados acerca do suporte fornecido pelos amigos é que estes «raramente» fornecem apoio, não apresentando as diferenças de médias significado estatístico.

5.5.6 – Suporte Social por Grupo de Envolvimento em Programa de Actividade Física.

No quadro 5.25 são apresentados os resultados relativos à distribuição dos valores médias do suporte social, de acordo com a participação ou não em programas de actividade física organizados.

Quadro 5.25 – média, desvio-padrão, número de sujeitos (n), valor de t e p, do suporte social recebido, dado pela família e pelos amigos, distribuídos por grupo de envolvimento ou não em programas de actividade física organizados.

	Participantes (n= 109)	não Participantes (n= 90)	t	p
	M ± DP	M ± DP		
suporte social familiar (participação familiar)	11,94 ± 9,83	17,41 ± 12,65	-3,36	0,00**
suporte social família (recompensas e punições)	2,46 ± 1,55	3,18 ± 1,96	-2,89	0,00**
suporte social amigos (participação dos amigos)	33,79 ± 8,23	20,42 ± 9,73	10,50	0,00**

** ($p \leq 0,01$)

No quadro 5.25 podemos verificar que em geral, os valores mais elevados registados correspondem apenas a «algumas vezes» em que o suporte social para o exercício foi recebido pelo grupo dos participantes.

Podemos igualmente verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto no suporte fornecido pela família como pelos amigos.

Algumas evidências mostram que os não participantes «raramente» recebem apoio, enquanto os participantes não recebem «nenhum» apoio familiar; que são os não participantes quem recebe mais punições/recompensas; os participantes são quem recebe, «algumas vezes», apoio dos amigos, enquanto os não participantes «raramente» recebem apoio. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas.

Os valores de variação demonstram que os grupos registam uma elevada dispersão interna.

5.6 - ESTUDO DAS CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DA ACTIVIDADE FÍSICA E AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS

No sentido de dar mais expressão aos resultados procedemos à análise da possível correlação que as diferentes variáveis pudessem estabelecer entre si e verificar qual a sua dimensão e sentido.

No quadro 5.26 damos conta das correlações encontradas.

Quadro 5.26 – matriz de correlação entre as variáveis da actividade física ACT DOM, ACT DESP, ACT TL e ACT FIS TOT com as variáveis psicológicas expectativas de auto-eficácia, expectativas de resultado para benefícios físicos e benefícios psicológicos, as sub-escalas da atitude libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso e benefícios sociais e o suporte social recebido da família, as recompensas/punições e o suporte social recebido dos amigos.

	Exp. Aut-Efic	Exp. Result.		Atitude			Suporte Social			
		BenFis	BenPsi	LibTen	ProSaú	ExeVig	BenSoc	Fam	R/P	Ami
ACT DOM	0,287**	-0,152*	-0,222**	0,140*	0,109	0,114	0,067	0,266**	0,341**	-0,023
ACT DESP	0,163*	0,065	-0,077	0,071	0,051	0,017	0,050	0,042	-0,018	0,439**
ACT TL	-0,041	0,251**	0,094	-0,225**	-0,149*	-0,124	0,027	-0,264**	-0,210**	0,305**
ACT FIS TOT	0,137	0,211*	0,024	-0,104	-0,062	0,063	0,040	-0,128	0,175*	0,530**

* ($R \leq 0,05$)

** ($R \leq 0,01$)

5.6.1 – Correlações entre a ACT DOM e as variáveis psicológicas e sociais

Os valores de correlação encontrados para a ACT DOM mostram uma associação, na razão inversa, muito baixa com as expectativas de resultado quanto a benefícios físicos, e baixa em relação aos benefícios psicológicos; podemos verificar também uma relação baixa, embora no mesmo sentido, com as expectativas de auto-eficácia. Estes resultados mostram que a influência que uma

variável exerce sobre a outra é pouco expressiva ($R=0,287 \rightarrow R^2=8\%$, por exemplo), o que nos leva a supor que realizar mais tarefas domésticas conduz a variações muito reduzidas nos níveis de eficácia. Estas correlações são estatisticamente significativas.

Relativamente aos valores de correlação encontrados para a atitude, eles mostram uma correlação linear muito fraca para qualquer uma das sub-escalas da atitude, sendo apenas significativa para a libertação de tensão. De facto, a actividade doméstica pode contribuir para a descontração das pessoas mas apenas num pequeno valor ($R=0,140 \rightarrow R^2=2\%$).

A ACT DOM tem uma significativa associação linear positiva baixa com o suporte social e com as recompensas/punições fornecidos pela família.

5.6.2 – Correlações entre a ACT DESP e as variáveis psicológicas e sociais

A ACT DESP revela uma associação positiva muito fraca mas significativa com a auto-eficácia. De facto, a confiança para realizar actividade física aumenta à medida que aumenta a exercitação e a experiência na participação em actividades desportivas.

Podemos também verificar que não se correlaciona com nenhuma das sub-escalas da atitude de forma significativa.

Já em relação ao suporte social, revelam que existe uma associação significativamente moderada e positiva com o suporte social fornecido pelos amigos, i. é., os amigos podem ser os impulsionadores da realização e da participação em actividades desportivas assim como estas são um excelente meio para promover e manter o contacto com o seu grupo de amigos, evitar o isolamento, não deixar que a sua rede social se rompa.

5.6.3 – Correlações entre a ACT TL e as variáveis psicológicas e sociais

Podemos verificar a partir do quadro 5.26 uma correlação positiva e significativamente baixa entre as ACT TL e as expectativas de obter benefícios físicos com a sua realização. Na realidade, os resultados levam a supor que as actividades realizadas por estes indivíduos promovem pouco os benefícios físicos.

Podemos ainda constatar que existe correlação negativa significativamente baixa com a sub-escala libertação de tensão e muito baixa com a sub-escala promoção da saúde. A prática ou não de actividades de tempo livre não parece ser uma questão de atitude.

Os valores de correlação encontrados para as ACT TL e a família e recompensa/punição são significativos baixos e com orientações opostas, o que sugere que as ACT TL afastam os indivíduos da família e por esse motivo o apoio e os incentivos a essas práticas é reduzido e de sentido contrário; por outro lado os amigos são quem mais incentiva, apresentando uma correlação significativamente positiva, mas baixa, crescendo este com o aumento da participação nas actividades.

5.6.4 – Correlações entre a ACT FIS TOT e as variáveis psicológicas e sociais

Os valores encontrados expressam uma correlação positiva, embora muito baixa entre a ACT FIS TOT e as expectativas de resultado para os benefícios psicológicos e as expectativas de auto-eficácia. Parece que o envolvimento na actividade física faz variar muito pouco a confiança das pessoas para realizar

determinadas tarefas e que contribui pouco para a sua satisfação e boa disposição.

Em relação aos benefícios físicos, o quadro 5.26 revela uma correlação positiva e significativa, embora os valores sejam muito reduzidos.

Não se verificou qualquer correlação significativa com a atitude. A actividade física total, conforme se constata pelo quadro 5.26, pode funcionar independentemente da atitude.

O que podemos verificar é que os valores são significativamente muito baixos e no mesmo sentido em relação às recompensas/punição.

O mesmo já não acontece com o suporte social fornecido pelos amigos. Aquilo que nos mostram os números é que existe uma associação significativamente moderada e positiva, significando que a influência que exerce sobre a ACT FIS TOT pode concorrer para aumentar os seus níveis em cerca de 28% ou vice versa.

VI – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

6 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O ponto de partida para a nossa análise e discussão dos resultados tem por base os valores obtidos através dos questionários da actividade física, das expectativas de auto-eficácia, da atitude e do suporte social face ao exercício físico, e fazer a sua comparação com outros já publicados em relação ao sexo, estado civil, agregado familiar, idade, nível de escolaridade e envolvimento em programas de actividade física.

6.1 – Comparação por Sexo

Na pesquisa bibliográfica efectuada, verificamos que, em geral, os resultados mostram que os homens são mais activos do que as mulheres, assim como variações importantes entre os grupos, em relação à auto-eficácia, atitude e suporte social recebido, face ao exercício (Simonsick et al., 1993; King et al., 2000a; Kaplan et al., 2001; Booth et al., 2000; Bourdeaudhuij e Sallis, 2002; King et al., 2000b).

Relativamente ao estudo por nós realizado, verificamos que as diferenças existentes entre os grupos não se mostraram todas significativas, e a supremacia foi alternando entre os dois grupos. Assim, temos que para o grupo masculino foram encontrados valores superiores e estatisticamente significativos na actividade física apenas na sua componente ACT TL, e nas expectativas de resultado, quanto aos benefícios psicológicos. Para o grupo feminino, a sua superioridade foi significativa apenas na actividade física ao nível da ACT DOM.

O que ressalta da comparação dos resultados da ACT DOM é o facto de serem as mulheres quem revelou valores médios mais elevados com diferença estatisticamente significativa, em relação aos homens. Este era um resultado esperado o que aliás é concordante com os obtidos em trabalhos anteriormente realizados (Calejo, 1997; Cachapuz, 1998; Rodrigues, 2000, Jacobs et al., 1993;

Von Der Homberg et al., 1995). Porém, os valores encontrados no nosso estudo (Quadro 5.2) são muito inferiores aos verificados por Cachapuz (1998) no seu estudo sobre as exigências da actividade física diária de uma população de adultos idosos, de ambos os sexos, envolvida num programa de actividade física organizado e formal. A autora encontrou valores de ACT DOM para o grupo feminino ($2,15 \pm 0,29$) e para o grupo masculino ($1,61 \pm 0,60$).

Em relação à prática de ACT DESP, os resultados do nosso estudo revelam uma expressão muito reduzida em ambos os grupos (quadro 4.1). No entanto, e apesar das diferenças não serem significativas, o que se verifica é que os homens revelam praticar mais, em média, do que as mulheres. Estes resultados estão em consonância com os referidos por Kaplan et al. (2001) que demonstrou valores inferiores para as mulheres (49,6%) que realizam frequentemente actividade física em relação aos homens (57%).

Os resultados das ACT TL expressam a tendência significativa para uma maior participação dos sujeitos masculinos. De facto, embora se perceba hoje uma maior participação das mulheres nas actividades físicas no âmbito dos comportamentos sociais, o peso das suas atribuições como avó, mãe e esposa e também as acções de prestação de cuidados e auxílio aos familiares retiram-lhes tempo e por vezes até disposição para a realização de outras actividades.

Também Cachapuz (1998) obteve valores inferiores de ACT TL das mulheres ($2,73 \pm 2,26$) em relação aos homens ($3,13 \pm 2,27$), porém, com números um pouco mais elevados nas mulheres mas inferiores nos homens em comparação com o nosso estudo. O facto de a amostra ser maioritariamente composta por mulheres que realizam na sua totalidade actividade física organizada duas vezes por semana e ainda, uma parte delas (60,7%) pratica natação uma vez por semana, pode estar na base da diferença.

