

DM

Atividade Física na Terceira Idade
Estudo comparativo entre praticantes
de atividade física e sedentários

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Paulo Ribeiro Felix

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - EDUCAÇÃO SÉNIOR



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

fevereiro | 2015

Atividade Física na Terceira Idade
Estudo comparativo entre praticantes
de atividade física e sedentários
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Paulo Ribeiro Félix
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - EDUCAÇÃO SÉNIOR

ORIENTADOR
António Maria Veloso Bento

Agradecimentos

Um grande agradecimento a todas as pessoas que, de algum modo, me deram força na realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor António Bento, orientador científico deste trabalho, pela atenção, disponibilidade e competência demonstrada no decorrer do mesmo.

Às instituições e às pessoas idosas que aceitaram colaborar na investigação. Sem elas este trabalho não seria possível.

À Margarida por ter estado sempre disponível.

Ao meu pequeno e grande irmão Zeca pela disponibilidade demonstrada.

A minha mãe, irmãs Teresa e Ana por terem estado sempre presentes.

Aos meus amigos e colegas que frequentaram o curso e a todos que de uma forma ou de outra, me apoiaram. A todos, o meu sincero agradecimento.

Resumo

O progressivo envelhecimento populacional tem suscitado cada vez mais uma maior preocupação e um particular interesse da sociedade. Para além de melhorar a condição física e a robustez do idoso, a atividade física tem também a vantagem de servir como um bom complemento psicológico, permitindo a “fuga” às depressões e incentivo ao convívio social. A adoção de um estilo de vida ativo é considerada um importante componente para a melhoria da qualidade de vida e independência funcional dos idosos.

Existem diversas evidências científicas de que a atividade física pode ser usada no sentido de retardar, e até mesmo atenuar, o processo de declínio das funções orgânicas que são observadas com o envelhecimento. As mudanças decorrentes da terceira idade requerem também uma adaptação dos próprios idosos e a forma como cada um se adapta, constitui um fator determinante no seu processo de envelhecimento.

Nos últimos anos, temos assistido a um crescente número de estudos associados à prática de atividade física na terceira idade, o que revela uma forte aposta em promover esta temática. Como sinal dessa tendência, tivemos em 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações que, face à tendência de envelhecimento da população da Europa procurou sensibilizar a sociedade europeia para o contributo prestado pelas pessoas mais velhas, bem como promover medidas que criassem mais e melhores oportunidades para que os cidadãos idosos se mantenassem ativos.

O presente estudo de natureza quantitativa e complementado por uma análise comparativa entre um grupo que pratica atividade física e outro que não pratica, pretendeu estudar as principais diferenças entre dois grupos de idosos de duas instituições com respostas sociais de Lar e Centro de Dia, no concelho de Machico e o impacto da prática de atividade física para a sua qualidade de vida. Para tal, foram aplicados inquéritos por questionário a uma amostra aleatória de 40 idosos, de ambos os sexos com 65 ou mais anos, com capacidade de resposta e independentes/autónomos na realização das suas atividades da vida diária.

Comparativamente, observou-se que os idosos que praticavam atividade física estavam mais informados e/ou sensibilizados para as questões gerais sobre saúde física, embora de uma forma vaga, não tendo por vezes uma perceção adequada sobre a importância e vantagens da atividade física. No grupo de sedentários foi notório um maior desconhecimento, principalmente

nas questões colocadas sobre a atividade física versus campo emocional, de convívio e de bem-estar.

Em termos globais, constatou-se que existiam diferenças significativas na qualidade de vida dos idosos de ambos os grupos, nomeadamente a alteração do estilo e hábitos de vida da quase totalidade dos idosos do grupo com atividade física que passaram a fazê-lo aquando da admissão nas instituições, sabendo que não tinham antecedentes desta prática no seu dia-a-dia. Para além disso, a forma como ocupavam o seu tempo também representou um elemento chave, uma vez que nenhum dos inquiridos que praticava atividade física não se ocupava com absolutamente nada, ao contrário dos idosos sedentários. Em termos de evolução do estado de saúde em virtude da prática de atividade física, muito poucos foram os casos que consideraram uma regressão no seu estado de saúde, diferindo do grupo de idosos sedentários. Por fim, os problemas emocionais que influenciavam o desempenho das atividades diárias foram identificados em maior número pelos idosos sedentários.

Palavras-Chave: envelhecimento, atividade física, sedentarismo, terceira idade, estudo comparativo, educação sénior

Abstract

The progressive population ageing is increasingly becoming an issue for society and world in general. Therefore, more and more educators and scientists believe that doing exercise is extremely important and necessary in our society, paying particular attention to older adults. In addition physical activity not only contributes to a healthy body condition and the robustness of the elderly, but also, has the advantage of providing a good psychological complement, allowing the "avoidance" of depressions and encouraging social interaction. The adoption of an active lifestyle is considered to be an important factor in quality of life and functional daily independence among older adults.

There are several scientific evidences showing that physical activity can minor or even retard the decline of functions of the body that are observed within the ageing process. Ageing changes also demand an adaptation of the individual and the way they face and fit in those changes. Individual adaption turns to be a major factor in the ageing process.

In the last few years we have witnessed an increasing number of studies related to physical activity in seniors, which show a strong commitment to promote this issue. This issue goes beyond Portugal borders, since other European countries are confronted with the same tendency. Europe's population is getting older. As, a sign of this tendency, 2012 was considered to be the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. This has helped make the society in general aware of the contribution and the potential of older people, and promote measures which would enhance more and better opportunities to keep their active participation in society.

The present quantitative study complemented with a comparative analysis between a group practicing physical activity and other than practice is aimed to study the major differences between two Public Social Institutions: Day Care Centre for Seniors and Nursing Care Home located in Machico, and the impact of physical exercise in their quality of life. In order to find an accurate response, a random sample of forty elderly, from both genders, and up to sixty years, which are responsive and independent / autonomous in performing their activities of everyday life, were surveyed through a questionnaire.

Comparatively, it was observed that older people that did physical activity were better informed and or aware of certain general issues about physical health, even though that had only a

rough idea and didn't have an adequate understanding about the importance and the advantages of physical activity. On the other hand, it became notorious the lack of knowledge among those belonging to the sedentary group mainly when faced with questions about physical activity versus emotional field, social interaction and well-being.

In general terms, it was determined that there were significant differences between the two elderly groups in terms of quality of life, namely lifestyle change in those who had only started to be involved in physical activity after admission in the daycare institution. Besides that, the way these elderly spent their time also represents a key element, once none of the respondents who did physical activity weren't involved in any kind of activity in their everyday life as opposing the sedentary group.

Regarding the evolution of health condition due to physical activity, very few respondents considered an existence of regression in his/her health, differing from the group of elderly sedentary lifestyle. At last, emotional issues that influenced the performance of daily activities were identified in larger numbers by the elderly sedentary group.

Key-words: ageing, physical activity, sedentary, seniors, comparative study, senior education

Résumé

Le progressif vieillissement populationnel représente chaque fois plus une meilleure préoccupation et un particulier intérêt de la société. Outre d'améliorer la condition physique et la robusticité de l'âgé, l'activité physique a aussi l'avantage d'être un bon complément psychologique, qui permet de "fuire" aux dépressions et une incitation à la familiarité sociale. L'adoption d'un style de vie actif est considéré un composant importante pour l'amprovement de la qualité de vie et indépendance fonctionnel des âgés.

Il y a plusieurs évidences scientifiques que l'activité physique peut être utilisée pour retarder et même atténuer, le processus de la décadence des fonctions organiques qui sont observées avec le vieillissement. Les changements qui font parties du troisième âge requèrent une adaptation des propres âgés et la forme comme chacun s'adapte, constitue un facteur déterminant dans son processus de vieillissement.

Pendant les dernières années, on a assisté a un progressif numéro d'études associés à la pratique d'activité physique au troisième âge, ce qui révèle un grand pari pour promouvoir cette thématique. Un signal de cette tendance, on a eu en 2012 l'Année Européene du Vieillissement Actif et la Solidarité entre Générations qui, face à la propension du vieillissement de la population de l'Europe a cherché à sensibilizer la société européenne pour la contribution prêtée par les personnes plus vieilles, bien comme promouvoir des mesures qui créent plus et de meilleures oportunités pour que les âgées se maintiennent actifs.

Cet étude de caractère quantitatif et complémenté par une analyse comparative entre un groupe à pratiquer une activité physique et d'autres que pas la pratique, a recherché étudié les principales différences entre deux groupes de 3ème âge de deux institutions qui ont des réponses social de Foyer et Centre de jour, dans le village de Machico et l'impact de la pratique physique pour sa qualité de vie. Pour cela, on a appliqué des questionnaires à un échantillon de 40 âgés, des deux sexes avec 65 ans ou plus, avec une capacité de réponse et indépendants/autonomes dans la réalisation de leurs activités routinières.

Comparativement, on a observé que les âgés qui exerçaient de l'activité physique étaient plus informés et ou sensibilisés par les questions générales sur la santé physique quoique d'une forme vague, n'ayant pas une perception adéquate sur l'importance et les avantages de l'activité physique. Dans le groupe sédentaire on a beaucoup noté une meilleure méconnaissance,

principalement sur les questions colloquées à propos de l'activité physique, du champ émotionnel versus la familiarité et le bien être.

Globalement dans la qualité de vie des âgés des deux groupes, on a constaté qu'il y avait des différences significatives principalement dans l'altération du style et habitudes de vie de la presque totalité des âgés qui partiquent de l'activité physique qui ont passé à le faire quando ils ont été admits dans les institutions, en savant que ces personnes n'avaient d'antécédants de cette pratique dans le jour au jour. Em plus, la forme comme ils occupaient leur temps libre a aussi représenté un élément clef, une fois qu' aucun des interviewués qui faisaient de l'exercice physique ne s'occupait absolument de rien, au contraïres des âgés sédentaires. Em terme d'évolution de leur états de santé, en virtude de la pratique de l'activité physique, peu sont les cas qui on considéré un régression de son étât de santé au contraire des âgés sédentaires. Finalement, les problèmes emotionnels qui influençaient l'engagement de leurs activités jour en jour ont été identifiés par les âgés sendentaires en meilleur numéro. Finalement, les problèmes émotionnels qui influençaient l'engagement des activités du jour à jour ont été identifiées en meilleur numéro par les âgés sédentaires.

Mots clefs: vieillissement, activité physique, sédentarisme, troisième âge, étude comparatif, éducation du troisième âge

Resumen

El envejecimiento progresivo de la población ha venido despertando cada vez más una mayor preocupación y un particular interés de la sociedad. Además de mejorar la condición física y la robustez del anciano, la actividad física ha servido como un buen complemento psicológico, ayudando a evitar depresiones e incentivando al convivio social. La adopción de un estilo de vida activo es un factor muy importante para mejorar la calidad de vida e independencia funcional del anciano.

Existen diversas evidencias científicas que prueban que la actividad física puede ser útil para retardar y hasta atenuar el proceso de disminución de las funciones orgánicas que se observan con el envejecimiento. Los cambios originados por la tercera edad también requieren una adaptación del propio anciano, la cual será un factor determinante en el proceso de envejecimiento.

En los últimos años, hemos sido testigos de un número creciente de estudios asociados a la práctica de la actividad física en la tercera edad, lo que revela una fuerte dedicación en promover esta práctica. Como prueba de esta tendencia, se celebró en 2012 el Año Europeo del Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional que tuvo como objetivo sensibilizar a la sociedad europea cuanto a la contribución prestada por personas mayores, tal como promover medidas para la creación de más y mejores oportunidades para que los ciudadanos ancianos se mantengan activos.

El presente estudio de naturaleza cuantitativa y complementado por un análisis comparativo entre un grupo de la práctica de la actividad física y distinta de la práctica se destinó a estudiar de las principales diferencias entre dos grupos de ancianos de dos instituciones con respuestas sociales de Lar e Centro de Dia, en el condado de Machico y el impacto de la práctica de la actividad física para su calidad de vida. Para tal, fueron efectuadas encuestas por cuestionario a una muestra aleatoria de 40 ancianos, de ambos sexos con edad igual o superior a 65 años, que poseen capacidad de respuesta autónoma/independiente en la realización de sus actividades diarias.

Comparativamente, se observó que los ancianos que practicaban actividad física estaban más informados y/o sensibilizados cuanto a las cuestiones generales sobre la salud física, sin embargo, carecen por veces de una percepción adecuada sobre la importancia y ventajas de la

actividad física. En el grupo de los sedentarios fue notorio un mayor desconocimiento, principalmente en cuestiones referentes a la actividad física versus rango emocional, de convivio e de bienestar.

En términos globales, se constató la existencia de diferencias significativas en la calidad de vida de los ancianos de ambos grupos, particularmente la alteración del estilo y hábitos de vida de casi todos los ancianos del grupo con actividad física que empezaron a practicarla desde su admisión en las instituciones, sabiendo que no tenían antecedentes de esta práctica en su cotidiano. Además la forma en que ocupaban su tiempo represento también un elemento clave, ya que ninguno de los encuestados que practicaba actividad física no se ocupaba con absolutamente nada, al contrario de los ancianos sedentarios. En términos de evolución del estado de salud en virtud de la práctica de actividad física, muy pocos fueron los casos que consideraron una regresión en su estado de salud, diferenciándose del grupo de los ancianos sedentarios. Finalmente, los problemas emocionales que influenciaban el desempeño de las actividades diarias fueron identificados mayoritariamente por los ancianos sedentarios.

Palabras-Clave: envejecimiento, actividad física, sedentarismo, tercera edad, estudio comparativo, educación mayor

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	v
Résumé	vii
Resumen	ix
Índice	xi
Índice de Tabelas	xv
Siglas Utilizadas	xvii
Introdução	1
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	5
1 - Organização do Estudo	5
1.1. Problemática da Investigação.....	5
1.2. Objeto de Estudo.....	6
1.2.1. Santa Casa da Misericórdia de Machico.....	7
1.2.2. Centro Social e Paroquial Nossa Senhora das Preces.....	8
1.3. Hipóteses de Estudo.....	10
1.4. Objetivos do Estudo.....	11
1.4.1 – Objetivo Geral.....	11
1.4.2 – Objetivos Específicos.....	11
1.5. Conceitos.....	11
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA REVISÃO DA LITERATURA	16
1. Envelhecimento da População	16
1.1. Envelhecimento demográfico e caracterização da população idosa na RAM.....	18
1.2. O processo de Envelhecimento.....	19
1.3. O envelhecimento ativo.....	24
1.4. Alterações no Envelhecimento: Sarcopénia.....	27

2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde nos Idosos	29
2.1. Sedentarismo / inatividade física	32
2.2. Idosos e Atividade Física	33
2.2.1. Conceito de Atividade Física	33
2.2.2. – Tipos de Atividade Física	35
2.2.3. – As barreiras da atividade física	36
2.3. Benefícios da Atividade Física / Exercício Físico	37
2.4. Dez conselhos para se obter o sucesso na atividade física.....	39
3. Obesidade	41
3.1. Benefícios da AF nos Obesos	43
3.2. Ação do EF na alteração da composição corporal e redução do peso	44
4. Treino de Força	44
4.1. Benefícios do Treino de Força	45
4.2. Treino de Força em Indivíduos Obesos	45
4.3. Recomendações para a prescrição do Treino de Força em Obesos	46
4.4. Treino de Força Muscular nos Idosos	46
CAPÍTULO III – QUESTÕES METODOLÓGICAS	51
1. Questões metodológicas.....	51
1.1. Tipo de Estudo	51
1.1.1. Paradigma quantitativo	51
1.2. Método Comparativo	52
2. Local do Estudo	53
2.1. Critérios de seleção dos sujeitos de estudo	53
2.2. Cuidados Éticos	53
3. Limitações do Estudo	54
4. Instrumentos de Recolha de Dados	54
4.1. Inquéritos por Questionários.....	54
5. Pesquisa e análise bibliográfica e documental	56

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA INVESTIGAÇÃO... 58	
1. Análise e tratamento dos dados	58
1.1. Caraterização dos Inquiridos	59
2. Prática de Atividade Física	66
3. Estado de Saúde Física e Emocional	69
4. Atitude perante a Atividade Física	77
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E SÍNTESE DOS RESULTADOS 88	
1. Apresentação e síntese dos resultados	88
2. Considerações finais	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
Sítios da Internet	103
Outros Documentos	105
APÊNDICES	106

Índice de Gráficos

Gráfico I: Sexo dos inquiridos segundo o estado civil.....	60
Gráfico II: Idade dos inquiridos segundo a prática de atividade física.....	62
Gráfico III: Habilitações Literárias.....	63
Gráfico IV: Família	65

Índice de Tabelas

Tabela I: Prática de atividade física por frequência de valência social.....	59
Tabela II: Sexo dos inquiridos por valência.....	60
Tabela III: Idade dos inquiridos segundo o sexo.....	61
Tabela IV: Sabe ler e escrever.....	63
Tabela V: Habilitações literárias segundo a prática de atividade física.....	64
Tabela VI: Idosos segundo a prática de atividade física anterior à admissão na instituição .	66
Tabela VII: Distribuição dos inquiridos por prática de atividade física e instituição	67
Tabela VIII: Tipo de atividade física praticada nas instituições.....	67
Tabela IX: Ocupação do tempo segundo a prática ou não de atividade física	68
Tabela X: Opinião do estado de saúde segundo a prática ou não de atividade física	69
Tabela XI: Opinião do estado de saúde segundo a idade e a prática ou não de atividade física	70
Tabela XII: Opinião do estado geral de saúde, desde há 1 ano, segundo a prática de atividade física.....	70
Tabela XIII: Limitações de saúde em atividades moderadas segundo a prática de atividade física	71
Tabela XIV: Limitações de saúde em atividades intensas segundo a prática de atividade física	72
Tabela XV: Limitações de saúde em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se segundo a prática de atividade física.....	72
Tabela XVI: Problemas apresentados nas atividades diárias nas últimas 4 semanas como consequência do seu estado de saúde físico segundo a prática de atividade física	73
Tabela XVII: Problemas apresentados nas atividades diárias nas últimas 4 semanas devido a problemas emocionais (depressão ou ansiedade) segundo a prática de atividade física	73
Tabela XVIII: Interferência do estado de saúde física e emocional nas últimas 4 semanas no relacionamento normal (família, amigos, vizinhos ou outros) segundo a prática de atividade física.....	74

Tabela XIX: Saúde emocional/estado de espírito nas últimas 4 semanas segundo a prática de atividade física.....	75
Tabela XX: A prática de atividade física com pessoas da mesma idade é boa para conviver	77
Tabela XXI: A atividade física praticada de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde	77
Tabela XXII: A atividade física ajuda a libertar emoções e ansiedades	78
Tabela XXIII: A prática da atividade física quando em grupo é divertida	78
Tabela XXIV: A atividade física, praticada regularmente, é necessária para uma boa saúde	79
Tabela XXV: O desenvolvimento de capacidades físicas leva à descontração do indivíduo ..	79
Tabela XXVI: A atividade física é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde em geral	80
Tabela XXVII: Participar em atividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres	80
Tabela XXVIII: A atividade física diária é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa	81
Tabela XXIX: A atividade física é um excelente remédio para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa.....	81
Tabela XXX: A atividade física faz bem ao corpo humano.....	82
Tabela XXXI: A atividade física descontra o indivíduo que o pratica	82
Tabela XXXII: A atividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor.....	82
Tabela XXXIII: A atividade física é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa ..	83
Tabela XXXIV: A atividade física interfere na diminuição do peso	83
Tabela XXXV: Atitude dos inquiridos que praticavam atividade física.....	84
Tabela XXXVI: Atitude dos inquiridos que não praticavam atividade física	85

Siglas Utilizadas

ACSM - American College of Sports Medicine

AF - Atividade Física

DE - Desempenho Emocional

DF - Desempenho Físico

DC - Dor corporal

EF - Exercício Físico

FS - Função Social

GH - Hormonas de crescimento

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde

RAM - Região Autónoma da Madeira

RM - Repetição máxima

SG - Saúde Geral

SM - Saúde Mental

SNC - Sistema nervoso central

TFM - Treino de Força Muscular

VT - Vitalidade

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment

Introdução

Está provado que o sedentarismo é uma das maiores causas de morte do nosso século. Numa população aparentemente saudável ou numa população especial, a Atividade Física (AF) assume um papel crucial na saúde e bem-estar.