O grupo do sexo masculino continua a evidenciar para a ACT FIS TOT valores superiores em relação ao sexo feminino, apesar de as diferenças não

serem significativas. Esta evidência aparece também nos trabalhos de Cachapuz (1998), embora com resultados mais elevados ($9,50 \pm 3,89$; $9,18 \pm 2,56$) e Van Den Homberg (1995), que segue a mesma tendência ($9,57 \pm 7,89$; $6,37 \pm 2,67$ para masculino e feminino, respectivamente). Qualquer destes resultados é bastante superior aos nossos, talvez devido ao facto de os elementos daqueles grupos realizarem mais ACT DESP do que os elementos da nossa amostra.

No que respeita ao sentimento de eficácia, os resultados revelam não existirem diferenças significativas entre os grupos, apontando para uma confiança moderada face à realização do exercício físico tanto dos homens como das mulheres.

O estudo realizado por Sears e Stanton (2001), com uma amostra composta por 86 mulheres, com idades entre os 18 e 68 anos e uma escolaridade que variava dos 11 aos 25 anos pretendeu verificar os efeitos da violação das expectativas de resultado e de auto-eficácia no comportamento do exercício. À semelhança do nosso estudo, os resultados revelaram que em média os sujeitos mostraram também estarem moderadamente confiantes de que poderiam realizar exercícios em várias situações. Pensamos que os resultados obtidos espelham também um pouco daquilo que se passa nas actividades organizadas para os idosos que ou não são revelados à partida os objectivos ou, na falta destes, os participantes já transportam consigo algumas expectativas que, se não forem trabalhadas podem levar ao descrédito das actividades e à perda de confiança.

Quanto às expectativas de resultado em relação aos benefícios psicológicos, apesar de ambos os grupos acreditarem que o exercício proporciona ganhos, verificamos que a diferença de médias entre os grupos é significativa ($p \leq 0,00$), sendo o sexo feminino quem expressa valores superiores aos do sexo masculino. As mulheres concordam que o exercício lhes

proporciona boa disposição, lhes causa satisfação e é uma actividade do seu agrado, mais do que os homens.

Quanto aos benefícios físicos, os resultados são idênticos aos anteriores, embora não existam diferenças significativas entre os grupos.

O estudo realizado por nós demonstra que ambos os grupos têm atitudes muito positivas face ao exercício físico. Das pequenas diferenças de média verificadas entre os grupos masculino e feminino, para as sub-escalas da atitude, nenhuma se revelou significativa, embora os valores do grupo feminino fossem superiores, excepto para os benefícios sociais que são semelhantes.

Num estudo levado a cabo por Terry et al. (1997), os resultados revelaram que as mulheres manifestaram atitudes significativamente mais positivas, para as sub-escalas libertação de tensão e benefícios sociais em relação aos homens, o que em parte confirma os nossos resultados.

Oliveira e Duarte (1998), pelo contrário, encontraram valores superiores de média para os sujeitos do sexo masculino, embora as diferenças não sejam significativas. As autoras referem ainda que os itens mais referidos por ambos os sexos diziam respeito à promoção da saúde e convívio/lazer. De facto, a não existência de diferenças significativas de médias entre homens e mulheres faz supor que o exercício é entendido como benéfico para a saúde e complementar das tarefas diárias como forma de compensar perdas sentidas no dia a dia, por ambos os grupos.

Por sua vez, os resultados para o suporte social recebido, para além de demonstrarem uma fraca relação de suporte, mostraram que existem pequenas diferenças entre os grupos mas sem significado estatístico. Independente do género, referem que apenas «algumas vezes» é que recebem um incentivo ou encorajamento tanto da família como dos amigos; a acrescentar ao rol de indiferença, os sujeitos referiram que «raramente» recebem recompensas pelo seu esforço, embora também «raramente» recebam punições.

De facto, a família é vista como mais protectora das mulheres, realçando um certo estatuto familiar e talvez maior fragilidade social, enquanto o grupo de amigos acolhe mais os homens, realçando a sua postura menos caseira. Contudo, não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos.

6.2 – Comparação por Diferente Estado civil

Quando passamos a estudar os resultados com a reorganização dos valores pelos grupos casado, solteiro/divorciado e viúvo, o que verificamos é que as diferenças significativas entre eles conferem superioridade dos solteiros/divorciados nas componentes da actividade física ACT TL e ACT FIS TOT; dos casados quanto às expectativas de resultado para benefícios físicos e ao suporte social recebido pela família e às recompensas/punições.

Não há diferenças significativas entre os grupos, ainda assim, os resultados obtidos apontam para o grupo dos indivíduos casados como aquele que realiza mais ACT DOM. No estudo, cuja finalidade era identificar factores associados com a frequência com que os idosos realizam actividade física, Kaplan et al. (2001) referem que os homens e mulheres não casados são menos activos que os casados.

Do conjunto de resultados obtidos, apesar das diferenças não serem significativas, o que se verifica é que são os viúvos, quem mais pratica ACT DESP. Estes resultados não estão em consonância com os referidos por Kaplan et al. (2001) que demonstrou valores para os casados (55,4%) superiores aos dos não casados (49,6%).

Os valores mais elevados encontrados para a participação dos indivíduos solteiros/divorciados em ACT TL sugerem, provavelmente, que por estarem menos vinculados a compromissos familiares, estes estão mais disponíveis para estas actividades.

Os solteiros/divorciados são, em relação aos viúvos e casados, aqueles que realizam significativamente mais ACT FIS TOT, de acordo com os resultados expressos no quadro 5.3. Estas diferenças são provocadas sobretudo pela simples razão de serem eles quem mais participa em ACT TL, uma vez que, em nosso entender, encontraram uma forma de preencher o quotidiano, através do jogo de boccia. Resultados similares já tinham sido encontrados por Garcia e King (1991), ao analisar a relação entre o estado civil e a adesão ao exercício. Os autores verificaram que a associação significativa do sexto ao décimo segundo mês ($f=3,2681$; $p<0,05$) com a adesão ao exercício era menor nos indivíduos viúvos do que nos solteiros/divorciados e casados.

Em relação à expectativas de auto-eficácia, os resultados obtidos são abaixo dos 50%, com os casados a evidenciarem uma maior confiança média ($47,42 \pm 20,19$) em relação aos viúvos e solteiros/divorciados ($47,13 \pm 23,40$ e $46,65 \pm 25,79$ respectivamente).

Quanto aos benefícios psicológicos, verificamos que as médias entre os grupos são significativamente diferentes ($p \leq 0,01$). O grupo dos casados é significativamente menos céptico face ao sentimento de que o exercício proporciona bem-estar e boa disposição. Em todo o caso, os grupos de idosos não estão grandemente convencidos dos benefícios.

Em relação aos benefícios físicos, os sujeitos masculinos continuam com médias mais altas embora as diferenças não sejam significativas

Apesar das diferenças não serem significativas, é o grupo dos casados quem revela valores superiores em todas as sub-escalas da atitude, excepto na de benefícios sociais, cujo valor mais elevado é dos solteiros/divorciados.

Relativamente ao suporte da família à participação em actividade física, os resultados vêm demonstrar que, de facto, as relações entre os seus membros são muito pouco expressivas, no que respeita ao incentivo para qualquer tipo de actividades. Os resultados apontam nesse sentido porque apenas «algumas

vezes» os casados recebem suporte social da família, os viúvos «raramente», enquanto os solteiros/divorciados não recebem «nenhum»; as recompensas/punições «raramente» são dadas aos casados, enquanto «nenhuma» é dada aos viúvos e solteiros/divorciados, com diferenças significativas entre os grupos.

Os amigos são quem, entre o «raramente» e «algumas vezes» fornecem suporte a todos os grupos, não existindo diferenças significativas entre eles.

6.3 – Comparação Entre diferentes Agregados familiares

O agrupamento dos valores pelos grupos sozinho, família e lar evidenciou superioridade significativa alternada. Assim verificamos que os sujeitos que vivem sozinhos realizam mais ACT DOM, ACT TL, referem maior confiança quanto à sua eficácia na realização das actividades físicas e aos benefícios psicológicos resultantes da sua prática; os sujeitos que vivem em lar manifestam superioridade nas ACT DESP e ACT FIS TOT; os casados recebem mais suporte social e recompensas/punição da família.

Os resultados da nossa amostra, como era de esperar, revelam que quem realiza menos ACT DOM são os sujeitos que residem no lar, enquanto os sujeitos que vivem sozinhos são quem realiza mais ACT DOM. Na realidade viver no lar significa não fazer uma série de tarefas, como ir às compras, arrumar a casa, tratar das roupas, lavar a loiça e limpar o chão que, se por um lado lhes retira esta forma de actividade física, por outro lado deixa-lhes tempo livre que pode ser ocupado com a prática de outras actividades, físicas recreativas ou desportivas.

Entre os grupos definidos, aquele que realiza mais ACT DESP é o dos residentes no lar. Este facto está seguramente relacionado com a participação no campeonato de boccia, competição que tem merecido da parte dos idosos

enorme aceitação, levando-os a praticar, em alguns casos, todos os dias. Outro facto relaciona-se com a participação dos idosos nas sessões de actividade física organizadas que, nos lares onde foram recolhidas as amostras, é já uma realidade.

Os que vivem sozinhos são quem pratica menos ACT DESP, pese embora, como vimos anteriormente e está expresso no quadro 5.4, são o grupo que realiza mais ACT DOM. São também o grupo que pratica mais ACT TL. Os valores encontrados para os indivíduos que vivem sozinhos justificam-se, provavelmente, por estarem mais libertos de afazeres familiares, mas também porque estas são actividades que proporcionam momentos de convívio e companhia, e mantêm os laços sociais.

Quanto á ACT FIS TOT, o grupo residente no lar, é aquele que regista valores significativamente mais elevados, em parte influenciados pela sua componente desportiva, uma vez que participam bastante no jogo de boccia.

Relativamente às expectativas de auto-eficácia, os sujeitos que vivem sozinhos revelam-se moderadamente eficazes, e acreditam que a prática lhes proporciona benefícios psicológicos, com valores significativamente mais elevados em relação aos que vivem em família ou no lar. O convívio, a companhia, os laços sociais, o combate da solidão, que as actividades proporcionam são talvez as razões que justificam os resultados.

Aqueles que vivem com a família são quem mostra maior preocupação pela saúde, pois referem acreditar que a actividade física proporciona benefícios, embora com diferenças não significativas para os outros grupos.

A atitude demonstrada pelos sujeitos do estudo, de uma maneira geral é muito positiva face ao exercício, e as diferenças encontradas não muito reduzidas. Porém, os sujeitos residentes no lar reconhecem na actividade física valores sociais, mais do que os outros grupos, ao passo que nos restantes benefícios é o grupo dos que vivem em família quem exprime maior

reconhecimento. De facto, aquilo que mais deveria caracterizar a vida no lar deveria ser a partilha de tarefas, actividades recreativas, desportivas ou outras mas que promovessem o contacto com o outro, a interacção, a ajuda e cooperação, por forma a criar laços que permitissem maior convívio.

Os resultados verificados indicam os que vivem com a família, como aqueles que recebem mais suporte social, embora só aconteça «algumas vezes» ou «raramente», ao passo que os grupos sozinho e residentes no lar referem não receber «nenhum», sendo o quadro idêntico para recompensas/punições, com diferenças significativas entre os grupos. Ostir et al. (2002) ao estudar os efeitos sobre a saúde, de acções de prestação de cuidados e ajuda directa, as pessoas que realizam essas tarefas manifestam satisfação com a quantidade de suporte que dão à família, aos amigos e à comunidade, reflectidos em resultados melhores de saúde em comparação com outras idosas que manifestaram menos satisfação. Noutros casos não é sequer o tempo de prestação desses cuidados que provoca a satisfação mas antes o sentimento de ser útil na ajuda do próximo.

O apoio dos amigos é sentido mais «algumas vezes» pelos residentes no lar e por aqueles que vivem sozinhos, do que pelos que vivem com a família, embora as diferenças não sejam significativas.

Estes resultados reforçam a ideia de que, os lares não podem nem devem substituir a família e esta deve evitar que o residente se sinta abandonado, promovendo contactos frequentes.

6.4 – Comparação Entre Grupos de Idade

As diferenças significativas encontradas entre os grupos de idade definidos apontam para uma superioridade do grupo com menos idade G1 para as ACT DOM e quanto ao suporte social recebido e punições/recompensas dadas pela família.

O decréscimo de ACT DOM com o aumento da idade é uma constatação nos resultados obtidos, com diferenças significativas, como o demonstra o quadro 4.4. São aliás resultados esperados uma vez que em estudos anteriores os valores mostram a mesma tendência, embora as amostras apresentassem algumas diferenças nos escalões etários formados. Estamos-nos a referir aos trabalhos de Calejo (1997) que indica para o grupo “mais jovem” **G1**, menos de 65 anos ($2,39 \pm 0,32$) e para os seguintes **G2**, entre os 65 e 69 ($2,13 \pm 0,50$), **G3**, entre os 70 e 74 ($1,88 \pm 0,45$) e **G4**, mais de 74 anos ($1,51 \pm 0,51$) e de Rodrigues (2000) que, com uma divisão etária idêntica, registou um decréscimo de **G1**, menos de 65 anos ($1,20 \pm 0,83$) para **G3**, entre os 70 e 74 ($0,73 \pm 0,64$) e **G4**, mais de 74 anos ($0,86 \pm 0,74$), assim como de **G2**, entre os 65 e 69 ($1,11 \pm 0,78$), para **G3** e **G4**. Igualmente, o trabalho de Cachapuz (1998) revela diferenças, embora mínimas e sem significado estatístico, mesmo tendo em conta que a sua amostra é na sua maioria feminina (67 mulheres e 17 homens) e que apenas foi dividida em dois grupos etários, o G1, dos 60 aos 64 anos ($2,15 \pm 0,26$) e G2 dos 70 aos 79 anos ($2,12 \pm 0,35$).

Face aos resultados revistos, parece que, em nosso entender, as diferenças dos valores médios entre as diversas amostras referidas devem estar relacionadas com o estatuto social das mulheres mais velhas que vão recebendo dos familiares, vizinhos e amigos apoio nas tarefas domésticas, já que estas, na nossa sociedade, estão normalmente confiada às mulheres. Ao contrário das outras amostras que revelam diferenças acentuadas e estatisticamente significativas entre os grupos de idade no sentido descendente, a amostra de Cachapuz (1998) revela quase não existir diferenças. Talvez tal facto se deva ao envolvimento que aquelas mulheres têm em actividades desportivas ou de tempo livre que as torna activas e disponíveis para a vida diária e naturalmente para as tarefas de casa. Por outro lado talvez se explique a diminuição dos níveis de actividade física pelo aumento da idade e os problemas associados com as doenças (Von Der Homberg, 1995). Já Sousa (1993), para além de se referir aos problemas de saúde como os responsáveis pelas perdas de mobilidade, refere também o baixo nível sócio-económico e

sócio-cultural dos idosos que os afastava dessas práticas, sobretudo os residentes em lares.

Comparando os nossos resultados relativos aos grupos de idade (quadro 5.5), com os do estudo de Calejo (1997), verificamos que são igualmente os grupos de mais idade aqueles que apresentam valores mais elevados: o G3 ($1,82 \pm 0,89$) e o G4 ($1,62 \pm 1,20$), contra o G1 ($1,45 \pm 0,72$) e G2 ($1,13 \pm 0,87$). Contudo, estes valores são muito superiores aos nossos, sobretudo nos grupos mais activos, o que se deve, em nosso entender, a diferenças na configuração da amostra.

Um aspecto relevante é o facto do valor de variação exceder a média, em todas as variáveis, o que indica grande dispersão dos resultados.

Na ACT DESP verifica-se que é o grupo com mais idade quem mais se dedica ao desporto. Embora com valores modestos, este grupo, talvez motivado pelo jogo adoptado, é o que mais elementos apresenta na constituição das equipas.

Relativamente às ACT TL, onde as diferenças encontradas não são significativas, os resultados apontam para uma maior participação dos mais idosos (G3 – mais de 74 anos). Calejo (1997) também encontrou valores mais altos de ACT TL no G4 (os mais idosos com idade superior a 74 anos) e no G2 (entre 65 e 70 anos), ao passo que na amostra de Cachapuz (1998) é o G1 (60 – 64 anos), i. é., o grupo das mais novas quem apresenta valores mais elevados, justificando o facto por ser quem realiza maior quantidade de ACT DESP. Em relação à nossa amostra, julgamos que este resultado está relacionado com a motivação gerada pelos encontros entre Instituições, assim como a vontade de melhorar a sua prestação em jogo. Alguns idosos referiram mesmo que não passava um dia sem que fizessem, pelo menos, um jogo.

Em relação à ACT FIS TOT, os mais novos, são quem regista valores superiores, embora não seja significativa a diferença. De facto, regista-se

resultado idêntico embora por números superiores na amostra de Cachapuz (1998), enquanto com Calejo (1997) e Rodrigues (2000), os valores são inferiores. A diminuição da ACT FIS TOT com a idade é uma evidencia, embora ela possa ser atrasada através da participação em variadas actividades, mantendo um estilo de vida activo.

O grupo dos sujeitos que se sentem mais eficazes e que acredita que a actividade física proporciona benefícios, G2, compreende as idades entre 65-74 anos, registou valores medianos ($51,80 \pm 23,10$) em relação à sua auto-eficácia, o que pressupõe um aumento da auto-eficácia com a idade, relativamente ao grupo G1, que compreende as idades 50-64 anos ($43,11 \pm 22,36$). Estes valores não correspondem aos de Wilcox e Storandt (1996), que estudaram numa amostra de 121 mulheres, distribuídas por grupos de idade (20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-85) e por praticantes e não praticantes, as relações entre a idade, o exercício e as variáveis psicológicas auto-motivação, auto-eficácia e atitude para o exercício, verificando uma relação pequena mas negativa com a idade. Pensamos que o aumento verificado nos sujeitos que constituem a nossa amostra está relacionado com a tentativa de mostrar que ainda são capazes de realizar tarefas; que o facto de deixarem de trabalhar não quer dizer que são incapazes. No entanto verificamos um decréscimo no grupo dos mais idosos G3, com mais do que 75 anos, que estará, com certeza, relacionado com uma postura mais contida, com mais receios e talvez mais influenciada negativamente por familiares.

A mulheres mais novas demonstraram atitudes mais positivas para o exercício que as mais idosas (Wilcox e Storandt, 1996). O pensamento que o exercício é agradável e benéfico para a saúde diminuí com o aumento da idade.

No estudo que realizamos, o grupo de menor idade foi aquele em que se verificou valores mais elevados em todas as sub-escalas. Estes resultados são corroborados pelos obtidos por Oliveira e Duarte (1998), onde o grupo mais jovem obteve valores superiores na maioria dos itens. O facto de não se

verificarem diferenças significativas entre os grupos tanto num estudo como noutra é reforçado pelo estudo de Terry et al. (1997).

Existe uma razão para que muitas mulheres idosas não acreditem nos benefícios do exercício (Killenberg, 2002), que é a atitude estereotipada de que o exercício é, de algum modo, impróprio para as pessoas da sua idade.

As atitudes negativas impedem os idosos de apreciarem os benefícios do exercício para a saúde.

É necessário desafiar os estereótipos acerca da idade, que fazem com que os idosos assistam com resignação ao seu declínio físico e psicológico sem nada fazerem para atenuar as perdas.

Uma forma de fazer perceber aos idosos de que são capazes, é realizar os exercícios utilizando outros idosos mais activos como modelo. Os exercícios deverão ser ajustados ao grupo.

O grupo com menor idade é aquele que refere receber suporte social da família «algumas vezes» ou «raramente», enquanto os de maior idade referem não receber «nenhum». Resultados idênticos são referidos para as recompensas/punições, com diferenças significativas entre os grupos.

Os amigos funcionam, nestes casos, como o refúgio para aqueles que, ou não têm família, ou se desligaram dela, aumentando à medida que a idade também avança, apesar de não se verificarem entre os grupos, diferenças significativas.

Dar suporte social pode ajudar os idosos a manterem a ligação com o outro constituindo-se como uma finalidade ou um significado para a vida (Ostir et al., 2002).

6.5 – Comparação por Nível de Escolaridade

Nesta variável as diferenças significativas encontradas apontam para valores superiores do grupo mais escolarizado, quer na confiança para realizar

as actividades físicas como quer no suporte social recebido e nas recompensas/punições dadas pela família.

Os resultados encontrados revelam-nos que as pessoas com grau de escolaridade maior (ver quadro 5.6) são quem realiza mais ACT DOM. Aliás, noutros estudos, como por exemplo, o realizado por King, et al.(2000b), em que pretendia identificar factores associados significativamente à inactividade física em mulheres com mais de 65 anos, verificou que aos sujeitos menos activos estavam associados valores mais baixos de escolaridade; aos mesmos resultados, i. é., que as pessoas com menos escolaridade não eram tão activas quanto as com mais escolaridade, chegaram também Kaplan et al. (2001) no seu estudo cujo finalidade era identificar os factores associados à frequência com que os idosos realizavam actividade física.

Nas ACT DESP, igualmente o grupo mais escolarizado demonstrou maior participação, provavelmente porque pode estar mais consciente dos benefícios da actividade física, por ser um grupo mais informado, beneficiando de um maior conhecimento das estruturas de apoio, o que implica uma maior capacidade de opção face à realidade.

Nas ACT TL deu-se o inverso, i. é., o grupo menos escolarizado revelou maior participação nas ACT TL, o que no nosso entender se deve à escolha de actividades menos organizadas, que não exijam uma organização e regras muito complexas, embora haja necessidade de maior aprofundamento em futuras investigações.

O nível de escolaridade parece ser um determinante da participação em actividades físicas, associando-se frequentemente na razão directa. Embora os resultados encontrados apontem nesse sentido, as diferenças não são significativas. Porém, num estudo realizado por Oliveira e Duarte (1998), os resultados indicam também que os idosos escolarizados apresentam índices de

participação superior nas actividades físicas verificando-se diferenças entre os grupos, estatisticamente significativas.