A considerável redução da AF e os perigos associados ao sedentarismo, que afetam todos os grupos populacionais, constituem um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crônico-degenerativas (Baptista et al., 2011).

O progressivo envelhecimento populacional tem suscitado cada vez mais uma maior preocupação e um particular interesse da sociedade. Para além de melhorar a condição física e a robustez do idoso, a atividade física tem também a vantagem de servir como um bom complemento psicológico, permitindo a “fuga” às depressões e incentivo ao convívio social. A adoção de um estilo de vida ativo é considerada um importante componente para a melhoria da qualidade de vida e independência funcional dos idosos.

Como consequência da descida acentuada da taxa de natalidade e com o aumento da esperança média de vida, a população mundial tem vindo a envelhecer rapidamente. A solução passa, portanto, por criar estruturas sociais (tanto público como privadas), que possam responder à realidade atual e às necessidades desta mesma população (Amaro & Meira, 2006).

Segundo Spirduso (1995, cit. in Carvalho J. & Soares J., 2004) o crescimento da longevidade deve corresponder à manutenção da qualidade de vida associada à saúde, ao bem-estar e à capacidade de realizar as tarefas com uma certa autonomia.

Existem diversas evidências científicas de que a atividade física pode ser utilizada no sentido de retardar, e até mesmo atenuar, o processo de declínio das funções orgânicas que são observadas com o envelhecimento. As mudanças decorrentes da terceira idade requerem também uma adaptação dos próprios idosos e a forma como cada um se adapta, constitui um fator determinante no seu processo de envelhecimento.

A importância da AF para qualquer ser humano, resulta num bem-estar físico e mental, que é praticamente indiscutível e que irá repercutir-se também num bem-estar social.

Nos últimos anos, temos assistido a um crescente número de estudos associados à prática de atividade física na terceira idade, o que revela uma forte aposta em promover esta temática. Como sinal dessa tendência, tivemos em 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre gerações que, face à tendência de envelhecimento da população da Europa procurou incentivar os idosos a que se mantenham ativos.

A AF regular tem efeitos cumulativos no idoso: cada sessão origina pequenos gastos energéticos, mas o seu somatório tem efeitos consideráveis. É de sublinhar que não é apenas a AF prescrita que é importante, mas a totalidade da AF espontânea ao longo do dia: subir as escadas em vez de utilizar o elevador, tarefas domésticas, caminhar para o emprego, etc. (Barata, 1997).

Para a World Health Organization a AF é claramente um dos principais fatores a considerar para um Envelhecimento Ativo, proporcionando assim uma maior Qualidade de Vida (QV). Neste sentido, seguindo a lógica do desporto para uma melhor saúde e tendo em conta as projeções apresentadas pelas várias organizações de saúde ou associadas a estas, verifica-se um claro incremento da prática desportiva nas pessoas idosas.

Com o aumento da adesão dos idosos para a AF, houve a necessidade de se dar uma resposta, com a apresentação de programas que fossem os mais adequados possíveis. Nesta linha de pensamento, em relação a programas estruturados e que pudessem servir o interesse das pessoas idosas, foram identificados três tipos de programas de promoção de AF junto desta população e desenvolvidos em contextos diferentes: os programas autárquicos (ou seja, da responsabilidade dos municípios) criados especialmente para esta população; os programas das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que são um serviço prestado pela própria instituição; e também os ginásios privados, que embora abranjam todo o tipo de faixa etária, têm denotado um incremento de pessoas com mais de 65 anos nos seus espaços para a realização de AF.

A realização deste trabalho implica a sistematização do mesmo para melhor explicar as ideias que serão apresentadas. Neste sentido, encontra-se estruturado, em cinco capítulos, da seguinte forma:

O **Capítulo I** apresenta a fundamentação da investigação que visa explicar a problemática da investigação, bem como as hipóteses de estudo e os objetivos gerais e específicos, seguidos da definição de alguns conceitos.

O **Capítulo II** denominado de Enquadramento Teórico da Investigação, tem como intuito o enquadramento teórico no qual o estudo se insere. Serão abordadas algumas questões relacionadas com a AF e os seus benefícios para a saúde.

O **Capítulo III** apresenta as questões metodológicas, com intuito de explicar o tipo de estudo, o método utilizado, o local de estudo, delimitação do campo de estudo e critérios de seleção, cuidados éticos, limitações do estudo, instrumentos de recolha de dados e por fim a análise documental e fontes de dados

O **Capítulo IV** apresenta e analisa os dados da investigação.

O **Capítulo V** trata da apresentação e sínteses dos resultados e algumas recomendações para futuras investigações.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

1 - Organização do Estudo

1.1. Problemática da Investigação

Está provado que o sedentarismo é uma das maiores epidemias e causas de morte do nosso século. Numa população aparentemente saudável ou numa população especial, a Atividade Física (AF) assume um papel crucial na saúde, especialmente no caso dos idosos.

Segundo os Censos 2011, na Região Autónoma da Madeira (RAM) a população com 65 ou mais anos cresceu, passando de 13,7% em 2001 para 14,9% em 2011. A população idosa aumentou na última década e representa, em 2011, 14,9% da população da Madeira, um valor abaixo da média nacional que é de 19,0%. Na região, ao contrário do que sucede com a população mais jovem, a percentagem de idosos do sexo feminino é superior à do sexo masculino, 18,1% e 11,3%, respetivamente.

No que concerne ao concelho de Machico, podemos verificar no quadro que segue que a população com 65 e mais anos sofreu, entre 2001 e 2011, uma variação de 23,13%. Aliado à questão do sedentarismo o índice de dependência de idosos (Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009), no concelho de Machico, de 2001 para 2011 sofreu um aumento de 16,7 para 20,2, registando-se também um aumento ao nível do índice de envelhecimento (Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 aos 14 anos) (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009) passando de 58,4 (Censos, 2001) para 89,1 (Censos, 2011).

População residente com 65 e mais anos, por concelho, na RAM, segundo os Censos, 2011

Concelho	População residente 65 e + anos (Censos 2001)	População residente 65 e + anos (Censos 2011)	Varição entre 2001 e 2011 (%)
Calheta	2 531	2 580	1,94
Câmara de Lobos	3 048	3 597	18,01
Funchal	14 526	17 906	23,27
Machico	2 503	3 082	23,13
Ponta do Sol	1 405	1 645	17,08
Porto Moniz	682	673	-1,32
Ribeira Brava	2 019	2 230	10,45
Santa Cruz	3 359	4 330	28,91
Santana	1 780	1 826	2,58
São Vicente	1 260	1 298	3,02
Porto Santo	465	731	57,20

Fonte: INE, Censos 2011

Todos estes aspetos demográficos, mereceram uma reflexão e a tentativa da busca de um conhecimento mais amplo junto desta população alvo, aliado à formação de base do investigador em Educação Física, bem como o conhecimento direto da realidade do concelho de Machico onde sempre viveu.

Para além disso, considerou-se pertinente e uma mais valia perceber a atitude e opiniões que os próprios idosos têm sobre a atividade física em si e até que ponto estão cientes da sua importância para a sua qualidade de vida.

1.2. Objeto de Estudo

O objeto deste estudo centra-se na análise sobre a importância e o impacto da atividade física na vida dos idosos que frequentam diferentes respostas sociais (Lar e Centro de Dia) de duas instituições, permitindo estabelecer uma comparação entre um grupo que pratica atividade física e um grupo sedentário.

1.2.1. Santa Casa da Misericórdia de Machico

Instituída por carta de Lei de 27 de Julho de 1508, a Santa Casa da Misericórdia de Machico fundada a 4 de Julho de 1529 é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que presta um conjunto de serviços à comunidade, desde os mais novos com o Infantário até aos mais idosos com o Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio. Concede apoio às famílias residentes no Bairro da Bemposta através do Centro Comunitário e à população em geral através da prestação de cuidados de saúde no Centro Médico e de Reabilitação.

A Instituição possui uma vasta equipa qualificada capaz de responder a todos os problemas / necessidades e desafios que todos aqueles que a procuram lhe colocam.

Refira-se que esta equipa é composta por pessoal competente, atencioso e dedicado, qualidades reconhecidas por familiares dos utentes, tutela e comunidade em geral, que colocam a Misericórdia de Machico num patamar de referência pautado pela qualidade, eficácia, eficiência e pertinência dos serviços prestados.

O Lar da Santa Casa da Misericórdia de Machico está localizado num agradável ponto intermédio do Pico do Facho numa zona sobranceira à baía de Machico.

Munida de uma arquitetura ímpar, destaca-se pelo seu enquadramento com a natureza circundante, que confere um envolvimento de conforto e bem-estar.

Inaugurado em Setembro de 2000, o Lar com capacidade para 77 utentes, surgiu como uma resposta válida ao crescente envelhecimento. Consiste no alojamento coletivo de utilização temporária, ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e / ou autonomia e tem como principais objetivos:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e suas famílias promovendo um envelhecimento saudável, autónomo, ativo e plenamente integrado;

- Favorecer a saúde e a autonomia dos utentes, prevenindo e adiando situações de dependência;

- Promover a afetividade, as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, com a família, assim como as suas relações sociais e com a comunidade em geral fomentando os níveis de atividade e de participação social de modo a evitar o isolamento e promover a sua integração social;

- Desenvolver estratégias que favoreçam a auto-estima, a valorização e autonomia pessoal e social, garantindo as condições necessárias ao reforço da sua capacidade autónoma para a realização e organização das atividades de vida diária;

- Criar parcerias com entidades governamentais e não governamentais, de forma a estimular novas sinergias e recursos existentes que possam contribuir para o desenvolvimento de projetos comuns que tenham como objetivo principal o bem-estar dos utentes.

A Santa Casa da Misericórdia de Machico, tem como principal missão, a promoção e o desenvolvimento de respostas sociais direcionadas para a Terceira Idade, Educação e Saúde, na defesa dos mais necessitados e vulneráveis, contribuindo enquanto agente local para o desenvolvimento da comunidade em que se encontra inserida.

Por fim, fazemos referência aos valores que pautam a sua atividade: respeito (considerando a condição e características de todos os que apoia e daqueles que com ela colaboram); Confiança (oferecendo um ambiente de confiança mútua entre os intervenientes, inspirado na generosidade, partilha e respeito); Solidariedade (agindo com carácter solidário para com a comunidade); Responsabilidade (proporcionando serviços de qualidade e adotando com transparência e rigor o desenvolvimento da sua prática de gestão e o cumprimento dos requisitos); e por fim a Eficiência (na gestão dos seus recursos, promovendo a melhoria contínua e satisfação junto dos seus utentes, colaboradores, fornecedores, parceiros e comunidade.

1.2.2. Centro Social e Paroquial Nossa Senhora das Preces

O Centro Social e Paroquial Nossa Senhora das Preces, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e localiza-se no sítio da Ribeira Grande, freguesia e concelho de Machico.

A Instituição é um edifício relativamente recente, construído no ano de 2002.

Funciona com Centro de Convívio, no horário das 9h30 às 18h00m, permitindo a todos os utentes e habitantes usufruir daquele espaço, assim como participar nas mais diversas atividades que dentro/fora dele são desenvolvidas.

O Centro Social e Paroquial das Preces, nasceu da iniciativa de um grupo de paroquianos em conjunto com o pároco da altura, reverendo padre Manuel Carlos, com intuito de colmatar o

isolamento da população idosa da comunidade local, tendo sido inaugurado a 4 de Setembro de 2002.

O Centro Social e Paroquial das Preces é gerido por uma Direção composta por 6 elementos e um conselho Fiscal composto por 3 elementos em regime de voluntariado e pós laboral.

O edifício é constituído por três pisos. No rés-do-chão, encontra-se um Salão Polivalente, onde são realizadas as aulas de Ginástica, e serve também para outras atividades, como realização de festas e outros eventos.

Os idosos que frequentam o centro de dia provêm na sua maioria do Sítio da Ribeira Grande – Maroços, deslocando-se a pé para a instituição, à exceção de alguns utentes que necessitam de se deslocar de autocarro, uma vez que residem noutra sítio do concelho de Machico.

Os utentes / idosos pertencem a um nível socioeconómico médio-baixo e dedicaram-se fundamentalmente à agricultura e ao bordado que constituíram, as suas únicas formas de subsistência. Atualmente vivem das baixas pensões que lhe são atribuídas.

Sete são do sexo masculino e vinte e sete do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 58 e os 86 anos, perfazendo um total de trinta e quatro idosos.

Este Centro conta ainda com um grupo de 2 profissionais de acção composto por uma Animadora Sociocultural e um Auxiliar de Serviços Gerais.

A Instituição tem como principal missão desenvolver um trabalho sério e exaustivo, por forma a proporcionar um ambiente agradável e propício ao desenvolvimento e melhoramento das aptidões dos utentes, fazendo com que estes se sintam motivados e empenhados no sentido de melhorar a sua auto-estima e autonomia, tentando fomentar ainda o enriquecimento das relações sociais entre os mesmos.

Neste sentido e de forma sucinta pretendem desenvolver:

Atividades cognitivas ou mentais: exercícios de desenvolvimento da atenção, memória, linguagem e compreensão.

Atividades físicas ou motoras: ginástica, dança, caminhadas e exercícios de estimulação da motricidade fina e grossa.

Atividades de expressão plástica: pintura, bordado, tricô e tapeçaria.

Atividades de expressão e comunicação: música, expressão dramática e escrita.

Atividades promotoras de desenvolvimento pessoal e social: atividades de auto-conhecimento.

Atividades lúdicas: festas, visitas de estudo e jogos de mesa.

Atividades culturais: cinema, teatro, visita a museus e exposições.

Em modo de conclusão o Centro de dia tem como principal objetivo tentar combater o isolamento e solidão que assola muitos idosos e que anos após anos, sentem esta instituição como um porto de abrigo, capaz de lhe oferecer e proporcionar os momentos e situações favoráveis ao seu bem-estar físico e psicológico, mantendo-se autônomos, motivados e ativos, participativos e acima de tudo valorizados.

1.3. Hipóteses de Estudo

O objetivo de uma investigação é responder à problemática a tratar. Para tal, o investigador formula hipóteses e procede às observações que as mesmas exigem. Trata-se, em seguida, de verificar se os resultados observados correspondem aos resultados esperados por essas hipóteses/questões de investigação. A organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor.

As hipóteses de trabalho sobre as quais o presente estudo incidiu são:

Hipótese A – Existem diferenças significativas na qualidade de vida entre um grupo de idosos sujeitos a um programa de exercícios físicos e um grupo sedentário

Hipótese B – A prática ou não de atividade física influencia a forma como avaliam o seu estado de saúde física e emocional

Hipótese C – Independentemente da prática de atividade física os idosos têm uma percepção adequada e opinião formada sobre a importância e vantagens da atividade física.

1.4. Objetivos do Estudo

De acordo com o objeto de estudo e o enquadramento teórico anteriormente desenvolvido, tornou-se imprescindível a apresentação dos objetivos gerais e específicos que orientam o presente trabalho.

1.4.1 – Objetivo Geral

- Conhecer e destacar as principais diferenças entre dois grupos de idosos e o impacto da prática de atividade física para a sua qualidade de vida.

1.4.2 – Objetivos Específicos

- Identificar e analisar os principais aspetos que distinguem os idosos que praticam atividade física e os idosos sedentários, nomeadamente as suas perspetivas e atitudes face à atividade física.
- Identificar e comparar a influência da atividade física (AF) em ambos os grupos, no desempenho físico (DF), na saúde geral (SG), vitalidade (VT), desempenho emocional (DE), na função social (FS) e na saúde mental (SM);
- Identificar, conhecer e analisar a perceção e opinião que os idosos têm sobre a importância e vantagens da atividade física no seu dia-a-dia.
- Identificar os pontos fortes e pontos fracos na perspetiva que os idosos têm sobre a atividade física, bem como lançar pistas para futuras intervenções.

1.5. Conceitos

- **Atividade física** – Qualquer movimento associado à contração muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso (Caspersen et al. 1986).

- **Aptidão física** – Capacidade para realizar trabalho muscular de forma satisfatória. Tendo

em consideração esta definição, considera-se apto um indivíduo que tenha as características que lhe permitam um bom rendimento numa dada tarefa motora num envolvimento físico, social e psicológico específico (Bouchard & Shephard, 1994 cit. in Maia et al., 2001).

- **Centro de Dia** – Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços e que contribui para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar. Estes equipamentos funcionam durante todo o dia, pelo que são fornecidas refeições completas aos utentes, desenvolvendo-se, ainda, atividades sócio-recreativas, culturais e desportivas (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

- **Envelhecimento** – Conceito de duplo sentido que engloba a senescência como expressão do desenrolar do tempo biológico, e o avanço da idade como o desenrolar cronológico (Henrard, 1997, cit. in Vaz, 2008).