Conseguir realizar o exercício com a frequência, a duração e a intensidade necessárias para alcançar os benefícios pretendidos implica uma capacidade de compreensão que em muitos casos não se verifica, comprometendo os resultados. Os resultados obtidos, em nossa opinião, revelam que o grupo dos mais escolarizados E2, apesar de mostrarem valores de confiança significativamente maiores ($50,64 \pm 22,34$) do que o grupo menos escolarizado E1 ($43,35 \pm 23,48$), demonstram bastantes reservas quanto às suas competências. O facto de os que exibem maior escolaridade não ir além do 9º ano (16,6% na nossa amostra) pode contribuir para os moderados resultados alcançados.

O que se constata da análise dos resultados é que, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, o grupo de idosos mais escolarizado referem, nas sub-escalas libertação de tensão, promoção da saúde e exercício vigoroso, atitudes mais positivas, face à actividade física, facto igualmente constatado por Oliveira e Duarte (1998) que salientam, embora com diferenças estatisticamente significativas nos itens 2 e 13 (pertencem à sub-escala promoção da saúde). Na sub-escala benefícios sociais, valores significativamente mais elevados são referidos pelos menos escolarizados. Pensamos poder estar na base destes resultados diferentes opiniões acerca dos benefícios da actividade física, que orientam depois os comportamentos. O procedimento talvez mais adequado deve ser o de fazer compreender às pessoas que o exercício deve ser agradável e contribuir para melhorar a saúde e a sua qualidade de vida.

Existem diferenças significativas entre o suporte e recompensa/punição fornecido «raramente» pela família aos mais escolarizados e o «nenhum» aos menos escolarizados. Relativamente ao suporte fornecido pelos amigos, ele

acontece «raramente» para cada um dos grupos, com diferenças sem significado estatístico.

6.6 – Comparação por Envolvimento ou não, em programa de actividade física Organizado.

Em síntese, o grupo dos envolvidos em programas manifestou valores significativamente mais elevados nas ACT TL, ACT DESP e ACT FIS TOT e no suporte social dado pelos amigos; o grupo dos que não se envolveram esperam, de forma significativamente mais elevada que a prática do exercício proporcione benefícios físicos, para além de receberem mais suporte social e recompensas/punições da família.

Os resultados obtidos com a nossa amostra, demonstram que são os sujeitos não participantes em programas de actividade física organizados quem realiza mais ACT DOM, embora a diferença não seja significativa.

No conjunto das restantes variáveis, e com diferenças significativas, o que se verifica é que são os homens, quem mais pratica ACT DESP. Estes resultados estão em consonância com os referidos por Kaplan et al. (2001) que demonstrou valores inferiores para as mulheres (49,6%) que realizam frequentemente actividade física em relação aos homens (57%); os que possuem menos habilitações (< secundário) apresentam valores de (47,1%), inferiores aos que têm o secundário (57%). No entanto, em relação ao estado civil apresenta resultados contrários, i. é., valores para os casados (55,4%) superiores aos dos não casados (49,6%), assim como em relação à idade, o grupo de menor idade (65-74 anos) apresenta valores superiores (60,5%) aos de 75 anos ou mais (40,3%).

Naturais são os resultados encontrados para maior participação nas ACT TL dos sujeitos que participam em programas de actividade física organizada em

relação aos sujeitos sedentários. Millán (2002) ao apontar benefícios de participação em programas regulares de actividade física para idosos em grupo, aponta entre outros o de potencializar a vontade de realizar outras actividades pelo estímulo que recebem assim como pelo incremento de relações sociais; para as mulheres destaca o facto da participação ser um motivo para sair de casa e não se entregar ao ócio e à passividade do lar.

Em relação à participação ou não em programas de actividade física organizada, a diferença significativa entre os grupos revela claramente que os sujeitos do grupo dos participantes são muito mais activos e disponíveis para outras actividades do que os não participantes.

Wilcox e Storandt (1996), numa amostra só feminina, encontraram valores mais elevados de auto-eficácia nos praticantes do que nos não praticantes. Estes resultados são concordantes com os obtidos na nossa amostra (quadro 4.12), embora as diferenças não sejam significativas. Talvez o tipo de programa que realizam não seja o mais apropriado a esta população. Das quatro formas propostas por Bandura (1977), em que as expectativas de auto-eficácia podem ser desenvolvidas (ver cap. II), a mestria pessoal é aquela que se pensa ter mais poder sobre a eficácia pessoal. Não devem ser menosprezadas, no entanto, as intervenções que visem através da persuasão verbal ou as experiências vicárias uma maior eficácia quando se pretende iniciar intervenções com idosos .

Também concordam que a actividade física proporciona bem-estar psicológico, embora não seja significativa a diferença.

Curioso é o facto de serem os não participantes quem, de forma significativa, concorda que a actividade física proporciona benefícios físicos. Talvez esteja relacionado com relato de outros, com uma visão do desportista como uma pessoa saudável.

Se se pensar que o exercício pode ser desagradável e inútil, a possibilidade de iniciarem a pratica do exercício é muito baixa.

O que verificamos é que tanto os participantes como os não participantes demonstram uma atitude muito positiva face ao exercício. Destacamos o resultado registado pelo grupo dos participantes em relação aos benefícios sociais por ser o mais elevado no conjunto.

Um aspecto que pode exercer influencia é a organização das actividades e os seus conteúdos que devem estar ajustados ao grupo e corresponder às suas expectativas.

Os participantes em programas de exercício vigoroso demonstram uma atitude mais positiva para o exercício (Chang et al., 2003).

Os resultados revelam diferenças entre os grupos, significativas, ao indicarem que os não participantes «raramente» recebem suporte familiar, enquanto os participantes referem não receber «nenhum»; os não participantes são quem refere receber mais recompensas/punições; o suporte dos amigos é fornecido «algumas vezes» aos que participam, enquanto os que não participam, «raramente» recebem apoio.

Provavelmente, a família sente que os participantes já dispensam o seu apoio e por isso voltam-se para os que são menos activos, mostrando que entende os benefícios da actividade física e também uma atitude positiva face às práticas. Os amigos, é natural que tenham as mesmas afinidades e por isso quem participa fá-lo com os amigos e quem não participa também divide o seu tempo com os amigos não participantes.

6.7 – Correlações entre as componentes da actividade física e as variáveis psicológicas e sociais.

6.7.1 – Correlação entre a ACT DOM e as variáveis psicológicas e sociais

Os valores de correlação significativos que foram encontrados para as ACT DOM são:

- muito baixas e negativas para as expectativas de resultado – benefícios físicos: embora constituam para muitos idosos a única fonte de exercício, são para a maioria das pessoas consideradas actividades maçadoras, realizando-as de forma rotineira.

- negativas baixas para as expectativas de resultado - benefícios psicológicos: por outro lado, o facto das ACT DOM serem muito rotineiras, desvalorizadas socialmente e promoverem algum isolamento, podem estar na base da criação nas pessoas de sentimentos de insatisfação e desagrado.

- muito baixas e positivas para sub-escala libertação de tensão da atitude: sendo tarefas do dia a dia e realizadas de forma rotineira, o facto de serem tarefas relativamente simples e obrigando a realizar esforço físico, diríamos que podem ser descarregadas algumas tensões, embora, como indicam os nossos resultados, poucas.

- positivas baixas para o suporte social dado pela família, para as recompensas/punições familiares e para as expectativas de auto-eficácia: as ACT DOM ao fazerem com que as pessoas passem mais tempo em casa, promovem um maior contacto familiar entre os seus membros. O facto de estas actividades estarem igualmente associadas à realização de tarefas que promovem o bem estar dos outros membros da família poderá justificar por parte dos seus membros estes resultados.

6.7.2 – Correlação entre a ACT DESP e as variáveis psicológicas e sociais

As correlações significativas que foram encontradas para a ACT DESP são:

- muito baixa e positiva para as expectativas de auto-eficácia – a auto-eficácia parece ser muito importante na adopção inicial de comportamentos de exercício (McAuley, 1992), e também na sua manutenção, em especial quando surgirem algumas dificuldades (McAuley, 1993). McAuley et al. (1995) identificaram a idade como significativo no início mas sem influencia na continuidade. O medo de lesão é um sentimento que afasta os mais idosos de aderirem.

Uma vez que é frequente os idosos sentirem algum tipo de dor, esta, de acordo com o estudo levado a cabo por Leveille et al. (2003), pode contribuir para níveis de auto-eficácia do exercício, baixos, interferindo assim com os esforços de aumentar a actividade física nas populações idosas.

Os idosos que manifestam dor estão em risco para o declínio funcional e por isso devem constituir um grupo alvo. Se é verdade que as probabilidades de não participarem no exercício é muito grande, também é verdade que têm muito a ganhar (Leveille et al., 2003). Ou seja, o aumento da auto-eficácia permite uma melhor gestão da dor, e isto leva a uma redução da dor (Bandura, 1997).

- moderadas positivas para o suporte social fornecido pelos amigos – do conjunto de resultados de correlação, este foi o valor mais alto encontrado. De facto, as actividades físicas são um bom pretexto para criar laços sociais que potencializem a realização e participação nas actividades físicas, como demonstrado numa amostra de 550 mulheres com 70 anos de idade média, onde o suporte social dado pelas amigas activas foi referido em 50% dos casos como significativo na participação no exercício (O'Brien, 1996).

6.7.3 – Correlação entre a ACT TL e as variáveis psicológicas e sociais

As correlações significativas que foram encontradas para as ACT TL são:

- baixas positivas para as expectativas resultado – benefícios físicos – julgamos que os idosos entendem a participação em actividades de recreação e animação, não tanto pelo esforço que elas lhes solicitem mas mais pelo convívio, pelo prazer da companhia ou da motivação em desempenhar o seu papel o melhor que poder.

- baixas negativas para a sub-escala da atitude - libertação de tensão – as correlações encontradas fazem supor que não é a prática do exercício que os idosos escolhem para tentar eliminar ou reduzir alguma debilidade emocional em que se encontrem, apesar dos estudos referenciarem como forma de reduzir o stress a prática de actividade física.

Os mais idosos e com níveis de exercício mais baixos têm uma atitude menos positiva para o exercício do que aqueles com níveis de exercício mais elevado (Chang et al., 2003).

Os idosos activos acreditam com mais convicção nos benefícios da actividade física para a saúde do que os idosos inactivos (Booth et al., 2000).

Idosos inactivos, com um nível de capacidade física baixa, acreditam menos nos benefícios do exercício regular do que o grupo com capacidade mais elevada (Chang et al., 2003).

Melhorar as atitudes para o exercício pode ser uma etapa no caminho que leva a aumentar as possibilidades dos idosos inactivos, aderirem à actividade física regular (Chang et al., 2003).

- muito baixas negativas para a sub-escala da atitude - promoção da saúde – esta associação negativa, embora fraca entende-se com a associação que se faz com o exercício vigoroso onde a ideia de que os riscos de ocorrerem lesões são elevados, e portanto ainda causarem mais embaraços aos idosos não será alheio.

A importância das actividades de tempo livre (ACT TL) para os idosos é inquestionável, pois assume quase o papel que anteriormente era ocupado pelo trabalho. Não só deve ter como objectivo preencher o tempo mas fornecer

alguns benefícios sociais, psicológicos e físicos. Nesse sentido, os organismos responsáveis, assim como os seus dirigentes devem providenciar para que o novo ciclo que se abre ao idoso com a entrada na reforma seja de novos desafios, grandes projectos, por forma a manter um sentido para a vida.