- **Envelhecimento ativo** – Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas. (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

- **Exercício físico** – É habitualmente considerado como uma subcategoria da atividade física, sendo definido como a atividade física planeada, estruturada, repetitiva que resulta em melhoria ou manutenção de uma ou mais facetas da aptidão física. É portanto, a atividade física realizada de forma intencional (Caspersen et al., 1985 cit. in Maia et al., 2001).

- **Idoso** – Varia em função dos países e das sociedades. A OMS define a pessoa idosa acima dos 60 anos nos países em desenvolvimento e dos 65 anos nos países desenvolvidos. Segundo Moreno (2006 cit. in Raposo e Marques, 2009) existe uma nova classificação que é o idoso nova-vaga, situado entre os 75 e os 85 ou mais anos.

- **Índice de dependência dos idosos** – Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

- **Índice de envelhecimento** – Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 aos 14 anos (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

- **Lar de Idosos** – Resposta social desenvolvida em equipamento de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos de maior perda de autonomia e/ou independência que assegura a satisfação das suas necessidades básicas. Nesta resposta além do fornecimento de alimentação, higiene e conforto, fomenta-se o convívio e ocupação dos tempos livres dos utentes (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

- **Obesidade** – Quantidade percentual de gordura corporal acima da qual o risco de doença aumenta (ACSM, 1999 cit. in Barata 1997).

- **População residente** – Pessoas que, independentemente de no momento de observação – zero horas do dia de referência – estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

- **Resposta social** – Conjunto de atividades desenvolvidas em serviços e/ou equipamentos sociais para apoio a pessoas e famílias, envolvendo a participação e colaboração de diferentes organismos da administração central, das autarquias locais, das Instituições Particulares de Solidariedade Social e de outras instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos de reconhecido interesse público (Instituto Nacional de Estatística, 2005).

- **Sarcopénia** – Decréscimo normal da massa muscular, ou seja, um declínio da força muscular e as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento geram perdas da capacidade funcional, contribuindo para a dependência do idoso (Tribess & Virtuoso Jr., 2005).

- **Saúde** – Define-se como o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948).

- **Sedentarismo** – Caraterizado pela falta ou baixo nível de prática de AF diárias, seja nas tarefas quotidianas (obrigações domésticas, transporte, trabalho, lazer) seja nas programadas (Atividade Física organizada) (Werk et al., 2009).

- **Treino de Força** – É a forma de exercício planeada e estruturada, que consiste num método de treino envolvendo a ação voluntária do músculo esquelético contra alguma forma de resistência apropriada, podendo ser utilizados uma variedade de equipamentos, tais como os pesos livres, máquinas, elásticos, bolas medicinais ou apenas usando o peso do seu corpo (Winetti & Capinelli, 2001 cit. in Lopes, 2008; Faigenbaum & Westcott, 2009).

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA REVISÃO DA LITERATURA

1. Envelhecimento da População

“A liberdade e a lucidez não servem para grande coisa, se nenhum objectivo nos solicita mais: elas têm um grande valor se ainda somos habitados por objectos. A maior sorte do velho, mais do que gozar de uma boa saúde, é sentir que, para ele, o mundo está ainda povoado de fins. Activo, útil, escapa ao tédio e a decadência.”

(Beauvoir, 1990, p.603)

“Envelhecer é, também, aceitar o inaceitável, isto é, a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a mutilação, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte.”

(Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.165)

O envelhecimento refere-se ao processo ou grupo de processos que ocorre (em) no organismo vivo que, com a passagem dos anos, conduz (em) à perda de adaptabilidade, ao declínio funcional e a eventual morte (Spirduso, Francis & MacRae, 2005).

Para Gallahue, Ozmun, (2005) e Papaleo (2007), o envelhecimento é um conjunto de alterações que se dão no organismo, ao nível estrutural e funcional que se vão acumulando de forma progressiva. Neste processo podem ser acrescentados vários fatores que irão tornar a velhice uma fase irreversível da condição humana: raciais; culturais; morfológicos, intelectuais e mesmo hereditários.

O envelhecimento é um processo natural que se dá num organismo vivo em que, com a passagem dos anos, surge um desgaste natural e que leva à perda de dinâmica, à perda de destreza física, declínio funcional e eventual morte (Spirduso et al., 2005).

Segundo Henrard (1997, cit. in Vaz 2008):

O envelhecimento é um conceito de duplo sentido que engloba a senescência como expressão do desenrolar do tempo biológico, e o avanço da idade como o desenrolar cronológico (p. 28).

O processo evolutivo do corpo humano dá-se de forma natural, ao longo de vários anos. O “Envelhecer” é neste sentido um dos estádios normais desta evolução. Esta experiência de envelhecer é um processo multifacetado e onde estarão vários fatores que influenciarão a passagem para o envelhecimento. Fatores fisiológicos, psicológicos e sociais ajudam a provocar as alterações físicas do corpo, sendo que esses fatores variam grandemente, não tendo obrigatoriamente uma ligação direta com a idade de um indivíduo. Por outro lado, esses mesmos fatores não podem ser dissociados uns dos outros, sendo que a combinação dos mesmos pode influenciar o futuro estado de saúde de um idoso (Squire, 2002).

Para Henrard (1997, cit. in Vaz, 2008, p.28) “A senescência é definida habitualmente como um conjunto dos processos biológicos que, na medida em que a idade avança, coloca os indivíduos mais sensíveis aos fatores suscetíveis de levar a morte”. Segundo este autor a morte pode acontecer a partir do momento em que o organismo de um indivíduo deixa de ter capacidade de responder às agressões externas (doenças ou acidentes que surgem). Os processos próprios à senescência respondem a quatro critérios aceites: ser universal, progressivo, endógeno e degenerativo.

Muitos dos países do Sul da Europa (onde se enquadra Portugal) têm verificado um aceleração do processo de envelhecimento, ao que não é alheio o aumento da baixa de natalidade e o aumento da esperança de vida. Os números comprovam isso mesmo: nos últimos 40 anos, com a duplicação do número de idosos com 65 ou mais anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. (Carilho & Gonçalves, 2004 cit. in Fena, 2010).

Em Portugal, a população com idade igual ou superior a 65 anos está a aumentar a um ritmo elevado. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009) revelam que, em 2060, existirá uma relação de 271 adultos idosos para cada 100 jovens.

Segundo Martins (2002), o envelhecimento global que tem vindo a ser constatado e previsto neste século XXI terá consequências culturais e também epidemiológicas, levando à necessidade da procura de respostas tanto em termos sociais e como consequência, em termos económicos e isto em todas as latitudes do planeta (WHO, 2002).

É este o cenário onde o envelhecimento é debatido, onde se tenta perceber o papel das famílias ou mesmo quais as estratégias a definir nas políticas de saúde ou no sistema social tendo em conta esta alteração demográfica.

Um estudo divulgado pelo Alto Comissariado para a Saúde indica que a população Portuguesa envelhece com independência funcional e hábitos de vida favoráveis. Segundo esse mesmo estudo a dependência funcional surge, em média, acima dos 70 anos. (Oliveira, et al., 2008).

Este aumento do envelhecimento da população obriga a uma constante atualização de conceitos, de modo a que o “todo” da sociedade possa responder à uma nova realidade social. Neste prisma, os desafios são renovados de modo a atingir objetivos que possam corresponder às expectativas (Matsudo, 2006).

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos Norte-americanos (U.S. Departmente of Health and Human Services, 2000) designaram de “desafios do novo milénio” aumentar a qualidade e o número de anos de vida.

Segundo o American College of Sports Medicine (ACSM) o exercício traz benefícios de saúde, reduzindo os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, a diabetes, à osteoporose, entre outras patologias ACSM (1998 cit. in Tavares, 2009). Estes benefícios traduzem-se na melhoria do estado de saúde e da capacidade funcional dos idosos tendo repercussões positivas na qualidade e extensão de vida dos mesmos (ACSM, 1998; Evans, 2001 cit. in Tavares 2009).

1.1. Envelhecimento demográfico e caracterização da população idosa na RAM

Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística) são consideradas pessoas idosas / idosos os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade da reforma.

O Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009) apresenta duas perspetivas de análise do envelhecimento: o envelhecimento individual (relacionada com o aumento da esperança média de vida à nascença) e o envelhecimento demográfico determinado pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

Segundo o mesmo Plano, no último século a esperança média de vida em Portugal duplicou, enquanto que em 1920 os homens podiam esperar viver até aos 35,8 anos e as mulheres até 40,0 anos entre 2004 e 2006 a média é de 74,84 anos para os homens e 81,30 anos para as mulheres.

Na Região Autónoma da Madeira (RAM) a esperança média de vida à nascença é mais baixa do que em Portugal Continental.

Em Portugal Continental, os homens vivem mais 5,4 anos e as mulheres mais 2,9 do que na RAM enquanto que, na União Europeia (UE) os homens vivem mais 7,2 anos e as mulheres mais 4,1 anos do que na RAM.

A esperança média de vida aos 65 anos para o período de 2004-2006 foi de 15,4, menos 3 anos do que em Portugal Continental.

Relativamente à estrutura da população, de acordo com o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009) a população residente com 65 e mais anos da RAM tem vindo a aumentar, atingindo em 2001, 33.578 pessoas, enquanto que em 1981 era de 26.461 pessoas. No concelho de Machico, estimava-se que a população idosa (≥ 65 anos) residente em 2007 fosse de 2.292 pessoas (808 homens e 1484 mulheres) constatava-se que sensivelmente um terço da população idosa (13.030 pessoas) residia no concelho do Funchal. Prevê-se um aumento da população idosa de 112,2% entre 2001 e 2050, tendo-se verificado um aumento progressivo da população no escalão etário dos 75-84 anos e um aumento crescente da população com mais de 85 anos. O concelho de Câmara de Lobos era considerado o segundo concelho mais jovem do País, em 2006.

1.2. O processo de Envelhecimento

“O processo de envelhecimento é único para cada pessoa, sendo resultado da interação dos factores genéticos e ambientais”.

(Silva, 2009, p.25)

Para Kuczarski (2000) o processo de envelhecimento define-se pelo conjunto de alterações físicas (morfológicas e funcionais) que acontecem ao longo do tempo. Afirma ainda que a combinação do meio ambiente e fatores genéticos influenciam o processo que provoca as alterações.

O envelhecimento é um processo complexo e abrangente e embora seja algo que faça parte do percurso natural da vida do ser humano é condicionado por fatores fisiológicos, psicológicos e

sociais, mas também por outros aspetos como os genes, a hereditariedade, o género ou até pela cultura das pessoas.

Amaral, Pomatti e Fortes (2007) afirmam que:

No fenómeno do envelhecer não se pode somente em deixar de ser produtivo, em restringir-se as privações ou dependências. É preciso pensar também em plenitude, sabedoria e renascimento para uma nova etapa da existência. E aprender a conviver e aceitar algumas dificuldades que surgem nesse processo do envelhecimento e procurar compensa-las com o conhecimento adquirido nos anos vividos, até porque não é possível negar essa fase, que é progressiva e própria do ser humano (p. 19).

De acordo com o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009) nem todos órgãos ou funções do homem envelhecem ao mesmo tempo, nem da mesma forma, cada homem tem o seu próprio envelhecimento. Embora o envelhecimento biológico esteja associado ao conceito de saúde (falta dela), nos últimos tempos tem-se procurado diferenciar os efeitos físicos do envelhecimento, das características associadas às doenças. Segundo o mesmo programa, as principais alterações físicas do homem com o avançar da idade são: estruturais relacionadas por exemplo: com as células, tecidos, músculos, ossos e articulações) e funcionais (referente às funções por exemplo: sistemas respiratórios, renais, cardiovasculares).

O envelhecimento pode ser dividido em três categorias ou componentes: a) a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer; b) o envelhecimento social, relativo aos papéis que cada indivíduo tem na sociedade; c) o envelhecimento psicológico, que define a auto-regulação do indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, e que se vá adaptando ao processo de senescência e do envelhecimento (Paúl, 2005).

O envelhecimento é um processo fisiológico normal, no entanto, não segue necessariamente a lógica do envelhecimento cronológico. O envelhecimento varia de pessoa para pessoa (Spirduso, 2005).

Os conceitos e definições de envelhecimento são variados como também o são as teorias do envelhecimento. Estas podem ser divididas em dois grandes grupos. As teorias genéticas, que fazem alusão a participação fundamental dos genes no processo de envelhecimento. As outras teorias são as estocásticas (coloca a perda de funcionalidade que acompanha o fenómeno de envelhecimento causada pela acumulação aleatória de lesões, associado ao meio ambiente que nos rodeia e que

provocam um declínio fisiológico progressivo). Apesar de nenhuma teoria poder ser descartada, também nenhuma explica completamente o processo de envelhecimento (Mota et al., 2006).

Atendendo que o envelhecimento percorre diferentes níveis, tem sido comum se distinguir duas fases principais: uma primeira fase até aos 75 anos, quando as pessoas se reformam e outro depois dos 75 anos, existindo investigadores a referirem que aos 85 anos é efetuada uma transição da denominada terceira idade para aquilo que designam por quarta idade.

Na primeira fase, as pessoas até aos 75 ou 85 anos, designadas por “velhos novos” (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009) enfrentam uma nova organização de vida, e respetivas adaptações resultantes da entrada na reforma, assim como, uma adaptação do ritmo físico ao mental e vice-versa decorrentes da escolha de novas ocupações de lazer ou realização das atividades diárias. Na segunda fase, a independência das pessoas e a possibilidade de tomarem conta de si próprios é colocado em causa gerando situações de solidão, isolamento ou depressões (Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009).

A estratégia de prevenção e minimização dos efeitos das dependências no homem exige a sua participação e envelhecimento ativo ao longo da vida.

Ainda de acordo com o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009), os problemas associados ao envelhecimento variam de acordo com a cultura, género, local e época, no entanto é possível identificar a falta de independência e de liberdade de movimentos, assim como, a impossibilidade de participação de forma plena na sociedade, a pobreza, a solidão, os cuidados de saúde, como principais problemas que condicionam o tipo de vida na velhice.

Barreto (s/d) define o envelhecimento como o conjunto das modificações que resultam do avançar da idade para além da fase da maturidade. O autor refere que o envelhecimento consiste num processo inverso do desenvolvimento (onde ocorre o crescimento do indivíduo), assistindo-se a uma diminuição gradual das aptidões e capacidades, tanto físicas como mentais, ou seja, aquilo que o autor designa por “involução” por oposição à evolução que se registou inicialmente.

Ainda de acordo com o Barreto (s/d) a “senescência” consiste na fase de envelhecimento mais rápida que se nota normalmente após os 65 anos (embora varie de indivíduos para indivíduos) e distingue-se de “senilidade” pois está relacionada com um estado de extrema fragilidade física e mental que ocorre muitas vezes em fases terminais.

O mesmo autor distingue envelhecimento “secundário” do envelhecimento “primário”. Enquanto que o primeiro tipo de envelhecimento resulta da ação de causas diversas e imprevisíveis,

tais como, alterações do ambiente, variando de indivíduo para indivíduo, o envelhecimento primário é considerado um processo, normal, gradual e previsível, de alguma forma idêntico em todos os indivíduos, que está dependente de fatores genéticos.

Em conformidade com Barreto (s/d) a crescente preocupação sobre o processo de envelhecimento originou o desenvolvimento de teorias que procuram apontar algumas causas pelas quais se envelhece.

Os defensores das teorias estocásticas afirmam que o envelhecimento é o resultado de uma acumulação de danos nos tecidos e nas células, tanto como resultado de agressões do ambiente como acontecendo aleatoriamente (Barreto, s/d). Como vimos atrás os fatores ambientais estão na origem das doenças e acidentes que caracterizam o envelhecimento chamado “secundário”, nomeadamente, fatores como stress, poluição física e química, abuso de álcool. No entanto Barreto (s/d) afirma que embora estes fatores produzam desgaste e fragilidade, não são responsáveis pelo envelhecimento. Existem assim, outro tipo de causas que resultam de alterações internas nos indivíduos, ao nível celular e molecular, o que as teorias estocásticas, designam por “acumulação de radicais livres” que são resultado de subprodutos das reações metabólicas, principalmente relacionadas com oxigénio ionizado. Estes radicais criam alterações bioquímicas em cadeia que originam a destruição das estruturas celulares e conseqüentemente doenças graves. Por outro lado, também são indicados fenómenos como “mutações genéticas” que originam células anormais, perturbando o mecanismo fisiológico (Barreto, s/d).

Por seu turno, as teorias da programação sustentam que o envelhecimento está estabelecido nos genes, indicando que as células envelhecem de forma controlada, embora não simultânea. Estas teorias são criticadas por Barreto (s/d) segundo o qual, os genes apenas comandam as características do organismo dos indivíduos até ao fim da idade de procriar, como o envelhecimento é posterior à idade de procriação, não deveria existir um “projeto biológico” coerente para a senescência do indivíduo. Deste modo é o desgaste aleatório provocado pelo meio ambiente e pelos estilos de vida que determina os anos de vida do homem.

Em suma, os biólogos apresentam a teoria biológica do envelhecimento como sendo “uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo” (Mailloux-Poirier, in Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.99). Neste sentido, apresentaram várias teorias que corroboram as suas ideias principais de mudanças no organismo:

- Teoria imunológica

Quando o sistema imunitário já não consegue distinguir entre células sãs e substâncias estranhas existentes no organismo.

- Teoria genética

Nesta teoria são realçados os fatores genéticos como sendo a principal causa do envelhecimento, ou seja, a velocidade do processo de envelhecimento é predefinido pelos genes, ou seja estes determinarão o tempo de vida das células.

Aqueles que defendem esta teoria acreditam que as células do nosso organismo estão geneticamente programadas para morrer após um certo número de divisões celulares (mitose). Atingindo esse número seria então desencadeado o processo de morte.

Nesta teoria, com a morte das células, os órgãos começam a apresentar um mau funcionamento acabando por colapsar e por consequência provocando a morte. (Cancela, 2007)

Na teoria da genética, o envelhecimento é programado de forma biológica, seguindo um desenvolvimento orgânico que passaria pelos três estádios da vida: a embriogénese, a puberdade e a maturação.

- Teoria do erro e da síntese proteica

As alterações na molécula do ADN passam informação genética errada levando à formação de proteínas incompetentes e inadequadas.

- Teoria do desgaste

As zonas do organismo humano deterioram-se com o uso.

- Teoria dos Radicais Livres

Segundo Cancela (2007) a teoria dos Radicais Livres é provavelmente a teoria que melhor explica o envelhecimento.

Surgiu em 1954, através do Dr. Denham Harmon. O seu estudo sugeria que as células envelhecem em consequências de danos que foram sendo acumulados, ao longo do tempo, devido às reações químicas que ocorrem no interior das células. Essas mesmas reações produziriam toxinas denominadas “Radicais Livres”.

As toxinas Radicais Livres são substâncias tóxicas que possuem um número ímpar de eletrões, que com o objetivo de se ligarem às outras moléculas acabam por contaminá-las,

danificando assim as células. Na busca incessante de pares para os elétrons livres, os radicais livres acabam por provocar vários danos nas células, destruindo também enzimas. Este processo de desgaste irá resultar no colapso do organismo e conseqüente morte.

Nesta mesma teoria, um dos principais alvos dos radicais livres são as células nervosas, que por não poderem reproduzir-se fará com que o número de neurónios tenda a diminuir cada vez mais. Esta situação irá provocar menos conexões sinápticas, que levará à perda da capacidade funcional.

Uma maneira de retardar o efeito dos radicais livres (visto estes resultarem de um processo de oxidação) é recorrer aos anti-oxidantes.

Um dos principais anti-oxidantes é a melatonina, produzida pela glândula pineal durante o sono. Recorrer às vitaminas C e E terá também um papel importante nesse processo de anti-oxidação.

Em suma, os radicais livres provocam a oxidação dos lípidos não saturados, transformam-nos em substâncias que envelhecem as células.

- Teoria neuro-endócrina

A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas.

Em modo de conclusão, podemos afirmar que cada um de nós é responsável pelo seu processo de envelhecimento, sendo este o resultado dos nossos comportamentos ao longo do curso de vida.

1.3. O envelhecimento ativo

“Este novo estilo de vida activa passa por relativizar a influência biológica e social da idade cronológica e por eliminar determinadas formas sociais institucionalizadas, as quais são uma fonte de preconceitos e de estereótipos negativos sobre os idosos”.

(Martín, 2007, p.58)

“A palavra activo refere-se à participação contínua, nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da

força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença, ou vivem com alguma necessidade especial, podem continuar a contribuir activamente para os seus familiares, companheiros, comunidade e países”

(Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira, 2009, p. 67)

O conceito de envelhecimento ativo, surge em 1997 através da World Health Organization (WHO). Tem como principal fundamento o princípio de permitir aos idosos que permaneçam integrados e motivados na vida laboral e social (WHO, 2002).

Segundo a organização WHO (2002) o envelhecimento ativo é definido como um processo de otimização de oportunidade para a saúde, participação e segurança, que irá aumentar a QV durante o envelhecimento.

Segundo Jacob (2008) o conceito de envelhecimento ativo,

Aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e inclui a participação activa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais. O objectivo primordial do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de vida saudável e de qualidade de vida (p. 20).

O conceito de “ativo” apela para a participação do idoso na vida social que o rodeia, seja nas questões económicas, nas questões sociais e culturais ou mesmo espirituais e não apenas na capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2002).

De acordo com o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009)

Pensar-se que cada homem se deve imputar o seu próprio envelhecimento é uma forma fácil de se arrumarem estes problemas da vida individual e colectiva. Contudo, cada homem tem de tomar consciência de que tem uma quota parte muito importante de responsabilidade por este processo, de que poderá mesmo aprender a conquistar maior longevidade, melhor qualidade de vida, passar mais tarde para a quarta idade, ser mais feliz neste período e que tal dependerá também do seu curso de vida (p. 30).

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos bem como a grupos populacionais. Permitindo que as pessoas possam perceber o seu potencial para alcançar o bem-estar físico, social e mental, ao longo do curso da vida. Nesta lógica, faz todo o sentido, que todas as pessoas participem em ações da sociedade onde estão inseridas, porque só assim a própria sociedade poderá responder às suas necessidades, para além de lhes garantir proteção, segurança e cuidados adequados (WHO, 2002). Neste sentido, entende-se que o envelhecimento ativo visa aumentar a expectativa de uma vida saudável e a QV das pessoas, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (Fernandes & Botelho, 2007).

O envelhecimento ativo consiste assim, na manutenção de um programa de atividade física regular, o que nem sempre é fácil tendo em conta fatores como, alterações imprevistas nas rotinas, mudança de habitação, viagens, lesões entre outros.

De modo a se criar o hábito da atividade física, para Jackson et al. (2004), devem ser utilizadas as estratégias de prevenção que a seguir se indicam:

- Reconhecer os fatores que podem colocar em risco a não realização da atividade física. Por exemplo, reduzindo as barreiras ou reformulando a gestão do tempo;
- Escolher atividades alternativas nos momentos em que não é possível realizar o exercício habitual;
- Evitar adotar uma postura do tudo ou nada. Não deixar um imprevisto diário enfraqueça a confiança para cumprir o programa de atividade física;
- Não ver o exercício como obrigação mas sim usufruir dos seus benefícios;
- Eliminar a ideia dos benefícios da não realização da atividade física.

A execução de um programa de atividade física está sujeita de alguma forma a um processo que contempla momentos de altos e baixos.

Babauta (2007) apresenta vários motivos que justificam a razão porque as pessoas não conseguem realizar o exercício como um hábito regular. As principais razões estão relacionadas com a falta de motivação, o estabelecimento de vários objetivos em simultâneo, o estabelecimento de objetivos muito difíceis e outros fatores.

Babauta (2007) aponta três possíveis estratégias que podem ser aplicadas para se ganhar o hábito do exercício. Refira-se que o objetivo não é apresentar uma lista do mesmo tipo das que são indicadas numa revista do tipo “Mens Health”, mas sim apresentar dicas que podem ser um modo de

um profissional em Educação Física e Desporto promover e ajudar outras pessoas a serem mais ativas fisicamente.

1. Definir objetivos fáceis, específicos e mensuráveis. Para tal, poderá ajudar, por exemplo:
 - Anotar o objetivo traçado, caso contrário poderá tornar-se pouco importante.
 - Não definir um objetivo difícil logo no início. É melhor estabelecer uma meta fácil de alcançar e aumentar de uma forma gradual a sua dificuldade para ser possível criar o hábito do exercício.
 - Ser específico no objetivo, estabelecendo logo à partida que tipo de atividade irá ser feito e quais as horas e locais habituais para trabalhar.
 - Ser mensurável, de modo a facilmente saber se o objetivo foi atingido ou não na sessão de exercício.
 - Definir um objetivo de cada vez e só deverá passar para o próximo objetivo quando o anterior estiver totalmente alcançado.
2. Registrar diariamente a atividade de modo a ser possível analisar o progresso e assim obter motivação ao longo do processo. Para que não se esqueça dessa tarefa, não deverá esperar muito tempo para registar a atividade.
3. Acrescentar motivação quando não se consegue atingir os objetivos. Nestes momentos deve tentar perceber o que correu mal e analisar novas estratégias para manter o hábito da atividade física.

“O ideal é que todos os dias haja um estilo de vida fisicamente activo, ou seja, actividade física informal ligeira, de pelo menos 30 minutos por dia, independentemente de ser seguida ou fraccionada, e que em pelo menos três dias da semana haja uma actividade física estruturada mais intensa.”

(Barata, 2003, p. 26)

1.4. Alterações no Envelhecimento: Sarcopénia

Com o avançar da idade verifica-se um decréscimo normal da massa muscular, cientificamente reconhecida como sarcopénia.

Segundo o ACSM (1998) entre os 20 anos e os 90 anos, os indivíduos sedentários perdem aproximadamente 50% da massa muscular. Aos 50 anos a perda já ronda os 10%. Depois dos 50 anos, esta perda acentua-se, sendo mais dramática nas mulheres (Fleck & Kraemer, 1999), passando a acontecer a uma taxa de 12% a 14% por década. A partir dos 80 anos esta perda ocorre a uma taxa de cerca de 30%. As perdas de força muscular acontecem também na mesma ordem de grandeza (ACSM, 1998b cit. in Tavares 2009).

O envelhecimento muscular, reconhecido como sarcopénia pode resultar de distintos fatores:

- Aumento da inatividade (Evans & Campbell, 1997; Roubenoff, 2000);
- Alterações das transmissões do sistema nervoso central (SNC) aos músculos, com a perda de neurónios motores (Fleck & Kraemer, 1999);
- Diminuição da ativação das unidades motoras (Deschenes, 2004);
- Redução do número de fibras musculares (idem);
- Atrofia das fibras musculares particularmente tipo II (idem);
- Redução da produção de hormonas de crescimento (GH), estrogénio, androgénio e testosterona (idem);
- Redução do metabolismo basal (Evans & Campbell, 1997).

Campos (2000) acrescenta que a perda da quantidade e qualidade de proteínas das unidades contrácteis – actina e miosina também levam à sarcopénia. Existem dados que suportam que a sarcopénia está relacionada com as mudanças no metabolismo proteico muscular (Evans & Campbell, 1997; Deschenes, 2004). Balagopal et al. (1997) afirmam que a síntese proteica declina significativamente pelos 50 anos de idade e continua a diminuir ao longo dos anos. Portanto, esta perda tanto da quantidade como da qualidade das proteínas contrácteis dos músculos proporciona uma base bioquímica estrutural para a perda da força e potência muscular com o envelhecimento (Fleck e Kraemer, 1999). Embora, o declínio da força e da massa muscular possam estar atribuídos a vários fatores, a variável mais importante para a perda muscular em idosos é a inatividade física (Rikli & Jones, 2001).

Segundo a ACSM (1998) os exercícios de resistência dinâmicos são recomendados como um dos melhores exercícios.

Com o envelhecimento, observa-se uma redução da força, potência e resistência dos músculos esqueléticos, traduzindo-se numa diminuição da aptidão muscular (Deschenes, 2004).

Na terceira idade há uma diminuição da força e da massa muscular nos membros superiores e inferiores (Deschenes, 2004), no entanto essa perda ocorre de maneira distinta entre os mesmos (Hunter et al, 2004). A redução da força com a idade é mais acentuada nos músculos inferiores (Hunter et al, 2004), o que implica maiores dificuldades em realizar atividades como andar, equilibrar-se baixar-se, levantar-se, etc. (Carmeli et al, 2000).

Em modo de conclusão, o declínio da força muscular e as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento geram perdas da capacidade funcional, contribuindo para a dependência do idoso (Tribess & Virtuoso Jr., 2005).

2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde nos Idosos

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um conceito emergente no século XXI. Em traços gerais, pretende-se ‘DAR MAIS VIDA AOS ANOS’ ou ‘VIVER MAIS E MELHOR’. Contrariamente a um modelo biomédico clássico, a avaliação/medição da QVRS é fundada no conceito de saúde positiva, a integridade e funcionalidade total ou eficiência do corpo e da mente, bem-estar e adaptação social (Bowling et al., 2003).

De acordo com Rebelatto e Morelli (2004):

Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema qualidade de vida ocorreu depois da segunda grande guerra mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados a manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais, avanços esses que decorrerem, em parte, das oportunidades geradas por aquele conflito. Tais progressos geraram discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem-estar do indivíduo como os interesses da sociedade. Foi nesse contexto que começou a falar em qualidade de vida em saúde (p. 23).

Outra definição o conceito “Qualidade de vida relacionada a saúde” (QVRS) é um conceito que podemos considerar multidimensional e multicausal, ou seja, que engloba vários fatores diretamente ligados ao indivíduo, como seja a idade, o género e as aptidões funcionais. Nesta linha de pensamento, entendem Perkins (2006) e Li (2003) que com o aumento de idade, diminui-se a percepção do estado de saúde. Esta leitura leva a outra conclusão: de que os valores de QVRS no sexo masculino são mais elevados comparado com o sexo feminino (Santos et al., 2008; Hui-Chuan Hsu, 2007; Eshaghi et al., 2006).

Por outro lado, os níveis de aptidão funcional são mais elevados quando associados a uma auto-percepção do idoso quanto ao seu estado de saúde (Wood et al., 1999).

Para Pedroso (2009) no final de 1940, por ocasião da constituição da OMS (Organização Mundial de Saúde), a saúde começou a ser definida como uma condição de bem-estar, tanto ao nível físico, mental e social e deixou de ser vista como a mera ausência de doenças. A saúde identifica-se em múltiplos aspetos do comportamento humano. A saúde representa um estado dinâmico de bem-estar daqueles que possuem hábitos que promovem a saúde, diminuído o risco de doenças prematuras e morte.

Há evidência acumulada sugerindo uma redução da percepção do estado de saúde com o aumento da idade, no adulto idoso (Li, Wang & Shen, 2003).

A saúde define-se como o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948). Mais recentemente, a WHO, representada pelo grupo World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL), define QVRS como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1995 p. 1403).

Segundo o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009) a saúde é definida atualmente a partir de conceitos dinâmicos, de adaptação e resposta à evolução e transformações na vida, procurando-se salientar os aspetos positivos do corpo e do espírito, a par do desenvolvimento pessoal. O conceito de saúde é neste Plano entendido de uma forma global, abrangendo a avaliação de qualidade de vida, hábitos de vida, cuidados de saúde e o ambiente.

Ainda de acordo com o Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira (2009):

Os filósofos gregos já definiam saúde como um estado dos quatro desafios da vida. Hoje em dia retoma-se um conceito dinâmico, de adaptação e resposta à evolução e transformações presentes na vida. Insiste-se mais nos aspectos positivos do corpo e do espírito, a par do desenvolvimento pessoal. Considera-se que saúde é um conceito global, onde estão presentes a biologia humana, os hábitos de vida, a organização de cuidados de saúde e o ambiente (p.44).

O aumento da longevidade deve corresponder à manutenção da qualidade de vida associada à saúde, ao bem-estar e à capacidade de realizar autonomamente as tarefas quotidianas (Spirduso, 1995 cit. in Carvalho & Soares, 2004). Para tal, é importante que o idoso tenha a melhor aptidão física possível (Carvalho & Soares, 2004).

Spirduso et al. (2005) referem que os níveis de força muscular é que possibilitam ao idoso executar um vasto conjunto de tarefas quotidianas, tais como ir às compras, subir e descer as escadas, levantar-se de uma cadeira ou sair do carro e que muitas vezes, se encontram comprometidas, tornando os idosos dependentes e limitados no seu dia-a-dia.

Um aspeto muito positivo e motivador relacionado com a saúde é o facto de o ser humano ter a capacidade de escolher um estilo de vida saudável, em que controla a sua atividade e a sua alimentação. Isso poderá ter uma relação direta com o seu estado de saúde (Jackson et al. 2004).

Em 1946, a World Health Organization (WHO) apresentava um estudo que definia a saúde como não sendo apenas a “ausência de doença” mas também como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social”. Esta é a amplitude que o conceito de QV ganhou em muitas áreas, sobretudo nos estudos científicos realizados nos meios académicos que versavam como temática a saúde.

Esta abordagem mais abrangente do conceito de saúde permite perceber que não só o controlo de sintomas, ou a diminuição da mortalidade e o aumento de esperança de vida devem ser levados em conta. Também a QV de um sujeito ganha primordial importância (WHO, 1946).

A QV relacionada com a Saúde é um conceito que é muitas vezes utilizado como sinónimo do estado de saúde, estado funcional ou QV. Esta especificidade da QV relacionada com a saúde deve-se às mudanças implementadas nas últimas décadas no modelo Biomédico, onde o conceito Biopsicossocial ganha relevo, com o estudo de condicionantes e das determinantes multi-factoriais no processo saúde/doença (Marco, 2006). Seidl e Zannon, (2004) reforçam esta ideia, dizendo que a

mudança de paradigma na saúde, faz com que a qualidade de vida das pessoas seja um dos fatores que condiciona os resultados, permitindo orientar a criação dos objetivos nos vários setores de saúde.

Em modo de conclusão, o estudo da qualidade de vida em indivíduos idosos é um desafio permanente, onde é procurado adequar vários fatores para ir ao encontro das necessidades de cada indivíduo, num processo que é feito no dia-a-dia. Silva (1999 cit. in Pedroso, 2009) afirma que a qualidade de vida é aplicada a um indivíduo aparentemente saudável e onde o seu grau de satisfação, em relação a vários aspetos da sua vida é bom, como sejam a alimentação, lazer, realização pessoal e profissional, vida amorosa, o conceito de liberdade, de autonomia, entre outros.

2.1. Sedentarismo / inatividade física

“O declínio das capacidades tem mais a ver com a sedentarização que acompanha o passar dos anos, do que com a idade em si”.

(Barata, 2003, p. 169)

A evolução da estrutura etária da população, no sentido da diminuição das taxas de mortalidade e aumento da esperança média de vida, resultantes da melhoria dos diagnósticos e terapêuticas médicas, tem permitido ao homem viver mais tempo.

O desafio que se coloca atualmente, está relacionado com a forma como essa longevidade é vivida e quais os seus efeitos para a sociedade. De acordo com Filho (2006) é necessário escolher um “modelo de envelhecimento” que permita ao homem “além de viver mais, viver melhor” contrariando as consequências que advêm dessa evolução, das quais se destaca a perda de autonomia e independência. Este autor indica que a prática de atividade física em contraposição ao sedentarismo constitui um fator importante que contribui para o que é designado por Promoção da Saúde do Idoso, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste no conjunto de “ações que se manifestam por alterações no estilo de vida e que resultam numa redução do risco de adoecer e de morrer”.

Para Filho (2006) o desenvolvimento da maioria das doenças crónico-degenerativas é influenciado pela prática da atividade física como proteção ou pelos efeitos prejudiciais do sedentarismo, nomeadamente na capacidade ventilatória, na capacidade de oxigénio pelos tecidos do indivíduo, na coagulação do sangue, no equilíbrio emocional na massa e qualidade muscular na

obesidade e também na socialização. Estes efeitos podem ocorrer em qualquer idade, sexo ou estado de saúde, no entanto, no caso dos idosos, temos uma condição particular condicionante da sua saúde, que Filho (2006) designa por “síndrome da imobilidade ou imobilismo” que ocorre como consequência de uma dor, queda ou condições ambientais e se caracteriza pela restrição progressiva da movimentação do paciente. Para o autor a atividade física constitui a principal indicação terapêutica para contrariar a síndrome da imobilidade, pois entende que a reativação da atividade motora, que tinha sido reduzida, irá reverter o estado de saúde do idoso, devolvendo o seu estado funcional prévio. O sedentarismo é deste modo, considerado uma doença responsável pela limitação funcional do idoso. Esta doença deve ser prevenida ou tratada com atividade física programada, que pode evitar a sua instalação, limitar a progressão ou corrigir as disfunções que dela podem resultar. Filho (2006) indica que existem três tipos de causas mais habituais do sedentarismo nos idosos: causas orgânicas, culturais e ambientais. As primeiras estão relacionadas com a existência de algum tipo de lesão que limite a prática da atividade física. As causas culturais têm a ver com o excesso de cuidados não deixando o idoso desenvolver as suas potencialidades. As irregularidades do solo, a ausência de corrimões ou de semáforos, são alguns exemplos das causas ambientais, que dificultam a locomoção dos idosos.