Os resultados para a ACT TL expressam a tendência significativa para uma maior participação dos sujeitos masculinos, divorciados ou solteiros, que vivam sozinhos e pratiquem regularmente actividade física.

Nas restantes variáveis, idade e nível de escolaridade, onde as diferenças encontradas não são significativas, os resultados apontam para uma maior participação dos que têm menos escolaridade (E1 - menos que a 4ª classe) e dos mais idosos (G3 – mais de 74 anos). Calejo (1997) também encontrou valores mais altos de ACT TL no G4 (os mais idosos com idade superior a 74 anos) e no G2 (entre 65 e 70 anos), ao passo que na amostra de Cachapuz (1998) é o G1 (60 – 64 anos), i. é., o grupo das mais novas quem apresenta valores mais elevados, justificando o facto por ser quem realiza maior quantidade de ACT DESP. Em relação à nossa amostra, julgamos que este resultado está relacionado com a motivação gerada pelos encontros entre Instituições, assim como a vontade de melhorar a sua prestação em jogo. Alguns idosos referiram mesmo que não passava um dia sem que fizessem, pelo menos, um jogo.

- baixas negativas para o suporte social fornecido pela família – parece que as famílias também não promovem as actividades físicas nem fornecem o suporte necessário a que o idoso possa tornar-se mais activo. A tendência para ser protectora torna-a muitas vezes castradora de vontades e impulsos que poderiam ser melhor encaminhados.

- baixas negativas para as recompensas/punições familiares – da mesma forma, ao não valorizar as práticas com a associação a outras particularidades positivas, como roupa adequada, instalações confortáveis, pode fazer com que algum entusiasmo se dilua com o tempo, levando à desistência.

- baixas positivas para o suporte social fornecido pelos amigos – entendemos esta baixa expressão pelo facto dos resultados, na sua generalidade, serem muito reduzidos tanto os valores de suporte social recebido como os de participação em ACT TL.

6.7.4 – Correlação entre a ACT FIS TOT e as variáveis psicológicas e sociais

As correlações significativas que foram encontradas para a ACT FIS TOT são:

- baixa e positiva para as expectativas de resultado – benefícios físicos – Pensamos que existe um problema de informação acerca das potencialidades e das vantagens de ser activo. Brassington, et al. (2002) adiantam que as marcas de mudança, provocadas pelos exercícios, nos idosos, são um meio mais eficaz de predizer a adesão ao exercício em comparação com as contagens iniciais.

Igualmente sugerem que, a percepção das realizações ao longo dos primeiros seis meses de exercício, em comparação com as avaliações iniciais, provocam aumentos na auto-eficácia, no período seguinte, dos 7 aos 12 meses (Brassington, et al. 2002). Isto sugere que é importante ajudar os idosos a conseguirem resultados relacionados com a aptidão, a fim de aumentarem a sua auto-eficácia.

Ao demonstrarmos ao idoso as suas conquistas, estamos a promover a sua auto-eficácia. Esta consciência de mestria está de acordo com a teoria da auto-eficácia (Bandura, 1977) e com o princípio do determinismo recíproco, ou seja, a mestria conduz a aumentos na auto-eficácia que por sua vez vai fazer aumentar a possibilidade de adesão ao exercício e construção de sentimentos de mestria. No entanto, e de acordo com Garcia e King (1991), o tamanho do efeito é, por vezes, modesto. A estratégia deve ser tomar a pessoa capaz de

lidar com os seus recursos, i. é., usar a sua potencialidade para mudar um comportamento refractário (Schwarzer e Renner, 2000).

Do conjunto de resultados obtidos para as outras variáveis, são as mulheres casadas, que vivem com a família, com idade entre os 50 e 75 anos e com escolaridade até ao 9º ano quem concorda que o exercício é benéfico para o corpo. Julgamos que a aparência física, a associação da imagem esbelta do corpo do ginasta, e também a necessidade de se sentir autónoma e capaz de cumprir com as suas tarefas familiares constituirão as razões para tais resultados.

Começa a ganhar consistência a ideia de que para informar devidamente as pessoas acerca das vantagens da prática de actividades físicas deveriam ser usadas as consultas médicas prestadas nos centros de saúde, local a que recorrem com frequência os nossos idosos aos quais se associariam os especialistas da área da actividade física. Só com uma equipa multivariada de especialistas, talvez fosse possível aumentar substancialmente o envolvimento de mais idosos em actividades físicas.

- muito baixa e positiva para as recompensas/punições dadas pela família – as recompensas podem ser uma forma de indelévelmente marcar determinada prática e enaltecer o esforço despendido. Porém, como em geral a quantidade de suporte recebido é muito baixa, e a ACT FIS TOT também, justificam este valor de associação.

- moderadas e positivas para o suporte social fornecido pelos amigos – esta é uma associação que sugere a importância dos grupos e das redes sociais no incentivo para as práticas físicas e em geral para os sujeitos se tornarem ou manterem activos. Um estudo levado a cabo por Scott e Jacks (2003), verificou que o suporte social era um dos determinantes significativos das práticas de promoção da saúde em idosos, explicando cerca de 11% da variação.

As pessoas idosas com níveis elevados de suporte social percebido praticam significativamente mais actividade de promoção da saúde e demonstram associações positivas com a saúde, tais como níveis mais baixos de morbilidade e mortalidade (Adams et al., 2000).

O suporte social é um predictor lógico para a prática de actividades de promoção da saúde por pessoas independente do local onde vivem (Adams et al., 2000).

Outra evidencia era a de que quanto maior fosse a participação nas actividades de promoção da saúde, mais elevado era o nível percebido de suporte social (Adams et al., 2000).

As pessoas que vivem com o cônjuge, que mantêm uma vida social participativa, frequentam os centros sociais fazem aumentar o suporte social (Adams et al., 2000).

Os idosos que experimentam níveis altos de suporte social referem sentimentos de satisfação que promovem o seu bem estar e actividades de promoção de saúde positivas (Adams et al., 2000).

Os idosos com boa saúde funcional e alto nível de suporte social praticam mais actividades de promoção da saúde (Adams et al., 2000).

VIII – CONCLUSÕES

8 – CONCLUSÕES

Depois de terminadas a análise e discussão dos resultados vamos em seguida registar as principais conclusões:

São o grupo das mulheres, casadas ou vivendo sozinhas, ou o grupo pertencente à faixa etária dos 50 aos 64 anos que realiza, de forma significativa, maior quantidade de actividade doméstica, podendo acrescentar que estas mulheres, em geral possuem maior nível de escolaridade e envolvimento em programa de actividade física organizado, embora estas características não revelem uma significativa superioridade. **Podemos concluir, portanto que a Hipótese 1 se confirma parcialmente.**

Os residentes em lar ou os que se deixam envolver em programa de actividade física organizado, são os que praticam de forma significativa, mais actividade desportiva, podendo acrescentar que os homens viúvos com mais de 75 anos de idade e mais do que a 4ª classe de escolaridade compõem a caracterização do grupo. **A conclusão a que chegamos é que também a Hipótese 2 se confirma parcialmente.**

Os homens residentes em lar ou os que se envolvem em programa de actividade física organizado são os que participam significativamente em maior número nas actividades de tempos livres, podendo acrescentar que estes maioritariamente são solteiros/divorciados, com mais de 75 anos e menos do que a 4ª classe. **Igualmente podemos concluir que a Hipótese 3 se confirma parcialmente.**

Os solteiros/divorciados ou os residentes em lar ou os envolvidos em programa de actividade física organizado são o grupo de sujeitos que realizam significativamente mais actividade física total, verificando-se a tendência para o

grupo ser constituído por mais homens que mulheres, com idades entre os 50 e 64 anos e com mais do que a 4ª classe. Assim sendo, **a conclusão é a confirmação da Hipótese 4, embora não o seja na sua totalidade.**

Os sujeitos que vivem sozinhos ou o grupo com mais do que a 4ª classe de escolaridade são grupos que mostraram significativamente maior confiança para realizar actividade física, para além de serem homem ou mulher, com idade entre os 65 e 74 anos e estarem envolvidos em programa de actividade física. **A hipótese 5 é confirmada parcialmente.**

O grupo dos sujeitos casados, ou que não estão envolvidos em programa de actividades físicas organizado são os que referem acreditar significativamente mais nos benefícios do exercício no aspecto físico, sendo maioritariamente composto por mulheres, dos 65 aos 74 anos de idade, que vivem com a família e possuem mais do que a 4ª classe de escolaridade; por outro lado, as mulheres que vivem sozinhas são significativamente aquelas que acreditam mais nos benefícios do exercício ao nível psicológico, podendo incluir ainda no grupo aquelas com idade entre os 65 e 74 anos, com mais do que a 4ª classe e envolvidas em programa de actividades físicas organizado. **Confirma-se a Hipótese 6 pela observação de diferenças entre os grupos, embora nem todas sejam significativas.**

Sujeitos casados que vivem com a família, ou sujeitos com menos do que 64 anos, ou sujeitos com mais do que a 4ª classe que podem ou não estar envolvidas em programa de actividade física organizado são aquelas que acreditam que o exercício pode servir de meio de relaxação, alívio de tensão e ansiedade, ajuda a manter ou melhorar o estado de saúde. Já os homens ou mulheres com menos do que a 4ª classe mostraram uma atitude significativamente mais positiva, juntando-

se aos solteiros/divorciados que residem em lar, têm menos idade e que estão envolvidos no programa de actividade física organizado, quanto aos benefícios que a prática do exercício pode trazer nomeadamente nos aspectos psicológicos. Pelo facto de se verificar diferença significativa apenas na sub-escala da atitude acerca dos benefícios sociais proporcionados pelo exercício, manifestadas pelo grupo de menor escolaridade, podemos dizer que globalmente, os sujeitos manifestam uma atitude positiva, concordando em geral com os benefícios da prática do exercício físico, independentemente do grupo considerado, **o que nos leva a concluir que a Hipótese 7, ou seja, se existem diferenças na atitude face ao exercício, entre os grupos, não se confirma.**

Homens ou mulheres maioritariamente casados, que vivem com a família, com idade abaixo dos 65 anos, com mais do que a 4ª classe e que não estão envolvidos em programa de actividade física organizado recebem significativamente mais suporte social dos familiares do que aqueles que pertencentes a outros grupos. Aqueles que se envolvem em programas de actividade física organizados recebem significativamente mais suporte social dos amigos. Estes sujeitos são maioritariamente os que vivem sozinhos ou em lar, com mais idade e escolaridade, independentemente do género e estado civil. **Deste modo confirma-se parcialmente a Hipótese 8.**

O aumento da actividade doméstica está significativa e positivamente correlacionado com a expectativa de auto-eficácia, a atitude na sub-escala libertação de tensão e com o suporte social fornecido pela família, enquanto que negativamente apenas com as expectativas de resultado tanto em relação aos benefícios psicológicos como aos benefícios físicos, pelo que **se confirma parcialmente a Hipótese 9.**

Uma vez que apenas foram encontradas correlações positivas entre as actividades desportivas e as expectativas de auto-eficácia e o suporte social fornecido pelos amigos, não se verificando, por exemplo para a atitude, leva-nos a concluir que **a Hipótese 10 se confirma em parte.**

No que respeita às actividades de tempos livres as correlações encontradas são negativas em relação à atitude, nas sub-escalas libertação de tensão e promoção da saúde e ao suporte social fornecido pela família, apenas se revelando positivas para as expectativas de resultado quanto aos benefícios físicos assim como ao suporte social recebido dos amigos. Nestas circunstâncias, **a Hipótese 11 apenas se confirma parcialmente.**

Quanto às correlações com a actividade física total verificamos que as encontradas com as expectativas de resultado para os benefícios físicos, e as relacionadas com o suporte social dado pela família e os amigos são positivas. Como não foram encontradas correlações positivas com todas as variáveis **a Hipótese 12 confirma-se parcialmente.**

8 - Bibliografia

Aaron, D. J.; Kriska, A.; Dearwater, S.; Anderson, R.; Olsen, T.; Cauley, J.; LaPorte, R. (1993). The epidemiology of leisure physical activity in adolescent population. Medicine and Science in Sports and Exercise, 25: 447-853.