Em suma, sabe-se que a inatividade física / sedentarismo leva a uma regressão da capacidade de funcionamento de diversos órgãos do nosso corpo, sendo o sistema muscular aquele que mais se ressent. Não havendo movimento e exercícios adequados, os músculos simplesmente atrofiam.

2.2. Idosos e Atividade Física

2.2.1. Conceito de Atividade Física

Pedroso (2009) entende por atividade física todo movimento corporal que é produzido pela musculatura esquelética, de modo voluntário, e que resulta num gasto energético, maior que os níveis de repouso. As atividades de lazer como dança, caminhadas, as atividades desportivas podem ser incluídas no conceito de atividade física.

Entende-se por atividade física todo e qualquer movimento corporal que resulte num degaste energético acima dos parâmetros dos níveis de repouso. Essas atividades podem ser divididas em três categorias: as atividades de lazer (os desportos, as artes marciais ou a dança); as atividades

diárias (rotinas do dia-a-dia como tomar banho, deslocar-se para o trabalho/escola ou simplesmente comer); e atividades ocupacionais (vida laboral).

Filho (2006, p.74) define atividade física para idosos como “o fenómeno biológico que envolve a contração muscular”. O autor utiliza esta definição para distinguir o exercício do movimento, pois segundo ele, nos idosos, os movimentos podem ser ilimitados (devido a dor ou paralisia) mas não significa que não possam realizar o que designa por “contrações isométricas” com efeitos na atrofia muscular imobilidade.

A prática de atividades físicas pode ser benéfica para todas as pessoas, de todos os estratos sociais ou idade porque além do exercício em si, ela proporciona o convívio são com amigos e a socialização com pessoas fora dos círculos de amizade. A atividade física é por isso mesmo uma parte integrante do ser humano e da sua natureza, com dimensões biológicas e culturais.

A atividade física pode ser definida como “qualquer movimento associado à contração muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso” (Carpersen et al. 1986, p.587).

Como já foi referido, a atividade física refere-se a qualquer movimento do corpo produzido pela contração muscular, daí resultando um gasto de energia superior ao do nível de repouso. O exercício físico, apesar de estar diretamente relacionado com a atividade física, acaba por ser um conceito menos abrangente, sendo definido por movimentos corporais que são planeados e repetidos de maneira sequencial, tendo como principal objetivo a manutenção ou mesmo melhoria da aptidão física. A aptidão física não é mais do que o conjunto de atributos que dão a um indivíduo a capacidade para a realização da atividade física. Para além de ser entendida como um comportamento que pode influenciar a aptidão física, a atividade física pode ser também entendida como um comportamento determinante da saúde e da capacidade funcional.

Segundo Pedroso (2009) a atividade física é muito importante para a terceira idade porque permite criar vários fatores de ordem física e social que irão proporcionar aos idosos um bem-estar físico que se irá repercutir no aspeto mental. A atividade física permite um trabalho muscular adequado, com o desentorpecer das articulações, proporcionando uma maior disposição para o dia-a-dia, que levará a:

- Uma maior auto-confiança;
- Segurança no dia-a-dia através do domínio do corpo;

- Bem-estar físico;
- Maior predisposição para atividades;
- Maior mobilidade das articulações, maior elasticidade, reforço muscular;
- Melhoria da respiração, principalmente nos aspetos da forte expiração;
- Melhoria da resistência;
- Estimulação de todo o sistema cardiocirculatório.

A esses benefícios acrescenta-se o facto de ser também um “bom remédio” para a depressão, deações, para o tédio, a solidão e a obesidade

2.2.2. – Tipos de Atividade Física

Ettinger (2006) propõe a existência de dois tipos de atividade física: a atividade física como estilo de vida (onde a prática é vista como algo intrínseco no indivíduo, relacionado com o seu quotidiano) e a atividade física com exercícios estruturados (pensada para a manutenção ou melhoria da condição física de um indivíduo). Para Ettinger essas duas situações são benéficas para a saúde.

A AF como estilo de vida inclui tudo o que mantenha uma pessoa ativa, como o simples ato de andar, subir escadas ou mesmo a deslocação de cargas que implique a utilização do corpo.

Nos Exercícios Estruturados, que são constituídos por exercícios repetidos, podemos falar de todos os desportos que implicam uma melhoria da condição física, sejam em aulas de grupo (como fitness, body combat, entre outros), em desportos individuais (natação) e coletivos.

Segundo Young e Dinan (1994 cit. in Faria & Marinho, 2004) a realização de AF com Exercícios Estruturados, implica a criação de programas formais de AF. Esses programas devem ser objetivos e com o intuito de melhorar o nível de vida. Neste sentido, devem ser incluídas atividades que sejam agradáveis e que envolvam todos os pontos da motricidade humana: força, flexibilidade, coordenação, resistência e equilíbrio. Para Matsudo (1992) a definição do programa de exercícios para os idosos deve ser o mais adequado possível, de modo a proporcionar benefícios em relação às capacidades motoras que aqueles apresentam para a realização das atividades da vida quotidiana,

proporcionando uma melhor capacidade de trabalho e mesmo de lazer, invertendo assim a taxa de declínios do estado funcional.

Takahashi e Tumulero (2004) afirmam que para melhorar a qualidade de vida do idoso, deve ser criado um programa de AF que deverá diminuir os efeitos do processo de envelhecimento. Para que isto seja possível, são apresentados alguns pontos programáticos de tarefas a realizar:

- Atividades moderadas e progressivas (preparando gradualmente o organismo para estímulos cada vez mais fortes);
- Atividades de força, com carga (principalmente para os músculos responsáveis por sustentação/postura, evitando cargas muito fortes e contrações isométricas);
- Atividades de resistência (com vista à redução das restrições no rendimento pessoal);
- Atividades aeróbicas de baixa intensidade (para reduzir a incidência de lesões);
- Exercícios de alongamentos (para melhorar a flexibilidade e mobilidade) e atividades de relaxamento;
- Promoção das atividades de lazer (fundamentais para a produção de endorfinas responsáveis pela sensação de bem-estar e recuperação da auto-estima) e Realização de atividades de sociabilização.

2.2.3. – As barreiras da atividade física

De acordo com Jackson et al. (2004) as barreiras da atividade física podem ser classificadas como: pessoais, ambientais, sociais e históricas. As principais barreiras que as pessoas indicam para não adotarem ou manterem um programa de atividade física, são a falta de tempo e as poucas acessibilidades para o equipamento desportivo.

Para estes autores as barreiras pessoais decompõem-se em demográficas e cognitivas. As demográficas estão relacionadas por exemplo com a ocupação, etnia, educação, salário e obesidade. O início da atividade física poderá ser mais difícil para um indivíduo obeso do que para um indivíduo com o peso normal.

As barreiras cognitivas estão relacionadas com as crenças, valores e atitudes pessoais em relação ao exercício. Este tipo de barreiras, segundo o autor, podem justificar, por exemplo porque é que um indivíduo continua a ser sedentário quando tem a possibilidade de ser mais fisicamente ativo.

A atividade física pode ser influenciada pelas barreiras ambientais de um indivíduo. Estas barreiras têm a ver com fatores climatéricos, com a ideia da falta de tempo e com a facilidade com o indivíduo tem acesso aos equipamentos desportivos (Jackson et al. 2004).

Os fatores sociais podem criar ou eliminar as barreiras para a atividade física. A família ou os amigos podem por um lado influenciar o indivíduo a ser mais ativo mas por outro a falta de apoio dos mesmos pode criar uma barreira para o exercício, segundo o mesmo autor.

Jackson et al. (2004) indicam ainda que os hábitos passados do indivíduo também podem ser uma barreira na adoção de um programa de atividade física. Por outro lado, o facto de o indivíduo não ter sido um atleta no passado não é motivo para que não seja fisicamente ativo no presente. O valor está em o indivíduo escolher atividades que lhe dê prazer e lhe ofereça um exercício com uma intensidade desafiadora mas confortável.

2.3. Benefícios da Atividade Física / Exercício Físico

“Os efeitos benéficos da actividade física só se mantêm enquanto ela é praticada. Ou seja: pratique-a toda a vida, porque ela não é vacina definitiva”.

(Barata, 2003, p. 40)

A atividade física na terceira idade, para além de melhorar a condição física e de robustez do idoso tem também a vantagem de servir como um bom complemento psicológico, permitindo a “fuga” às depressões, permitindo ainda conviver socialmente. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores essenciais para viver com qualidade. O idoso que pratica atividade física interage com outras pessoas em condições e distinções comuns com as suas, sentindo-se assim mais aceite pela sociedade. Para quem já passou os 65 anos é recomendada a participação em aulas de educação física, bem como em caminhadas ou mesmo a hidroginástica. A prática dessas atividades por parte dos idosos é fundamental e positiva em vários aspetos porque o exercício físico promove a saúde mental, contribui para reduzir a ansiedade, a insónia e a depressão,

como também ajuda a controlar o stress. É de vital importância que o idoso aprenda a lidar com as transformações normais do seu corpo e tire proveito de sua condição, para poder garantir a sua autonomia plena. Segundo os médicos, os exercícios adequados e regulares ajudam a manter o peso ideal, fortalecem os músculos e regulam as funções cardiorrespiratórias. Outras vantagens da prática desportiva e a sua influência na saúde é que proporciona uma melhor fluidez sanguínea e um aumento de capacidade de oxigenação em todo o organismo, ainda reduz o colesterol, que obstrui as artérias, e elevam o nível de colesterol bom, que ajuda a proteger contra as doenças cardíacas.

O Exercício Físico (EF) regular a longo prazo tem uma influência benéfica sobre alguns fatores relacionados com a saúde a longo prazo, estando associada ao aumento da longevidade, a um decréscimo do risco de doenças coronárias à diminuição de alguns dos fatores de risco que lhe estão subjacentes (Maia, 2001).

Com o avanço da medicina no controlo de doenças e patologias, a longevidade das pessoas teve um aumento considerável. No entanto, para que o idoso possa desfrutar de uma vida saudável é necessário que tenha independência. Na prática do exercício físico estão encontradas todas as condições para um melhor nível de saúde porque são criadas as condições para a melhoria da capacidade cardiovascular e manutenção da força. Através da participação em jogos e exercícios o idoso vê-se envolvido num processo de socialização que fará com que melhor aproveite a vida, com uma melhor condição física.

A AF também promove uma boa aptidão metabólica, sendo que esta reduz o risco para muitas doenças crónicas (Corbin et al., 2008).

Mas a AF traz outras vantagens aos seus praticantes, ou seja, promove alterações nos seguintes fatores: no peso e na composição corporal diminui a gordura corporal e preserva a massa muscular, combatendo a obesidade; melhora o funcionamento do coração, prevenindo doenças cardiovasculares; aumenta as defesas do organismo (imunidade); no aparelho locomotor aumenta a massa óssea, prevenindo a osteoporose, aumenta o tónus muscular, melhora a postura, a saúde articular, movimento e flexibilidade; promove o desenvolvimento físico, psíquico e social; melhora a função cognitiva, a auto-estima e a auto-confiança (Pereira, 2010).

De acordo com Barata (2003) a atividade física é muito importante para os idosos pois tem efeitos na melhoria das suas capacidades físicas, devendo ser favorecido o desenvolvimento de capacidades referentes a ganhos de saúde, que permitam executar gestos do dia-a-dia, ou relativas ao bem-estar no idoso, tanto a nível orgânico como psicológico. Os idosos são capazes de melhorar as

suas aptidões físicas com consequentes benefícios na saúde decorrentes de estímulos de treino adequados, embora esta resposta tenda a diminuir ao longo dos anos.

Segundo o mesmo autor, o envelhecimento é determinado por vários processos denominados “involutivos” e “degenerativos” com consequências nos vários sistemas e órgão do corpo, provocando o desenvolvimento de doenças e a diminuição gradual tanto de capacidades intelectuais como físicas. Para Barata (2003) as consequências biológicas do envelhecimento afetam fundamentalmente a velocidade, a massa muscular, a massa óssea e o metabolismo em repouso. Por outro lado, este grupo etário é afetado especificamente por fraturas decorrentes de quedas em consequência da perda de capacidades psico-motoras ao nível da coordenação dos gestos e da perda do equilíbrio.

Neste sentido, para contrariar o sedentarismo que conduz à deterioração da saúde e respetiva perda de faculdades físicas é essencial que o indivíduo se mantenha ativo em todas as idades, especialmente nas idades mais avançadas. Segundo Barata (2003) a atividade física tem mais benefícios sobre as limitações funcionais decorrentes da doença, do que no próprio doente, obtendo este uma melhor qualidade de vida.

2.4. Dez conselhos para se obter o sucesso na atividade física

Jackson et al. (2004) apresentam dez conselhos para que um indivíduo obtenha sucesso na atividade física.

1. Definir objetivos específicos de longo prazo e de curto prazo.

- Os objetivos de longo prazo não têm que ser realistas, uma vez que um objetivo ideal que o indivíduo não consiga atingir pode ser um bom incentivo. De qualquer modo, os objetivos de curto prazo devem ser planeados gradualmente de forma a poderem ser alcançados. O indivíduo deve ser flexível quando os objetivos diários não são alcançados.

2. Aguardar resultados a médio e longo prazo.

- O indivíduo não deve esperar resultados rápidos. Em média são necessárias 10 a 20 semanas de atividade física consistente para se obterem ganhos provenientes dessa

atividade. Definir expectativas altas no início do programa pode provocar a frustração e o abandono da atividade.

3. Tornar a atividade física divertida.

- A atividade física não deve ser vista como um trabalho. Se um exercício é muito difícil e pouco divertido, o indivíduo deve torná-lo mais atrativo ou mais fácil. Pode por exemplo fazer caminhadas com um parceiro para que os diálogos tornem a atividade mais atrativa.

4. Motivar-se a si próprio com recompensas.

- Se o indivíduo não está totalmente motivado para ser mais ativo através dos benefícios do exercício físico, pode usar recompensas que sejam importantes para si para o motivar na atividade física. Pode por exemplo só utilizar a internet depois de cumprir com sucesso o seu programa de atividade física. Deste modo, pode reduzir o seu sentimento de culpa e tornar as duas atividades agradáveis.

5. Planear a sua atividade física.

- Deve agendar a sua atividade física, de modo a ser cumprida num lugar e num período definido, de preferência nas horas e locais que mais lhe convém.

6. Experimentar algo novo.

- Deve experimentar novas atividades e escolher aquelas que mais gostar.

7. Tornar difícil a não realização do exercício.

- Pode por exemplo alterar o seu meio ambiente de modo a evitar a sua desistência do exercício, ou então pode, levar sempre consigo o material desportivo para que este esteja sempre disponível a ser utilizado.

8. Fazer exercício para se sentir melhor.

- O exercício não aumenta apenas a esperança média de vida, ele também proporciona mais qualidade de vida aos anos que uma pessoa vive. O aumento da qualidade de vida poderá ser a razão principal para uma vida mais ativa fisicamente.

9. Fazer exercício com os amigos.

- Encontrar um amigo que partilhe os mesmos interesses e ser o responsável pela atividade física de ambos.

10. Terminar o exercício sentindo-se bem.

- Deve escolher uma intensidade de exercício que o faça sentir confortável. Os principais benefícios do exercício estão na atividade moderada e distribuída ao longo do tempo, por isso deve escolher um exercício que lhe dê prazer, um horário adequado às suas obrigações e uma intensidade que lhe permita aproveitar o exercício e sentir-se bem quando o terminar.

3. Obesidade

De acordo com o ACSM (1995 cit. in Barata 1997), a obesidade define-se como a quantidade percentual de gordura corporal acima da qual o risco de doença aumenta.

Segundo Pedroso (2009) para alguns especialistas a obesidade não tem sido abordada da melhor maneira, visto que é considerada uma doença aguda (eventualmente como uma gripe), quando devia ser catalogada como uma doença crónica (um pouco como diabetes, por exemplo). Na realidade, sendo necessário realizar um programa a médio/longo prazo de perda de peso e manutenção, faz todo o sentido considerar-se doença crónica.

Segundo o mesmo autor podemos apontar alguns problemas que estão associados à obesidade:

- Aumento de osteoartrite;
- Dificuldade emocional;
- Aumento do diabetes;
- Aumento dos níveis de colesterol e de outras gorduras do sangue;
- Aumento do cancro;
- Aumento de doença cardíaca;
- Aumento da incidência de hipertensão arterial;
- Aumento de morte prematura

Para Pedroso (2009) em obesidade há três fatores que provocam este estado físico:

- As influências genéticas;
- Dietas ricas em gorduras e calorias;
- Gasto energético insuficiente;

Se estão definidas as causas também os especialistas apresentam três elementos para o tratamento da obesidade (Pedroso, 2009):

- A Dieta: a ingestão calórica deve ser reduzida (fundamental reduzir o conteúdo de gordura da dieta e o aumento da ingestão de carboidratos e de fibras dietéticas, como por exemplo frutas e vegetais;

- O Exercício: o gasto energético deve ser aumentado, com a realização de mais exercícios adequados a condição de cada indivíduo.

-A necessária modificação comportamental: maior autocontrole, em todo o processo da alimentação (técnicas para controlar o ato de comer, reforço por recompensas).

Sem que haja um aumento de peso corporal, é necessário salientar que com o envelhecimento há sempre um aumento da quantidade de gordura corporal, o que irá provocar uma diminuição de fibras musculares de contração rápida (Iwanaga et al. 1990 cit. in Pedroso, 2009).

Verifica-se que os idosos magros (devido ao avançar da idade) têm mais gordura corporal que jovens magros. Esta produção de gordura fica sobretudo localizada ao redor dos seguintes órgãos: fígado, vísceras, coração, ou pâncreas (Jacob, 1995 cit. in Pedroso, 2009).

No caso das mulheres, a massa gordurosa é distribuída de maneira mais homogênea, sobretudo com a realização de exercícios diários, o que terá influência na auto-estima feminina e promovendo uma melhor qualidade de vida. A prática de atividade física está estreitamente ligada à motivação e à vontade (Azevedo, 1998 cit. in Pedroso, 2009).

A obesidade é, para o Internacional Classification of Diseases (ICD), uma patologia que tem fatores psicológicos evidentes.

Segundo Neto (1996 cit. in Pedroso 2009), com o envelhecimento, a gordura aumenta para 20% ou 40%, encontrando-se sobretudo no tecido subcutâneo do tronco, e ao redor de vísceras (por exemplo: coração e rins).

O mesmo autor afirma ainda que o idoso tem tendência a perder peso. Este fator poderá estar diretamente associado a uma menor eficiência do sistema digestivo, ou à perda de massa muscular. Outro fator poderá ser as mudanças nos hábitos alimentares que resultam na perda de sensibilidade gustativa e olfativa ou devido a problemas dentários.

3.1. Benefícios da AF nos Obesos

De acordo com Barata (1997), existem vários efeitos benéficos da AF a nível da obesidade: baixa o peso (sobretudo à custa da massa gorda); promove a manutenção ou aumento da massa muscular; aumenta o metabolismo de repouso após a atividade e aumenta a termogénese alimentar.

Ballor et al. (1988 cit. in Tavares, 2009) afirmam que a otimização da perda de peso deverá assentar na combinação entre a dieta e o exercício.

Para McArdle et al. (2001 cit. in Tavares, 2009) os programas de exercício, neste contexto, estão associados a diversos benefícios, tais como: o aumento do dispêndio energético diário; a diminuição da percentagem de massa gorda, visto preservar massa isenta de gordura, o que é determinante na melhoria da composição corporal; ao conservar e até mesmo aumentar a massa isenta de gordura, pode reduzir a queda do metabolismo de repouso que acompanha, com frequência, a perda de peso; requer menor dependência da restrição calórica para criar um défice energético; contribui para o sucesso a longo prazo do esforço destinado a conseguir uma perda de peso; e proporciona benefícios ímpares e significativos relacionados com a saúde.

De acordo com Pedroso (2009) a participação regular em programas pré-definidos com atividade física é um passo muito importante para se extrair efeitos benéficos. Segundo Gobbi (1997 cit. in Pedroso, 2009), a prática da atividade física na população idosa permite: uma melhoria do bem-estar geral; uma melhoria da saúde tanto física como psicológica, uma vida mais independente; a diminuição do risco de algumas doenças (coronária, cardíaca, diabetes, etc) e ajuda a controlar condições específicas (como o stress) e doenças (ex: diabetes). Também pode contribuir para minimizar as consequências de certas incapacidades.

3.2. Ação do EF na alteração da composição corporal e redução do peso

“Para emagrecer não são necessárias actividades muito intensas. O que é necessário é muita actividade”.

(Barata, 2003, p. 56)

“Emagrecer é perder peso à custa de gordura e não de qualquer outro componente do organismo. É esse o objectivo”.

(Barata, 2003, p. 136)

O exercício, desde que regularmente praticado, é de extrema importância nos processos de emagrecimento: pelo dispêndio energético durante a sua execução; porque aumenta a termogênese alimentar; porque aumenta o metabolismo de repouso após o final do exercício; porque potencializa a ação da restrição calórica; porque vai ser benéfico sobre situações de risco frequentemente associado à obesidade. Ou seja, a modificação alimentar isolada, só por si, não se consegue modificar (Barata, 1997).

A AF regular é um fator importante na regulação da massa corporal. O exercício preferencialmente reduz a gordura corporal, enquanto preserva a massa magra. O grau da obesidade e o tipo, intensidade, frequência e duração do exercício parece ter leves efeitos nestas mudanças, com a total perda de peso e gordura a variar diretamente com o total de energia gasta com o exercício (Bouchard et al., 1994).

Os mesmos autores referem que o exercício combinado com uma restrição alimentar parece aumentar a perda de gordura e minimizar a perda de massa magra. Se o exercício continuar a criar um estado de equilíbrio energético negativo, a perda de gordura corporal irá exceder o ganho de massa magra, o que resultará na perda de peso.

4. Treino de Força

O Treino de Força é uma forma de exercício planeada e estruturada, que consiste num método de treino envolvendo a ação voluntária do músculo esquelético contra alguma forma de resistência apropriada, podendo ser utilizados uma variedade de equipamentos, tais como os pesos livres,

máquinas, elásticos, bolas medicinais ou apenas usando o peso do seu corpo (Lopes, 2008; Faigenbaum & Westcott, 2009).

4.1. Benefícios do Treino de Força

Atualmente, as recomendações para a construção de programas de controlo de peso eficazes, não deixam de parte a inclusão do Treino de Força Muscular (TFM). Este é considerado uma componente importante de um programa de controlo de peso bem -sucedido, porque ajuda a preservar a massa isenta de gordura, ao mesmo tempo que maximiza a perda de gordura (Tavares, 2009).

O TFM promove vários benefícios, relacionados com questões profiláticas e/ou terapêuticas (recuperação física, equilíbrio muscular...), a nível da saúde (aumento e/ou manutenção da massa óssea; melhoria da composição corporal), com a melhoria da capacidade funcional (capacidade de desenvolver tarefas do quotidiano), com os aspetos estéticos (tonificação e aumento da massa muscular) e com a melhoria da performance desportiva (Tavares, 2009).

4.2. Treino de Força em Indivíduos Obesos

A prática do treino com exercícios de força, parece ser um método de treino eficiente, tendo o intuito de fortalecer os músculos esqueléticos e assim diminuir o risco de lesões por impacto (ASCM, 2002; Guedes, 1998, cit. in Lopes, 2008).

A realização de exercícios de força e de resistência muscular pode ser eficaz na manutenção ou alcance de níveis de composição corporal desejados. As pessoas que fazem treino de força tendem a aumentar a sua massa corporal (massa magra). Esta massa muscular extra faz gastar mais calorias durante o repouso, resultando numa maior taxa metabólica. Além disso, pessoas com maior massa muscular gastam mais calorias quando realizam AF (Corbin et al., 2008).

Na maioria dos indivíduos com obesidade moderada, o trabalho aeróbico localizado é uma forma excelente de preservar a massa muscular e portanto, promover uma perda preferencial de

massa gorda. A musculação, nestes indivíduos, deve privilegiar a componente resistência muscular (Barata, 1997).

Por outro lado, mais massa muscular significa maior consumo de energia em repouso, devido ao maior metabolismo basal do músculo em relação ao tecido adiposo. É essa a razão da inclusão da musculação nos programas de controlo de peso (Barata, 1997).

4.3. Recomendações para a prescrição do Treino de Força em Obesos

O ACSM aconselha, para programas de exercício, a inclusão da TFM de natureza progressiva, individualizado e com o propósito de estimular os grandes grupos musculares (Tavares, 2009).

Os exercícios poliarticulares, para além de proporcionarem um maior gasto calórico por si, já que envolvem mais massas musculares (Stone et al., 1983 cit. in Tavares, 2009), possibilitam a realização de um maior número de repetições para um determinado percentual de carga (Fleck & Kraemer, 1997 cit. in Tavares, 2009).

As recomendações para treino de força em obesos (ACSM, 2006 cit. in Raposo & Marques, 2009, pp. 91-92) são as seguintes:

- Frequência: 2 a 3 vezes por semana;
- Características gerais: 8 a 10 exercícios envolvendo os principais grupos musculares, 1 a 2 séries por exercício, 8 a 15 repetições;
- Duração: inferior a 60 minutos;
- Considerações: Poderá haver necessidade de algumas adaptações para colocação dos indivíduos nos equipamentos e deve enfatizar-se uma técnica e progressão adequada.

4.4. Treino de Força Muscular nos Idosos

Durante os últimos anos ficou provado que os idosos podem beneficiar com a participação em programas de treino de força (Fleck & Kraemer, 1999). O treino de força tem sido indicado pela literatura científica como o meio mais eficaz de reverter a redução da força muscular (ACSM, 2001;

Cavani, Mier, Musto & Tummers, 2002; Spirduso et al, 2005; Deschenes, 2004). Existem diversos estudos sobre treino de força aplicado à terceira idade (Ades, Ballour, Ashikana, Utton & Nair, 1996; Trancoso & Farinatti, 2002; Malliou et al., 2003; Carvalho et al., 2004b; Harris, DeBeliso, Spitzer-Gibson & Adams, 2004; Hunter et al, 2004) e parece evidente que, o treino de força para o idoso é um meio seguro e eficaz para o aumento da força e da massa muscular (Evans, 1995; Evans & Campbell, 1997; ACSM, 1998; Hurley & Roth, 2000).

A inclusão do treino de força num programa de exercícios físicos para adultos velhos deve ser direcionado para contrabalançar a fraqueza, a fragilidade muscular (Vale, Novaes & Dantas, 2005) e promover a manutenção e desenvolvimento da força e resistência muscular (ACSM, 1998).

O treino de força promove uma efetiva intervenção contra a sarcopénia na medida em que, produz um aumento substancial na força, potência e massa muscular e, na qualidade do músculo-esquelético, em homens e mulheres idosas (Evans, 1995; Evans & Campbell, 1997; Hurley & Roth, 2000). A quantidade de massa muscular obtida em resposta ao treino de força é determinada pelo grau de crescimento de cada miofibrila e também pelo número de miofibrila presente (Fleck & Kaemer, 1999), levando a um aumento da área da secção transversa do músculo trabalhado (Docherty & Sporer, 2000). Num estudo realizado por Hakkinen, Newton & Alen (2001), um dos resultados proporcionados pelo treino de força foi a ampliação das áreas das fibras musculares do tipo I, IIa e IIb, tal como, no aumento da secção transversa do músculo.

Evans e Campbell (1997) referem que esse aumento da massa muscular é resultado do aumento das proteínas contrácteis, ou seja, há um aumento da síntese proteica (Docherty e Sporer, 2000). Por outro lado, o treino de força em idosos também tem mostrado, aumentos significativos no gasto energético, no metabolismo basal (Evans & Campbell, 1997; Hunter et al. 2004) e na ação da insulina (Evans, 1995; Mazzeo et al. 1998; Hurley & Roth, 2000).

Hurley e Roth (2000) referem que o treino de força ajuda a preservar a autonomia e a habilidade funcional dos indivíduos mais velhos.

O treino de força também está relacionado com a diminuição do risco de quedas e consequentes fraturas, desde que tenha desenvolvido uma boa estrutura muscular para melhorar o equilíbrio e consequentemente prevenir as quedas (Mazzeo et al, 1998; Hurley & Roth, 2000; Vale et al, 2005). Dessa forma, o treino de força, com o aumento da capacidade muscular, tem sido considerado como o método de intervenção primária para melhorar e manter a independência funcional e a qualidade de vida dos idosos (Bálsamo & Battaro, 2001).

Na prescrição do treino de força para idosos deve ser dada uma atenção especial aos grupos musculares clinicamente relevantes e que estejam envolvidos diretamente nas atividades de vida diárias. A literatura científica recomenda exercícios de extensão/flexão e adução/abdução do quadril; extensão/flexão do joelho; dorsiflexão e flexão plantar; flexão/extensão do antebraço; flexão/extensão, adução/abdução e rotação do ombro, flexão/extensão da coluna e ativação da musculatura abdominal. A intensidade deve ser a partir dos 60% podendo chegar aos 80% de 1RM, com 8 a 12 repetições por série. A frequência aponta para duas a três vezes por semana e o tempo de recuperação entre séries deve ser de 1 a 2 minutos (ACSM, 1998; Weiser & Haber, 2006 cit. in Assumpção, Souza, Urtado & Prestes, 2008).

De acordo com Queiroz (2008), cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade, sendo que o processo de envelhecimento implica um conjunto de alterações fisiológicas tais como: redução da força, flexibilidade e velocidade que, gradualmente, diminuem a capacidade funcional dos indivíduos, dificultando a realização de atividades diárias e conseqüentemente a aptidão física. Para este autor, à medida que as pessoas avançam na idade, tornam-se menos ativas, diminuindo as suas capacidades físicas, em consequência de alterações fisiológicas, como o sedentarismo ou a depressão, o que leva ao surgimento de doenças crônicas.

Queiroz (2008) afirma que o treino de força ou treino contra a resistência ou treino com pesos constitui uma das formas de exercício mais conhecidas para melhorar a aptidão física de um indivíduo, sendo que os elementos principais que caracterizam uma prescrição de exercícios sistematizada e individualizada para pessoas de todas as idades e capacidades funcionais são: a modalidade apropriada, a intensidade, a duração, a frequência e a progressão da atividade física. No caso dos idosos, o autor indica que deve existir um particular cuidado na aplicação da intensidade, duração e frequência de treino, adaptando-os aos níveis de saúde e à aptidão física de cada idoso.

Ainda segundo Queiroz (2008) um programa de treino de força para idosos deve ser constituído pelas seguintes variáveis: escolha do exercício, ordem dos exercícios, repouso entre as séries e exercício, número de séries, resistência (intensidade) e número de repetições. E caracteriza cada uma destas variáveis referindo Fleck e Kraemer e a American College of Sports Medicine. Para estes a escolha dos exercícios deve ser focada nos grandes grupos musculares, recomendando-se que os exercícios em equipamentos (pesos livres, ou equipamentos com roldanas por exemplo) sejam utilizados inicialmente com progressão para pesos livres. Relativamente à ordem dos exercícios, o aquecimento deve ser seguido de exercícios para os grandes grupos musculares e depois por atividades de arrefecimento. O repouso entre as séries determina a necessidade metabólica da sessão

de treino de força. É recomendado inicialmente ao menos uma série por exercício para 8 a 10 exercícios. Quanto à resistência, são aconselhadas cargas mais leves inicialmente. As repetições realizadas por idosos devem envolver entre 10 a 15 repetições.

Segundo a American College of Sports Medicine (1998 cit. in Queiroz 2008) o treino deve ser realizado pelo menos duas vezes por semana, com pelo menos 48 horas de repouso entre as sessões. O condicionamento de força origina um aumento do tamanho muscular, conduzindo ao aumento do “conteúdo de proteína contrátil”, um estímulo adequado de treino em pessoas idosas tem demonstrado ganhos de força iguais ou superiores aqueles de indivíduos jovens, devido ao treino de resistência, e a alterações significativas na força muscular em crianças, adultos e idosos, após breves períodos de treino com pesos. Estas alterações estão relacionadas designadamente com uma maior ativação muscular, melhor recrutamento das fibras musculares ou uma maior frequência de “disparos” das unidades motoras.

Queiroz (2008) indica que segundo a American College of Sports Medicine, o treino de força intenso tem grandes efeitos orgânicos em pessoas idosas, melhorando o “equilíbrio nitrogenado” que melhora a retenção de nitrogénio na ingestão de proteína. Por outro lado, tem também benefícios ao nível da saúde óssea, diminuindo problemas como a osteoporose, melhorando assim a estabilidade, a flexibilidade e a extensão de movimento.

Efetivamente, vários autores e organizações têm reforçado e evidenciado a importância e as alterações positivas deste tipo de treino nos níveis de resistência de força em idosos, com benefícios ao nível do controlo de doenças crónicas, redução de pressão arterial, redução de gordura corporal devido ao maior gasto calórico, aumento da mobilidade e força muscular, em suma, benefícios associados a uma diminuição das alterações biológicas decorrentes do envelhecimento, fazendo com que os idosos se tornem mais independentes.

CAPÍTULO III – QUESTÕES METODOLÓGICAS

CAPÍTULO III – QUESTÕES METODOLÓGICAS

1. Questões metodológicas

O próximo passo refere-se à metodologia e, em particular, à escolha das técnicas e instrumentos a utilizar no decurso da investigação. Assim, à metodologia de base ao presente estudo esteve subjacente um conjunto de métodos e técnicas que permitiram a recolha e análise da informação.

Para Quivy e Campenhoudt (1998, p.18) “Uma investigação social não é uma sucessão de métodos e técnicas estereotipadas que bastaria aplicar tal e qual se apresentam, numa ordem imutável. A escolha, a elaboração e a organização dos processos de trabalho variam com cada investigação específica”.

O método a utilizar em qualquer investigação depende dos objetivos pretendidos, da população abrangida, das bases disponíveis, dos recursos materiais, bem como das capacidades humanas, pois o principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador.

Ao pretender-se estudar um fenómeno social torna-se pertinente fazer uma rutura com o senso comum, de modo a prosseguir-se um caminho seguro e coeso de verdade no alcance de um conhecimento científico.

A estratégia metodológica, até ao momento, englobou a recolha e análise bibliográfica, dando consistência teórica àquilo que já era conhecido empiricamente. Assim, o percurso metodológico teve subjacente um determinado número de etapas, de modo a que a formalização do projeto tivesse implícito, objetivos bem definidos e coerentes com a realidade a estudar.

1.1. Tipo de Estudo

1.1.1. Paradigma quantitativo

Pareceu adequado e pertinente face ao objeto, objetivos e hipóteses de estudo, optar pela pesquisa quantitativa, tendo também em atenção o tipo de população alvo a estudar.

Segundo Richardson (1989 cit. in Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008, p. 7) “(...) Este método caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.”

Entende-se por pesquisa quantitativa o processo de quantificar dados adquiridos em investigações ou pesquisas. Esta quantificação é conseguida através da utilização de recursos e técnicas estatísticas como, por exemplo a percentagem, a média, a moda, a mediana e o desvio padrão, ou até as mais complexas, como por exemplo o coeficiente de correlação.

Para um estudo de fundo de uma qualquer matéria que pressupõe o cruzamento de dados, o método quantitativo é aquele que apresentará resultados mais conclusivos porque terá uma base de dados que atestará da fiabilidade do trabalho apresentado. Nesta base verifica-se que este método é muito utilizado no desenvolvimento das pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como a investigação da relação de causalidade entre os fenómenos: causa/efeito. Além disso, pode ainda ser utilizado no desenvolvimento de muitas outras pesquisas, sejam elas económicas, sociais ou mesmo de comunicação. A abordagem quantitativa garante nas várias vertentes, uma precisão dos dados apresentados.