American College of Sports Medicine (1998). American College of Sports Medicine (ACSM), Position Stand on The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Healthy Adults. Medicine and Science in Sports and Exercise. 30 (6): 975-971.

American College of Sports Medicine (1998). American College of Sports Medicine (ACSM), Position Stand on Exercise and Physical Activity for Older Adults. Medicine and Science in Sports and Exercise. 30 (6): 992-1008.

Allport, G. (1935). Attitudes In: C. Murchison (eds.), Handbook of social psychology. Clark University Press, Worcester, MA.

Allport, G. (1947). Personality: A Psychological interpretation. Costable and Company. London.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological review, 84: 191-215.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

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

Bento, J. (1999). Parte I - Contextos e Perspectivas In: Bento, O.; Garcia, R.; Graça, A. , Contextos de Pedagogia do Desporto, pp. 17-112. Livros Horizonte, Lisboa.

Bidlle, S. J. (1997). Cognitives theories of motivations and the physical self. In K. R. Fox (eds). *The physical self: from motivating to well-being.* (pp. 59-82). Human Kinetics, Champaign.

Bij, A.; Laurant, M.; Wensing, M. (2002). Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults. A Review. American Journal of Preventive Medicine, 22: 120-133.

Blair, S. N.; Khol, H.; Paffenbarger, R.; Clark, B.; Cooper, K.; Gibborne, L. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. Journal of the American Medical association, 262: 2395-2401

Blair, S.; Dowda, M.; Kroenfeld, j.; Howe, H.; Parker, G.; Fridinger, F. (1991). Reliability of a long-term recall of participation in physical by midle-age men and women. American Journal of Epidemiology, 113, 266-275.

Blair, S.; Kohl, H.; Cordon, N. ; Paffenbarger, R. (1992). How mutch physical activity is good for health? Anual Review of public health, 13: 99-126.

Bohner, G.; Wanke, M. (2002). Attitudes and Attitude change. Psychology Press. UK.

Booth, M.; Owen, M.; Bauman, A.; Clavisi, O.; Leslie, E. (2000). Social-Cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. Preventive Medicine, 1: 15-22.

Bouchard, C.; Shephard, R. D.; Stephens, T. (1994). Physical activity, fitness and health. Champaing. Human Kinetics.

Bourdeaudhuij, I.; Sallis, J. (2002). Relative Contribution of Psychosocial Variables to the Explanation of Physical Activity in Three Population-Based Adult Samples. Prev. Med., 34: 279-288.

Brassintong, G. S. ; Atienza, A A; Perkzecz, R. E. ; DiLorenzo, T. M.; King, A .C. (2002). Intervention-Related Cognitive Versos Social Mediators of Exercise Adherence in the Elderly. American Journal Preventive Medicine 23 (Suppl.2): 80-86.

Brislin, R.; Lonner, W.; Thordike, R. (1973). Cross Cultural Research Methods. Wiley and sons, Nova Iorque.

Buchner, D. M.; Cress, E.; De Lateur, B. ; Esselman, P. ; Margherita, A. ; Price, R., Wagner, E. (1997). The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health service use in community-living older adults. Journal of gerontology, 52A: M218-M224.

Byrne, D. (1971). The attraction paradigm. Academic Press. New York

Cachapuz, C. (1998). Actividade Física em Adultos Idosos. Um estudo realizado no concelho do Porto. Dissertação de Mestrado. Não publicada. FCDEF UP. Porto.

Campbell, A. J.; Robertson, M.; Gardner, M.; Norton, R.; Tilyard, M.; Buchner, D.(1997). Randomised and controlled trial of a general practice programme of based exercise prevent falls in elderly women. British medical Journal, Canadá Health Survey (1982), 315: 1065-1069.

Carrageta, M. & Pádua, F. (1993). Geriatría Clínica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Gabinete de Estudos de Pós-Graduados.

Carvalho, J.; Mota, J. (2000). A Actividade física na Terceira Idade. Câmara Municipal de Oeiras. Oeiras.

Caspersen, C.; Powell, K.; Chistensen, G. (1985). Physical activity, exercise, and fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Report, 100: 126-131.

Chang, M.; Leveille, S.; Cohen-Mansfield, J.; Guralnik, J. (2003). The Association of Physical-Performance Level With Attitude Toward Exercise in Older Adults. Journal of Aging and Physical Activity, 11: 254-264.

Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38: 300-314.

DeBono, K. G.; Harnish, R. (1988). Source expertise, source attractiveness, information: A functional approach. Journal of personality and Social psychology, 55: 541-546.

Dishman, R. K.; Sallis, J. (1994). Determinants for Physical Activity and Exercise In Bouchard, C.; Shephard, R.; Stephens, T. (eds.), Physical Activity, Fitness and Health: International Proceeding and Consensus Statement, pp. 214-238. Humans Kinetics. Champaign.

Dishman, R. K.; Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: a quantitative synthesis. Medicine Science Sports Exercise 6: 706-719.

Dishman, R. K. (1995). Overview In: R. K. Dishman (eds.), Exercise adherence: its impact on public health. Human Kinetics. Champaign.

Donahue, R. P.; Abbot, R.; Yano, K. (1988). Physical activity and coronary heart disease in middle-age in elderly men: The Honolulu Heart Program. American Journal of Public Health, 18: 683-685.

Dunst, C.; Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels; J. Shonkoff (Eds.), Handbook of early childhood intervention, pp: 326-349. Cambridge University Press, New York.

Eagly, A.; Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. Harcourt Brace Jovanovich. Fort Worth.

Eiser, J. (1986). Social Psychology. Cambridge University Press, Cambridge. UK.

Eiser, J. (1987). The expression of attitude. Spring-Verlag. New York

Ferruci, L. ; Izmirliam, G.; Leveille, S.; Phillips, C.; Corti, M. ; Brock, D. ; Guralnic, K. (1999). Smoking, physical activity and life expectancy. American Journal of Epidemiology, 149: 645-653.

Fiatarone, M.; O'Neill, E.; Ryan, N. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. The New England Journal Medicine 320: 1769-75.

Fonseca, A. M. (1999). Atribuições Causais em Contextos de Actividade Física e Desportiva. Tese de Doutoramento. FCDEF-UP. Porto

Garcia, A . W. ; King, A . C. (1991). Predicting Long-term Adherence to Aerobic Exercise: A Comparison of two Models. Journal Sport Exercise Psychology 13: 394-410.

Gill, D. (1986). Psychological dynamics of sport. Human Kinetics Publishers. Champaign, IL.

Gill, T. M.; Williams, C. S.; Richardson, E. D. & Tinetti, M. E. (1996). Impairment in Physical performance and cognitive status as predisposing factors for functional dependence among nondisabled older persons. Journal of Gerontology, 51A: M283-M288.

Gleitman (1986). *Psicologia*, 2ª Eds. Fundação Calouste Gulbenkian.

Gottlieb, B. H. (1983). *Social Support strategies: Guidelines for mental health practice*. Sage. Beverly Hills, CA.

Graffmans, W. C., Bouter, L. ; Lips, P. (1999). The influence of physical activity and fractures on ultrasound parameters in elderly people. *Osteoporosis International*, 8: 449-454.

Greenberg, J.; Solomon, S.; Pyszczinski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews : Empirical assessments and conceptual refinements. Advances in Experimental Social Psychology, 29: 61-139

Guralnik, J. M. ; Ferruci, L. ; Simonsick, E. M. ; Salive, M. E. & Wallace, R. B. (1995). Lower extremity function in persons over the age of 70 years, as a predictor of subsequent disability. The New England Journal of Medicine, 332: 556-561

Halloran, J. (1967). Attitude formation and change. University Press. Leicester, England.

Haskell, W. (1996). Physical Activity, Sport, and Health: Toward the Next Century. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67 (3): 37-47.

Helmrich, S. P.; Ragland, D., Leug, R.; Paffenbarger, R. (1991). Physical activity and reduc occurrence of non insulin-dependent mellitus. *New England Journal of Medicine*, 325: 147-152.

Ivy, J. L. (1987). The insulin like effect of muscle contraction. In K. B. Pandolf (eds). *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 15: 29-51. Macmillan. New York.

Jackson, A. S. ; Beard, E. F. ; Wier, L. T. ; Ross, R. M. ; Stuteville, J. E. & Blair, S. N. (1995). Changes in aerobic power of men, ages 25-70 years. Med. Sci. Sports Exerc., 27: 113-120.

Jacobs, D. ; Ainsworth, B. ; Hartman, T.; Leon, A. (1993). A simultaneous evaluations of 10 commonly used physical activity questionnaire. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 25: 81-91.

Jette, A. M. ; Lachman, M ; Giorgetti, M.; Assmann, S.; Harris, B.; Levenson, C.; Wernick, M; Krebs, D. (1999). Exercise – It's never too later. The Strong for life programs. *American Journal of Public Health*, 1: 66-72.

Joakinsen, R. M.; Magus, J.; Fonnebo, U. (1997). Physical activity and predisposition for hip fractures: a review. *Osteoporosis International*, 7: 503-513.

Jones, R. ; Rikli,. (2000). Reliability, validity, and Methodological Issues in Assessing Physical Activity in Older Adults. In *Research Quarterly for Exercise and Sport 2000* by the American Alliance for health, physical education, recreation and Dance, 71: 89-96.

Kaplan, M.; Newsom, J.; McFarland, B.; Lu, L. (2001). Demographic and Psychosocial Correlates of Physical Activity in Late Life. Am. J. Prev. Med., 4: 306-312.

Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. Public Opinion Quarterly, 24: 163-204.

Killenbergh, S. (2002). Negative Attitude – Not Aging Process – Keeps Older Women From Exercising

King, A. C.; Castro, C.; Wilcox, S.; Eyler, A.; Sallis, J.; Brownson, R. (2000a). Personal and Environmental Factors Associated With Physical Inactivity Among Different Racial-Ethnic Groups of U.S. Middle-Aged and Older-Aged Women. Health Psychology, 4: 354-364.