1.2. Método Comparativo

Como complemento a esta pesquisa e com o intuito de fortalecer a base do estudo, o investigador optou também por utilizar o método comparativo entre dois grupos de idosos. Este método, quando aplicado corretamente, pode servir de orientação para que o investigador explore a informação que vai surgindo no decorrer do processo de investigação, sem se afastar demasiado do definido inicialmente, desenvolvendo assim um trabalho sistemático sobre as questões/interrogações que o motivaram aquando do início da investigação.

Este método incidiu numa investigação sobre dois grupos de idosos de diferentes instituições, sendo que uns praticavam atividade física nas instituições e outros eram sedentários, tendo em vista

identificar as diferenças e semelhanças entre ambos os grupos, a partir da análise e interpretação dos dados.

2. Local do Estudo

O estudo foi efetuado em duas instituições distintas: Santa Casa da Misericórdia de Machico (Lar de idosos) e Centro Social e Paroquial das Preces (Centro de Dia), ambas no concelho de Machico.

2.1. Critérios de seleção dos sujeitos de estudo

Aquando da fase exploratória do presente estudo (março a julho de 2014), o universo perfazia um total de 40 idosos na Santa Casa da Misericórdia de Machico e 24 idosos no Centro Social e Paroquial das Preces sendo que, a amostra (40 idosos) representou 62,5% do total da população.

A partir do universo, os responsáveis das duas instituições identificaram os idosos que reuniam as condições necessárias para integrarem a amostra, sendo selecionados de forma aleatória e de acordo com a sua disponibilidade e predisposição para responderem ao inquérito por questionário. Assim, este estudo incidiu numa amostra aleatória de 40 idosos do sexo feminino e masculino, com 65 ou mais anos, com capacidade de resposta e independentes/autónomos na realização das atividades da vida diária. Destes 40 idosos, 20 frequentavam o Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Machico (10 com prática de atividade física na instituição e 10 sedentários) e 20, o Centro de Dia do Centro Social e Paroquial das Preces (10 com prática de atividade física na instituição e 10 sedentários).

2.2. Cuidados Éticos

Durante a realização do estudo, foi fundamental ter em atenção a intimidade e privacidade dos inquiridos, mesmo que o estudo seja de interesse público. O estudo garantiu também o sigilo profissional e anonimato dos dados recolhidos aquando da elaboração dos inquéritos por questionário.

3. Limitações do Estudo

Foi no decurso da investigação, que se colocaram limitações que anteriormente apenas se conheciam na teoria, e que vieram lembrar alguns dos alertas proferidos durante o Mestrado por alguns professores.

A primeira limitação prendeu-se com o local da aplicação da técnica de recolha de dados, ou seja, implicou a presença dos idosos no mesmo espaço físico, influenciando a veracidade das respostas, podendo ter influenciado as respostas para as socialmente mais aceites.

A segunda limitação relacionou-se com as fracas habilitações literárias dos inquiridos, dificultando a explicação e interpretação das respostas, bem como o tempo despendido.

A terceira e última limitação refere-se ao tempo previsto para a aplicação dos inquéritos ter sido superior ao previsto, implicando várias deslocações às instituições.

4. Instrumentos de Recolha de Dados

4.1. Inquéritos por Questionários

Face aos objetivos da investigação, a metodologia utilizada foi em primeira instância, a que melhor se adequou ao estudo deste facto social e ao tipo de população alvo: a análise quantitativa, através da técnica auxiliar do Inquérito por Questionário, pelo método de administração direta, uma vez que os inquéritos foram aplicados pelo próprio investigador a partir das respostas dadas pelos inquiridos. No âmbito dos estudos de cariz social, a utilização do Inquérito, como método de recolha de dados é um dos instrumentos mais utilizados no domínio da investigação aplicada. Desde os estudos de mercado às sondagens de opinião, poucos são os estudos que não se apoiam em informações recolhidas com base em inquéritos realizados.

O recurso ao inquérito é necessário sempre que haja a necessidade de adquirir informações mais completas sobre um indivíduo ou, num sentido mais amplo, conhecer uma variável em vários indivíduos. Pode ser utilizado com o objetivo de responder a uma dúvida individual e, no entanto, poder ser aplicado num grupo.

Como já foi referido, o inquérito é fundamental para entender fenómenos como atitudes, opiniões ou outros dados que possam ser considerados importantes para um estudo. Todos estes dados só são acessíveis de uma forma prática através da linguagem. É através do inquérito que podemos obter informações do que se passa num determinado momento e numa determinada situação. Quanto mais questões são colocadas, mais pode ser aprofundada a análise dos dados recolhidos. Esta recolha mais vasta irá permitir uma descrição de forma mais perspicaz das opiniões e dos comportamentos que se pretende estudar.

Em suma, o questionário é um dos principais suportes, no que concerne ao registo de informação nos inquéritos, feito ou não através de uma entrevista.

Neste trabalho, o inquérito por questionário foi utilizado naturalmente por ser uma técnica de investigação composta por um número de questões apresentadas por escrito (questões fechadas e questões filtro), que tiveram como objetivo propiciar determinado conhecimento ao investigador, que no caso deste trabalho incidiu nas principais diferenças e o impacto da prática de atividade física para a qualidade de vida dos idosos.

Na construção do Inquérito por Questionário, teve-se em atenção dois pontos essenciais: a fidelidade e a validade, tendo como objetivo a clareza e simplicidade das questões de forma a que os inquiridos as entendessem, e que as questões levantadas fossem de acordo com as hipóteses de estudo, assim como com os objetivos.

É essencial um pré-teste ou teste piloto do Inquérito por Questionário a um número limitado de inquiridos, uma vez que fornece uma visão crítica da forma e conteúdo do questionário, permitindo, assim, avaliar a sua relevância e corrigir algumas lacunas, passando posteriormente à versão final do inquérito por questionário. Assim, foi possível ao investigador aplicar o pré-teste a 2 idosos de cada instituição pertencentes ao Universo de estudo, originando uma adaptação com alguns ajustes e correções a este instrumento de recolha de dados.

Relembre-se que o Inquérito por Questionário foi aplicado a um total de 40 idosos (ver anexo), de duas instituições no concelho de Machico. As questões foram enumeradas e a grande maioria apresentava várias opções de resposta.

Este instrumento de recolha de dados, após a codificação de cada opção de resposta, foi sujeito a um tratamento estatístico com recurso ao programa de análise estatística PASW Statistics

(SPSS-Windows versão 18.0) sendo que, todas as variáveis foram alvo de análise quer através de frequências como de correlações entre 2 ou mais variáveis.

5. Pesquisa e análise bibliográfica e documental

Podemos dividir em duas partes, uma análise de documentos, seguida na maioria das investigações educacionais:

- Servir para complementar a informação obtida através de outros métodos, para além de poder oferecer informações que sejam pertinentes para o objeto em estudo;

- Ser o método de pesquisa central, ou mesmo exclusivo, de um projeto e, neste caso, os documentos são o alvo de estudo por si próprios (Bell, 1993).

A análise documental pode ser interpretada, como sendo constituída por duas etapas: uma de recolha de documentos e outra de análise. Esta fase envolveu a revisão e análise de um conjunto de bibliografia obtida na Biblioteca da Universidade da Madeira, Biblioteca do Arquivo Regional da Madeira e via internet, para descrever e sistematizar os conceitos e abordagens associados ao tema e ao seu desempenho, por forma a estabelecer uma ligação entre o tema em causa, e com o propósito de se constituir um enquadramento teórico desejado para toda a pesquisa, permitindo a caracterização e a compreensão das ligações entre os diferentes conceitos.

As fontes dos dados de suporte ao estudo utilizadas foram as secundárias (estatísticas, indicadores, etc.) e a primária (questionários).

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA INVESTIGAÇÃO

1. Análise e tratamento dos dados

Nesta pesquisa procedeu-se a uma análise quantitativa dos inquéritos por questionário, alvo de tratamento estatístico, quer através de frequências como por correlações de duas ou três variáveis, permitindo-nos obter um conhecimento mais profundo e relacional do tema em estudo. Utilizámos como instrumento de recolha de dados a observação direta e o inquérito por questionário, pois ofereceu-nos a possibilidade de garantir o anonimato aos inquiridos, proporcionando uma maior liberdade de resposta e uma maior facilidade no tratamento estatístico dos dados.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p. 188), o inquérito por questionário “(...) consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas”. Estas perguntas dizem respeito à situação social, profissional ou familiar dos inquiridos. Reportam-se “às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores.”

Numa primeira abordagem, segmentou-se o conjunto de perguntas contidas no Inquérito por Questionário em dois grandes grupos: o que contém as chamadas «variáveis de classificação», referentes à idade, sexo, habilitações literárias, entre outros e as questões ligadas ao próprio objeto do inquérito (variáveis factuais e/ou de opinião associadas ao tema em investigação). Em geral, o apuramento do inquérito consistiu fundamentalmente em utilizar as variáveis do primeiro grupo, para explicar o comportamento das variáveis do segundo grupo. Assim, para uma interpretação mais clara e consistente foram criadas categorias de análise para as diversas questões que constituíram o Inquérito por Questionário, a saber:

- 1) *Caraterização dos Inquiridos*
- 2) *Prática de Atividade Física*
- 3) *Estado de Saúde Física e Emocional*
- 4) *Atitude perante a Atividade Física*

A análise dos dados teve por objetivo organizar e sumarizar a informação que irá responder/confirmar ou não as hipóteses propostas para investigação. Já a interpretação dos dados segue um sentido mais amplo nas respostas, interligada com outros conhecimentos previamente obtidos, sem nunca descurar um equilíbrio entre a teoria e as questões efetuadas.

1.1. Caraterização dos Inquiridos

O conhecimento da população em estudo é o primeiro aspeto a ter em conta a partir de uma caraterização global, tendo por base a informação contida na I parte do Inquérito por Questionário. Neste sentido, começou-se por identificar os sujeitos do estudo que constituíram a nossa amostra e as suas principais caraterísticas.

Tabela I: Prática de atividade física por frequência de valência social

	C. Dia	Lar
Pratica atividade física	10	10
Não pratica atividade física	10	10
Total	20	20

Conforme referido anteriormente, a amostra foi constituída por idosos que frequentavam um Centro de Dia e idosos de um Lar de idosos, de instituições distintas, ambas no concelho de Machico. Como podemos verificar na tabela I, os inquiridos encontravam-se distribuídos por duas categorias: os que praticavam atividade física e os que não praticavam, permitindo-se estabelecer comparações nesta fase.

No entanto, é imperativo apresentar o que realmente distingue estas duas respostas sociais para idosos (segundo o Plano Gerontológico da RAM 2009-2013), uma vez que poderão servir de orientação à análise e interpretação de algumas questões:

- Centro de Dia: valência social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços e que contribui para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio familiar. Funciona durante

todo o dia, pelo que, para além das refeições, desenvolve atividades sócio recreativas, culturais e desportivas;

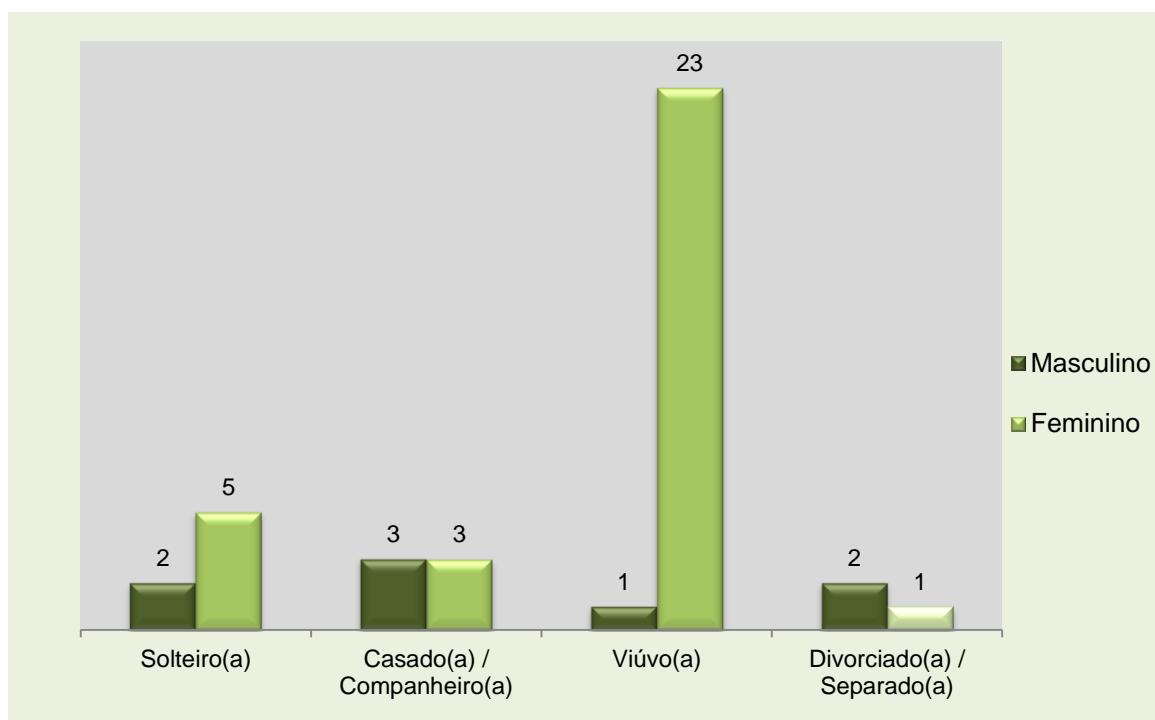
- Lar de Idosos: resposta social desenvolvida em equipamento de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos de maior perda de autonomia e/ou independência que assegura a satisfação das suas necessidades básicas. Nesta resposta, para além das refeições, higiene e conforto são também fomentados o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Tabela II: Sexo dos inquiridos por valência

Masculino		Feminino	
N.º	%	N.º	%
8	20	32	80

A partir dos dados da Tabela II foi notória a prevalência do sexo feminino face ao masculino (20% e 80%, respetivamente). No entanto, esta tendência também se verificou no universo de idosos que frequentavam respostas sociais em geral, sempre com maior prevalência do sexo feminino.

Gráfico I: Sexo dos inquiridos segundo o estado civil



Do total dos 40 idosos em estudo e a partir do cruzamento entre as variáveis sexo e estado civil, destacou-se o grupo das mulheres viúvas (23), ao passo que nos homens verificou-se uma distribuição uniforme, com 3 casados/companheiros, 2 divorciados, 2 solteiros e 1 viúvo. Esperança de vida maior para as mulheres.

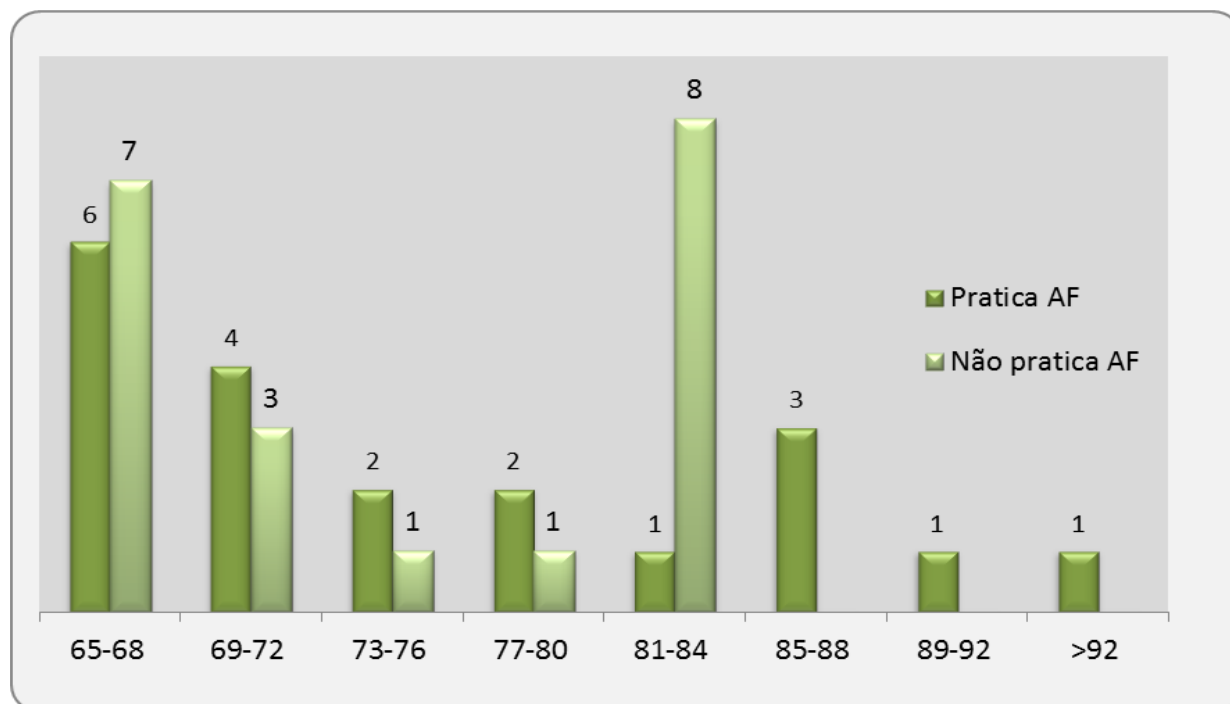
Tabela III: Idade dos inquiridos segundo o sexo

	65-68 anos	69-72 anos	73-76 anos	77-80 anos	81-84 anos	85-88 anos	89-92 anos	>92 anos
Masculino	3	1	-	1	-	1	1	1
Feminino	10	6	3	2	9	2	-	-
Total	13	7	3	3	9	3	1	1
%	32,5	17,5	7,5	7,5	22,5	7,5	2,5	2,5

A tabela III permitiu-nos verificar qual o grupo etário mais representativo, por sexo dos inquiridos. Ao analisarmos em primeira instância apenas a variável idade, observamos que o grupo etário dos 65-68 anos destacou-se (32,5%), seguindo-se o dos 81-84 anos (22,5%). Os grupos menos representativos são o dos 89-92 anos e o dos inquiridos com idade superior a 92 anos (2,5% cada).

A partir do cruzamento idade/sexo dos inquiridos, o masculino assumiu maior valor no grupo etário dos 65-68 anos (3) e o feminino, na mesma escala de idades com 10 idosos, seguindo-se o dos 81-84 anos, com 9 idosos.

Gráfico II: Idade dos inquiridos segundo a prática de atividade física



Ainda dentro dos escalões etários, considerou-se importante identificar a idade dos inquiridos no que se refere à prática ou não de atividade física. Relembre-se que estamos perante uma pesquisa entre dois grupos de idosos: 20 praticam atividade física e 20 não praticam.