King, A. C.; Pruitt, L.; Phillips, W.; Oka, R.; Rodenburg, A.; Haskell, W. (2000b). Comparative Effects of Two Physical Activity Programs on Measured and Perceived Physical Functioning and Other Health-Related Quality of Life Outcomes in Older Adults. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 55A, 2: M74-M83.

Kohler, C. L.; Fish, L.; Greene, P. (2002). The Relationship of Perceived Self-Efficacy to Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Health Psychology, 6: 610-614.

Lawrence, J. & Jette, A. M. (1996). Disentangling the disablement process. Journal of Gerontology, 51B

Leveille, S.; Cohen-Mansfield, J. ; Guralnik, 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.

Marcus, B.; Dubbert, P.; Forsyth, L.; Stone, E.; McKenzie, T.; Dunn, A.; Blair, S. (2000). Physical Activity Behavior Change: Issues in Adoptions and Maintenance. Health Psychology, 19 (suppl.1): 32-41.

Matthys, J.; Lantz, C. (1998). The Effects of Different Activity Modes on Attitudes Toward Physical Activity. IAHPERD Journal, 31, nº2 Spring.

Mazzeo, R.; Cavanagh, P.; Evans, J.; Fiatone, M.; Hagberhg, J.; McAuley, E.; Startzell, J. (1998). Exercise and Physical Activity for Adults. American College of Sports and Medicine – Position stand. Med. Sci. Sports Exerc., 6: 992-1008.

McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the predictions of exercise behaviour in middle aged adults. Journal Behavior Medicine, 15: 65-88.

McAuley, E.; Courneya, K. (1992). Self-efficacy relationships with affective and exertion responses to exercise. Journal of Applied Social Psychology, 22: 312-326.

McAuley, E. (1993). Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. Journal Behavioral Medicine, 16: 103-113.

McAuley, E.; Courneya, K. (1993). Adherence to exercise and physical activity as health promoting behaviors: attitudinal and self-efficacy influences. Applied and Preventive Psychology, 2: 65-77.

McAuley, E.; Bane, S.; Mihalko, S. (1995). Exercise in Middle-Aged Adults : Self-Efficacy and Self-Presentational Outcomes. Prev. Med., 24: 319-328.

McAuley, E.; Shaffer, S.; Rudolph, D. (1995). Affective responses to acute exercise in elderly impaired males: the moderating effects of self-efficacy and age. International Journal Aging Human Development, 41: 13-27.

McAuley, E.; Talbot, H.; Martinez, S. (1999). Manipulating Self-Efficacy in the Exercise Environment in Women : Influences on Affective Responses Health Psychology, 3: 288-294.

Millán, P. (2002). Beneficios percibidos y adherencia a un programa de actividad física gerontológica. [On-line]: www.eldesportes.com/ Revista Digital. Buenos Aires.

Montoye, H.; Kemper, H.; Saris, W. & Washburn, R. (1996). Measuring Physical Activity and Energy Expenditure. Human Kinetics. Champaign Illinois.

Morey, M. C.; Pieper, C. F. & Cornoni-Huntley, J. (1998). Physical Fitness and functional limitations in community-dwelling older adults. Med. Sci. Sports Exerc., 30: 715-723.

Mota, J. (1999). Promoção da actividade física nos idosos: uma perspectiva global In: J. Mota e J. Carvalho (eds.), Actas do Seminário, A qualidade de vida no idoso: O PAPEL DA ACTIVIDADE FÍSICA, pp. 65-69. Gabinete de Desporto de recreação e tempos Livres. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto.

Nunes, L. (1999). A Prescrição da Actividade Física. Caminho. Lisboa

O'Brien, S. (1996). Exercise cognition among elderly women. Journal Applied Sport Psychology, 8: 131-145.

Oliveira, S.; Duarte, A. (1999). As atitudes dos idosos face à actividade física In: J. Mota e J. Carvalho (eds.), Actas do Seminário, A qualidade de vida no idoso: O PAPEL DA ACTIVIDADE FÍSICA, pp. 210-217. Gabinete de Desporto de recreação e tempos Livres. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto.

Oman, R. F.; King, A. (2000). The Effect of Life Events and Exercise Program Format on the Adoption and Maintenance of Exercise Behavior. Health Psychology, 6: 605-612.

Paffenbarger, R., Hyde, R.; Wing, A.; Lee, I.; Jung, D.; Kempet, S. (1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle

characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*, 328: 534-545.

Pate, R.; Pratt, M.; Blair, S. ; Haskell, W. ; Macera, C.; Bouchard, C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G.; King, A.; Kriska, A.; Leon, A.; Marcus, B.; Morris, J.; Paffenbarger, R.; Patrick, K.; Pollock, M.; Rippe, J.; Sallis, J.; Wilmore, J.(1995). Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA, 273: 402-407.

Pereira, M.; FitzGerald, S.; Gregg, E.; Joswiak, M.; Ryan, W.; Suminski, R.; Utter, A.; Zmuda, J. (1998). A Collection of Physical Activity Questionnaires for Health-Related Research In A. Kriska e C. Caspersen (Eds). Med. Sci. Sports Exerc., 6: 117-145.

Perkins, A. ; Clark, D. (2001) Assessing the Association of Walking with Health Services Use and Cost among Socioeconomically Disadvantaged Older Adults Prev. Med. 32: 492-501.

Petty, R.; Priester, J.; Wegener, D. (1994). Cognitive processes In attitude change In: R. Wyer, T. Srull (eds.), Handbook of social cognition, pp. 69-142. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Polls, M. (1996). Physical Activity in Older Women : Experience in the Dutch EPIC cohort. Dissertação de Mestrado. Faculdade Geneeskunde, Vrije Universiteit Amsterdam.

Pols, M.; Peeters, P.; Kemper, H. & Collete, H. (1996). Repeatability and relative validity of two physical activity questionnaires in elderly women. Med. Sci Sports Exerc., 8: 1020-1025.

Pratkanis, A. (1989). The cognitive representation of attitude In A. Pratkanis, S. Breckler, A. Greenwald (eds.), Attitudes structure and function, pp. 71-98. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Prentice, D.; Carlsmith, K. (2000). Opinions and personality : On the psychological functions of attitudes and other valued possessions In G. Maio, J. Olson (eds.), Why we evaluate: functions of attitudes, pp. 223-248. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.

Province, M. A.; Hadley, E.; Hornbrook, M. (1995). The effects of exercise on falls in elderly patients: a preplanned meta-analysis of the FIC-SIT trials. JAMA, 273: 334-339.

Reeder, G.; Pryor, J. (2000). Attitudes toward persons with HIV/AIDS : Linking a functional approach with underlying process In G. Maio, J. Olson (eds.), Why we evaluate: functions of attitudes, pp. 295-323. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.

Resnick, B.; Zimmerman, S.; Orwig, D.; Furstenberg, A.; Magaziner, J. (2000). Outcomes Expectations for Exercise Scale: Utility and Psychometrics. Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES, 55B: S352-S356.

Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Análise Psicológica, XVII: 547-558.

Rikli, R. E. & Jones, C. J. (1999). Functional Fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. Journal of Aging and Physical Activity, 7: 162-181.

Rhodes, R. E.; Martin, A. D.; Taunton, J. E.; Rhodes, E. C.; Donnelly, M.; Elliot, J. (1999). Factors Associated with Exercise Adherence Among Older Adults. An individual perspective. Sports Medicine. 28: 397-411.

Rodrigues, M. (2000). Aptidão Física e Padrões de Actividade Física em Adultos Idosos. Um estudo realizado nos concelhos de Vila do conde e Póvoa de Varzim. Dissertação de Mestrado. Não publicada. FCDEF UP. Porto.

Rogers, M. A . & Evans, W, J. (1993). Changes in skeletal muscle with aging: Effects of exercise training. Exercise and Sport Sciences Reviews. 21: 65-102.

Rosenberg, M.; Hovland, C. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes In: M. Rosenberg, C. Hovland, W. McGuire, R. Abelson, J. Brehm (eds.), Attitudes, organization and change: An analysis of consistency among attitude components, pp. 1-14. CT: Yale University Press, New Haven.

Saldanha, M. (2001). Actividade Física Habitual. Um estudo em adultos trabalhadores de ambos os sexos na cidade de João Pessoa-Paraíba – Brasil. Dissertação de Mestrado. Não publicada. FCDEF UP. Porto.

Sallis, J. F.; Grossman, R. ; Pinski, R. ; Patterson, T. ; Nader, P. (1987). The Development of Scales to Measure Social Support for Diet and Exercise Behaviors Preventive Medicine. 16: 825-836.

Sallis, J.; Owen, N. (1999). Physical Activity e Behavioral Medicine. Sage Publications. California.

Saranson, I.; Levine, H. ; Bashman, R. ; Saranson, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. Journal Personality Social Psychology, 44 : 127-139.

Saranson, B.; Saranson, I.; Pierce, G. (1990). Social Support. An International View. A Wiley - interscience publication – Jonh Wiley e Sons, New York. USA.

Schwarzer, R.; Renner, B. (2000). Social-Cognitive of Health Behavior : Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. Health Psychology, 19: 487-495.

Scott, L.; Jacks, L. (2003). Promoting Healthy Lifestyles in Urban and Rural Elders. [On-line]: www.rno.org/journal/.

Sears, D.; Funk, C. (1990). The limited effect of economic self-interest on the political attitudes of the mass public. Journal of Behavioral Economics, 19, 247-271

Sears, S.; Stanton, A. (2001). Expectancy-Value Constructs and Expectancy Violation as Predictors of Exercise Adherence in Previously Sedentary Women. Health Psychology. 5: 326-333.

Seeman, T. E.; Lusignolo, T. M.; Albert, M.; Berkan, L. (2001). Social Relationships, Social Support, and Patterns of Cognitive Aging in Healthy, High-Functioning Older Adults: McArthur Studies of Successful Aging Health Psychology. 4: 243-255.

Shavitts, S. (1989). Operationalizing functional theories of attitudes, In A. Pratkanis, S. Breckler, A. Greenwald (eds.), Attitudes structure and function, pp. 311-337. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Sousa, B. (1993). Práticas de Tempos Livres realizadas pelo geronte. Estudo comparativo. In Marques, A.; Gaya, A.; Constantino, J.(Eds). Health in Physical Activity and Health in the Elderly Proceeding of the first conference of EGREPA. Oeiras, Portugal.

Spiriduso, W. (1995). Physical Dimensions of Aging. Human Kinetics Publishers, Inc. Champaign. Illinois.

Stephens, T.; Jacobs, D.; White, C. (1985). A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity. Public Health Report, 100: 147-158.

Stephens, T.; Carpensen, C. J. (1994). The demography of physical activity In: Bouchard, C.; Shephard, R. J.; Stephens, T. (eds.), Physical Activity, Fitness and Health, pp. 204-213. Champaign: Human Kinetics.

Schwarzer, R.; Renner, B. (2000). Social-Cognitive Predictors of Health Behavior : Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. Health Psychology, 5: 487-495.

Terry, J. (1996). Changing habits by changing attitudes. Journal of Health, Physical Education, Recreation, and Dance. 48: 13-20.

Terry, P. C.; Biddle, S. J. H.; Chatzisarantis, N.; Bell, R. B. (1997). Development of a Test to Asses the Attitudes of Older Adults Toward Physical Activity and Exercise. Journal of Aging and Physical Activity. 5: 111-125.

Triandis, H. (1977). Interpersonal behavior. CA: Brooks/Cole. Monterrey.

U. S. Departement of Human Health Services. (1996). Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General. Atlanta.

Van Den Hombergh, C.; Schouten, E.; Van Staveren, W.; Van Amelsvoort, L.; Kok, F. (1995). Physical activities of noninstitutionalized Dutch elderly and characteristics of inactive elderly. Med. Sci. Sports Exerc., 3: 334-339.

Vaux, A. (1988). Social Support. Theory, Research and Intervention. Praeger, New York, USA.

Vorrips, L.; Ravelli, A. ; Dongelmans, P. ; Deurenberg, P. ; e Van Staveren, W. (1991). A physical activity questionnaire for the elderly. Med. Sci. Sports Exerc. 8 : 974-979.

Whitfield, K. E.; Wiggins, S. (2003). The Influence of Social Support and Health on Everyday Problem Solving in Adult African Americans. Experimental Aging Research, 29: 1-13.

Wilcox, S.; Storandt, M. (1996). Relations Among Age, Exercise, and Psychological Variables in a Community Sample of Women. Health Psychology. 2: 110-113.

WHO (1998). The World Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All. World Health Organization, Geneva.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

QUESTIONÁRIO

O presente questionário tem como principal objectivo a recolha de dados para a elaboração da tese de Mestrado em Ciências do Desporto, na área de especialização em **ACTIVIDADE FÍSICA PARA A TERCEIRA IDADE**.

É constituído por duas partes :

1ª PARTE – as questões colocadas são relacionadas com aspectos pessoais.

2ª PARTE – contém 5 grupos de perguntas:

- **No grupo I** pretendemos saber que tipo e que quantidade de exercício físico é que realiza;
- **No grupo II** contém perguntas acerca de como avalia a prática do exercício físico;
- **No grupo III**, qual o grau de confiança que tem na prática do exercício físico;
- **No grupo IV** queremos que nos diga qual é a sua atitude face ao exercício físico e por último;
- **No grupo V** fazemos perguntas acerca dos apoios e dos incentivos dados pela sua família e os amigos;

Agradeço desde já a sua colaboração.

1ª PARTE

1. Idade ____ anos 2. sexo: M F
3. estado civil : casado divorciado viúvo solteiro outro qual? _____
4. até que ano de escolaridade estudou? _____
5. Com quem vive? _____
6. Participa regularmente em programas de actividade física? Sim Não
7. Há quantos anos? _____
8. Qual a frequência? ____ sessões por semana; ____ horas por sessão.



2ª PARTE

GRUPO I

Nas perguntas que se seguem, pretendemos saber que tipo e que quantidade de exercício físico é que realiza. As opções de resposta são : 0= nunca (menos de uma vez por mês); 1= por vezes (apenas quando não tenho ajuda); 2= frequentemente (algumas vezes com ajuda); 3= sempre (sozinho ou com ajuda). Coloque um círculo no número que melhor corresponda à resposta mais apropriada.

1) Realiza actividades domésticas ligeiras (fazer a cama, lavar a louça, etc.)	0	1	2	3	
2) Realiza actividades domésticas pesadas (lavar o chão e as janelas, lavar o carro, etc.)	0	1	2	3	
3) Para quantas pessoas você cuida da casa? (incluindo você mesmo); marque "0" se respondeu "nunca" nas questões 1 e 2.	0	1	2	3	
4) Em casa, de quantas divisões cuida, incluindo a cozinha, quarto, garagem, sótão, casa de banho, etc.? (responda "0" se nas questões 1 e 2 marcou "nunca"). 0= nunca faço trabalho doméstico; 1=de 1 a 6 divisões; 2=de 7 a 9 divisões; 3=10 ou mais divisões).	0	1	2	3	
5) Se cuida de algumas, por quantos pisos é que elas se dividem? ("0" se respondeu nunca nas questões 1 e 2).	0	1	2	3	
6) Cozinha habitualmente sozinho ou ajuda alguém neste tipo de tarefa? 0=nunca;1=por vezes (1 a 2 vezes por semana); 2=frequentemente (3 a 5 vezes por semana); 3=sempre (mais de 5 vezes por semana)	0	1	2	3	
7) Quantos lanços de escadas sobe por dia? (um lanço inclui 10 escadas) 0=nunca subo escadas; 1=1 a 5; 2= 6 a 10; 3=mais de 12.	0	1	2	3	
8) Que tipo de transporte utiliza para se deslocar na sua cidade? 0=nunca saio; 1=carro; 2=transporte público; 3=bicicleta; 4=a pé.	0	1	2	3	4
9) Com que frequência costuma sair de casa ou ir às compras? 0=nunca ou menos do que uma vez por semana; 1=uma vez por semana; 2=2 a 4 vezes por semana; 3=todos os dias	0	1	2	3	
10) Quando vai às compras que tipo de transporte utiliza? 0=nunca vou às compras; 1=carro; 2=transporte público; 3=bicicleta; 4= a pé	0	1	2	3	4

Actividades Desportivas : PRATICA DESPORTO?

	Nome	Intensidade	Horas/semana	Período/ano	Código
Desporto 1					
Desporto 2					
Desporto 3					

Actividades de Tempos Livres : PRATICA OUTRO TIPO DE ACTIVIDADE FÍSICA?

	Nome	Intensidade	Horas/semana	Período/ano	Código
Actividade 1					
Actividade 2					
Actividade 3					



GRUPO II

Com este grupo de perguntas pretendemos saber como avalia a prática do exercício físico.

ASSINALE A SUA QUESTÃO COM UM NÚMERO DA ESCALA QUE SE SEGUE:

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5

O Exercício Físico...

1 – Faz-me sentir melhor fisicamente	1	2	3	4	5
2 – Contribui para a minha boa disposição	1	2	3	4	5
3 – Ajuda-me a sentir menos cansado (a)	1	2	3	4	5
4 – Fortalece os meus músculos	1	2	3	4	5
5 – É uma actividade que eu gosto de praticar	1	2	3	4	5
6 – Faz-me sentir realizado / satisfeito	1	2	3	4	5
7 – Faz-me ficar mais desperto / atento	1	2	3	4	5
8 – Melhora a minha resistência na execução das actividades diárias.	1	2	3	4	5
9 – Ajuda-me a fortalecer os ossos / esqueleto.	1	2	3	4	5



GRUPO III

Utilizando a escala apresentada em baixo como medida comparativa, responda à seguinte questão:

- Qual o seu grau de confiança para praticar exercício físico durante os próximos 6 meses sob as seguintes condições?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Não sou mesmo capaz				Tenho alguma certeza, embora moderada, de conseguir fazê-lo						Tenho a certeza de que sou capaz	

Seria capaz de praticar exercício físico:

	Grau de confiança										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
A) – Mesmo sentindo-me cansado/a	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
B) – Durante ou imediatamente a seguir a uma crise pessoal	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
C) – Apesar de me sentir deprimido/triste	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
D) – Quando me sinto ansioso/inquieto	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
E) – Debaixo de mau tempo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
F) – Mesmo sentindo-me dorido em consequência da última vez que o pratiquei	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
G) – Durante as férias	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
H) – Quando há conflito de interesses (por ex., o meu programa de televisão favorito dar à mesma hora)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
I) – Mesmo tendo muito trabalho para fazer	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
J) – Quando não consegui atingir as metas que me propus alcançar na prática do exercício	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
K) – Mesmo não recebendo apoio da família/dos amigos	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
L) – Quando já não pratico qualquer tipo de exercício há bastante tempo	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
M) – Quando não tenho ninguém com quem praticar/não tenho companhia	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
N) – Quando a minha prática (do exercício) não me dá prazer, não é agradável	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100



Agora, o que queremos que nos diga é, qual a sua ATITUDE face ao EXERCÍCIO FÍSICO, assinalando o parâmetro escolhido:

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



GRUPO V

Neste grupo apresenta-se uma lista do que pode ser sugerido a alguém que está a tentar fazer exercício regularmente. Se não for o seu caso, algumas das questões podem não se aplicar mas, por favor, leia-as e responda a todas elas.

Considere cada questão para duas situações distintas – família e amigos.

Relativamente à família que partilha a mesma habitação, assinale a frequência com que é dito ou feito o que é descrito, nos últimos três meses.

Relativamente aos amigos (conhecidos ou colegas) proceda de igual modo.

ASSINALE A SUA QUESTÃO, COM UM CÍRCULO, NO NÚMERO DA ESCALA QUE SE SEGUE:

Nenhum	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Com muita frequência	Não se aplica
1	2	3	4	5	8

NOS ULTIMOS TRÊS MESES, A MINHA FAMÍLIA OU AMIGOS:

	FAMÍLIA					AMIGOS						
	1	2	3	4	5	8	1	2	3	4	5	8
1 – Fizemos exercício juntos												
2 – Ofereceram-se para me acompanhar nos exercícios												
3 – Incentivaram-me a praticar exercício (“Vais fazer ginástica hoje?”)												
4 – Encorajaram-me a prosseguir com o programa de exercícios												
5 – Alteraram os seus horários para podermos fazer exercício juntos												
6 – Falamos sobre o (s) exercício (s)												
7 – Queixaram-se das horas que Eu gasto a fazer exercício												
8 – Criticaram ou troçaram por Eu fazer exercício												
9 – Recompensaram-me por fazer exercício (ofereceram-me uma prenda)												
10 – Planearam fazer exercício numa saída/passeio/excursão												
11 – Ajudaram a planear actividades tendo em conta o meu exercício físico.												
12 – Pediram-me sugestões de exercício												
13 – Comentaram o quanto gostam de fazer exercício												

FIM

Obrigado pela colaboração.

Anexo 2

TABELA DE CÓDIGOS PARA O
QUESTIONÁRIO DE BAECKE MODIFICADO.

INTENSIDADE

		código
0.	Deitado sem carga	0,028
1.	Sentado sem carga	0,146
2.	Sentado com movimento das mãos ou braços	0,297
3.	Sentado com movimento do corpo	0,703
4.	De pé, sem carga	0,174
5.	De pé, com movimento das mãos ou braços	0,307
6.	De pé, com movimentos do corpo, caminhando	0,890
7.	Caminhando com movimentos das mãos ou braços	1,368
8.	Caminhando com movimentos do corpo, pedalando, nadando	1,890

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA

		código
0.	Menos de 1 hora * semana -1	0,5
1.	1,2 > hora * semana -1	1,5
2.	2,3 > hora * semana -1	2,5
3.	3,4 > hora * semana -1	3,5
4.	4,5 > hora * semana -1	4,5
5.	5,6 > hora * semana -1	5,5
6.	6,7 > hora * semana -1	6,5
7.	7,8 > hora * semana -1	7,5
8.	Mais de 8 hora * semana -1	8,5

MESES POR ANO

		código
0.	Menos de 1 mês * ano -1	0,04
1.	1 - 3 meses * ano - 1	0,17
2.	4 - 6 meses * ano -1	0,42
3.	7 - 9 meses * ano -1	0,67
4.	Mais de 9 meses * ano -1	0,92