Assim, a partir do gráfico acima podemos logo identificar que, no grupo dos idosos que praticavam atividade física nas instituições (Santa Casa da Misericórdia de Machico e Centro Social e Paroquial das Preces), o maior número situava-se nos grupos etários dos 65 e os 68 anos (6 idosos), seguindo-se os 69-72 e os 85-88 anos (4 e 3 respetivamente). Relativamente ao grupo dos que não praticavam atividade física, incidia essencialmente nos 81-84 (8) e nos 65-68 anos (7).

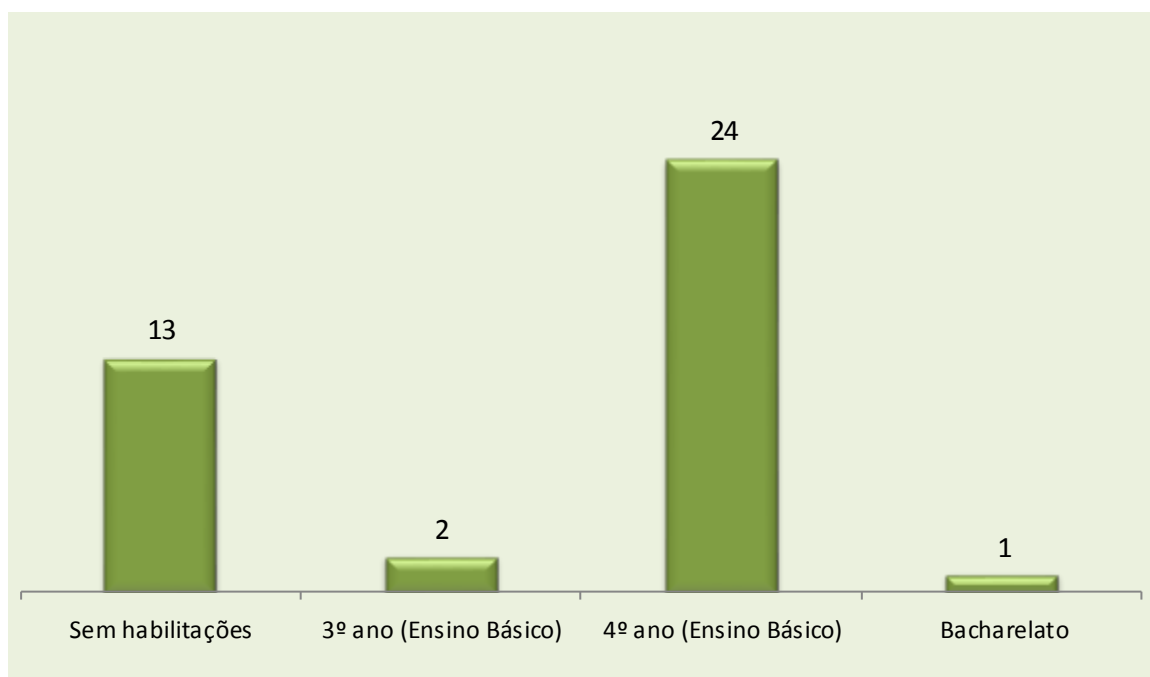
Tabela IV: Sabe ler e escrever

	Sabe ler e escrever		Não sabe ler e escrever	
	N.º	%	N.º	%
Com frequência escolar	27	93,1	1	9,1
Sem frequência escolar	2	6,9	10	90,9
Total	29	100	11	100

Tendo por fim o conhecimento de forma mais aprofundada da população em estudo, bem como a análise de alguns dados que poderão servir de base à interpretação dos mesmos, observou-se que, dos que sabiam “ler” e “escrever” (29 idosos) 93,1% frequentaram a escola. Embora 6,9% não tenham frequentado o ensino, sabem “ler” e “escrever”.

A partir da tabela IV também podemos aferir que do total de inquiridos, a maioria sabia “ler” e “escrever” (29 idosos), podendo este dado ter influência na forma como os idosos responderam ao inquérito, bem como na interpretação dos mesmos às questões apresentadas.

Gráfico III: Habilitações Literárias



A partir do Gráfico III, pudemos verificar que o maior número de idosos (24) possuía o 4º ano do ensino básico (antiga 4ª classe), seguindo-se os que não possuíam habilitações literárias. É de salientar que nestes, incluíam-se os idosos que não sabiam “ler” e “escrever” e os que sabiam mas sem frequência escolar (11 e 2 respetivamente – ver tabela IV). Com pouca representatividade estavam os dois indivíduos que tinham o 3º ano do ensino básico (antiga 3ª classe) e em apenas uma situação o antigo Bacharelato.

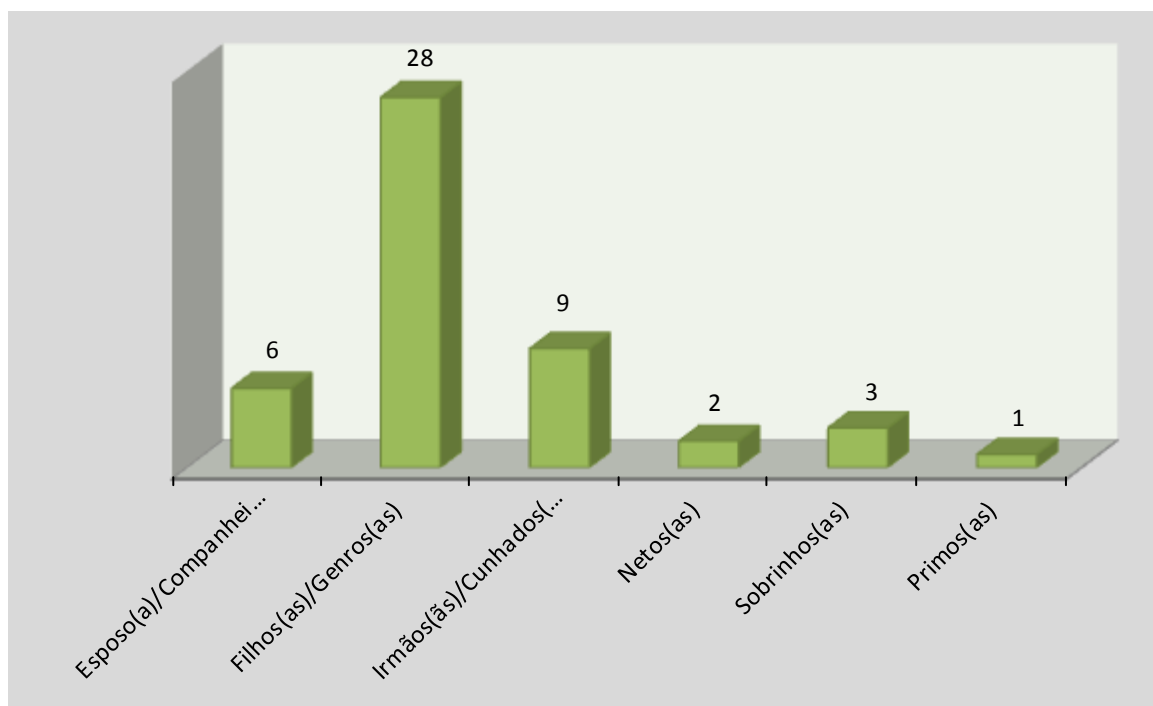
Tabela V: Habilitações literárias segundo a prática de atividade física

	Sem habilitações	3º ano (ensino básico)	4º ano (ensino básico)	Bacharelato
Pratica atividade física	4	1	14	1
Não pratica atividade física	9	1	10	-
Total	13	2	24	1

A tabela V permite-nos perceber se existiu alguma relação entre ambas as variáveis sujeitas ao cruzamento de dados. Neste sentido, verificou-se que dos seniores que praticavam atividade física, a grande maioria tinha habilitações literárias, com maior representatividade no 4º ano. No que concerne ao grupo dos que não praticavam, havia uma distribuição quase uniforme entre o 4º ano e a ausência de habilitações (10 e 9 respetivamente). Contudo, a partir desta informação poderemos considerar que havia uma maior tendência nos idosos sem habilitações literárias para não praticarem atividade física.

Gráfico IV: Família

Todos os inquiridos tinham parentes vivos, nomeadamente:



A questão da família não foi alvo de grande aprofundamento ao longo Inquérito por Questionário, uma vez que poderia ferir suscetibilidades nos inquiridos. Para além disso, o investigador teve em linha de conta que 20 dos inquiridos encontravam-se institucionalizados em lar de idosos, pelas mais variadas razões, entre as quais ausência de suporte familiar. Portanto, apenas ficamos com a informação de que, a totalidade dos inquiridos tinham elementos da família ainda vivos, independentemente do grau de parentesco.

A maioria dos inquiridos tinham como parentes vivos filhos(as)/genros/noras, seguindo-se os irmãos(ãs)/cunhados(as). Sendo esta uma questão de resposta múltipla, foram assinalados mais do que um grau de parentesco.

2. Prática de Atividade Física

Neste segundo ponto de análise, pretende-se conhecer um pouco melhor a questão da atividade física, nomeadamente o tipo de atividades praticadas, os antecedentes na prática de atividade física, se há alguma alteração de comportamentos ao nível da atividade física após a admissão nas instituições (Santa Casa da Misericórdia de Machico e Centro Social e Paroquial das Preces) e a forma como os idosos ocupam o seu tempo livre, em função da prática da atividade física.

Tabela VI: Idosos segundo a prática de atividade física anterior à admissão na instituição

	Praticava antes atividade física	Não praticava antes atividade física
Pratica atividade física	3	17
Não pratica atividade física	-	20
Total	3	37

A partir da Tabela VI onde se correlacionaram as variáveis da prática ou não de atividade física antes da admissão na instituição com a situação atual, observamos de imediato que apenas 3 pessoas já praticavam atividade física anteriormente (ginástica e natação), sendo que destas 3, todas o faziam atualmente na instituição. Temos 17 idosos que alteraram o seu comportamento e qualidade de vida, uma vez que, embora não tivessem um historial de prática de atividade física, passaram a fazê-lo na instituição, sendo este um indicador bastante positivo. Todos (20) os que à data da aplicação do Inquérito por Questionário não praticavam atividade física, também não o faziam antes.

Tabela VII: Distribuição dos inquiridos por prática de atividade física e instituição

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Santa Casa da Misericórdia de Machico	10	10
Centro Social e Paroquial das Preces	10	10
Total	20	20

Ambas as instituições frequentadas pelos idosos em estudo desenvolviam atividade física com os mesmos. Como referido anteriormente na metodologia, foram 40 os idosos que fizeram parte desta amostra aleatória, do sexo feminino e masculino, com 65 ou mais anos, com capacidade de resposta e independentes/autónomos na realização das atividades da vida diária. Destes 40 idosos, 20 frequentavam o Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Machico (10 com prática de atividade física na instituição e 10 sedentários) e 20, o Centro de Dia do Centro Social e Paroquial das Preces (10 com prática de atividade física na instituição e 10 sedentários).

Tabela VIII: Tipo de atividade física praticada nas instituições

Tipo de atividade física	N.º
Ginástica	20
Natação	1
Caminhadas	16

Esta questão de escolha múltipla apenas foi respondida pelo grupo que praticava atividade física em ambas as instituições, perfazendo um total de 20 inquéritos por questionário respondidos. O tipo de atividade mais indicada foi a “ginástica” e as “caminhadas”, sendo a “natação” indicada por apenas um indivíduo.

Tabela IX: Ocupação do tempo segundo a prática ou não de atividade física

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Jogos	17	13
Atividades domésticas	2	-
Artes plásticas	16	10
Ver TV	16	15
Ouvir música	14	11
Leitura	12	5
Não ocupa o tempo com nada	-	4

Todos os idosos poderiam responder a esta questão, sendo a mesma de resposta múltipla, podendo o mesmo inquirido selecionar várias opções de resposta. Esta tabela mostra-nos de que forma os idosos que praticavam atividade física ocupavam o seu tempo, assim como os que não a praticavam.

Dos que praticavam atividade física, nenhum indicou não ocupar o seu tempo com nada, ao contrário do grupo de idosos sedentários (4 idosos). Verificou-se ainda que no grupo dos que praticavam, as atividades com maior representatividade eram os “jogos”, as “artes plásticas”, ver “TV”, ouvir “música” e a “leitura”. No grupo dos idosos sedentários a tendência incidia em ver “TV”, os “jogos”, ouvir “música” e as “artes plásticas”.

3. Estado de Saúde Física e Emocional

O bem-estar na vida é um conceito que abrange diversas dimensões: emocional, física, familiar, entre outras. Não são apenas os fatores de ordem física que afetam a capacidade para nos mantermos saudáveis, pois a falta de objetivos definidos, a vida afetiva e a ansiedade fora de controlo também poderão gerar um estado de desequilíbrio. Quando pensamos em saúde emocional, relacionamos tendencialmente aos hábitos de vida saudáveis, embora os antecedentes familiares, o ambiente em que vivemos e o apoio em questões de saúde também sejam decisivos.

Neste ponto de análise, tentaremos identificar de que forma estes idosos avaliaram o seu estado de saúde física e emocional, tendo em conta as suas opiniões e perspetivas. As questões sobre o estado de saúde física e emocional destes idosos resultou da forma como os próprios a avaliaram e perspetivaram.

Tabela X: Opinião do estado de saúde segundo a prática ou não de atividade física

Estado de saúde	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Fraca	3	8
Razoável	16	12
Boa	1	-

Conforme podemos verificar, a maioria dos idosos considerou o seu estado de saúde como “razoável” (28), seguindo-se a “fraca” e a “boa” (11 e 1, respetivamente). Analisando esta questão a partir da correlação entre as variáveis estado de saúde e a prática ou não de atividade física, constatou-se que em ambos os grupos o estado de saúde razoável foi o mais representativo. No entanto, a opção de resposta “boa” apenas foi referida por uma pessoa que pratica atividade física. “Fraca” foi mais assinalada por quem não pratica.

Tabela XI: Opinião do estado de saúde segundo a idade e a prática ou não de atividade física

Atividade Física (AF)	Estado de saúde	65-68 anos	69-72 anos	73-76 anos	77-80 anos	81-84 anos	85-88 anos	89-92 anos	>92 anos
Pratica AF	Fraca	-	-	1	-	-	1	1	-
Não pratica AF		1	1	1	1	4	-	-	-
Pratica AF	Razoável	6	4	-	2	1	2	-	1
Não pratica AF		6	2	-	-	4	-	-	-
Pratica AF	Boa	-	-	1	-	-	-	-	-
Não pratica AF		-	-	-	-	-	-	-	-

Para melhor explorarmos esta questão, foi adicionada a variável idade às que já constavam da tabela X, para tentarmos perceber se houve influência ou não nesta opinião.

A tabela XI mostra-nos que a maioria dos idosos que classificaram o seu estado de saúde como “fraca” eram, os que não praticavam atividade física (8 idosos). No caso dos que praticavam, os de idade mais avançada (85-88 e 89-92 anos), consideraram-na na maioria como “fraca”. Relativamente ao estado de saúde “razoável”, verificou-se em ambos os grupos uma maior tendência desta resposta nas pessoas com menos idade, justificado pelo maior número de inquiridos se situar nessas faixas etárias. Curiosamente, houve um caso com idade superior a 92 anos que considerou o seu estado de saúde também como “razoável” e que, por sua vez praticava atividade física. O “bom” estado de saúde apenas foi considerado num indivíduo entre os 73 e os 76 anos que praticava atividade física.

Tabela XII: Opinião do estado geral de saúde, desde há 1 ano, segundo a prática de atividade física

Estado de saúde (1 ano atrás)	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Com algumas melhoras	3	-
Aproximadamente igual	14	10
Um pouco pior	3	10

A partir desta questão foi-nos possível perceber de que forma os idosos avaliaram a evolução do seu estado de saúde no último ano, tendo em conta a prática de atividade física. Como pudemos constatar, dos que não praticavam, nenhum considerou que o seu estado de saúde tivesse melhorado, centrando as suas respostas no “aproximadamente igual” (10) e um “pouco pior” (10). No grupo de idosos que praticava atividade física, foram 14 os inquiridos que consideraram que o seu estado de saúde se tinha mantido como estava (14) e nos restantes casos, em 3 houve algumas melhorias e outras 3 regrediu.

Portanto, nos idosos que não praticavam atividade física não se verificou qualquer melhoria do estado de saúde, sendo que em metade dos inquiridos deste grupo (10) a situação física piorou e na outra metade, manteve-se “aproximadamente igual”.

Tabela XIII: Limitações de saúde em atividades moderadas segundo a prática de atividade física

Deslocar uma mesa/cadeira	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim, muito limitado(a)	2	7
Sim, um pouco limitado(a)	13	8
Não, nada limitado(a)	5	5

A limitação de saúde foi uma das questões do Inquérito por Questionário, cujas respostas subdividiram-se em três opções: “Sim, muito limitado”; “Sim, um pouco limitado” e “Não, nada limitado”. Relativamente a atividades moderadas, como deslocar uma mesa/cadeira, os idosos que não praticavam atividade física revelaram em maior número sentirem-se um “pouco” (8) e “muito limitados” (7), ao passo que no outro grupo em análise, verificou-se uma maior representatividade nas respostas na categoria um “pouco limitado” (13). É de referir que no grupo de idosos que praticavam atividade, havia um número muito reduzido dos que se sentiam “muito limitados” (2) neste tipo de atividade, tendo em conta a idade avançada em alguns casos. Em ambos os grupos também houve quem considerasse não se sentir “nada limitado” neste tipo de atividades (5 em cada grupo).

Tabela XIV: Limitações de saúde em atividades intensas segundo a prática de atividade física

Subir vários lanços de escadas	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim, muito limitado(a)	5	6
Sim, um pouco limitado(a)	10	10
Não, nada limitado(a)	5	4

No que concerne às atividades intensas, nomeadamente subir vários lanços de escadas, ambos os grupos consideraram com um número de respostas mais expressivo, que se sentiam “um pouco limitados” (10 em ambos os grupos).

Tabela XV: Limitações de saúde em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se segundo a prática de atividade física

Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim, muito limitado(a)	9	6
Sim, um pouco limitado(a)	7	10
Não, nada limitado(a)	4	4

O tipo de atividades como inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se são mais complexas e exigem um maior esforço físico. Como podemos constatar neste tipo de atividades, mesmo os idosos que praticavam atividade física sentiam-se “muito limitados” em maior número (9), sendo que apenas 4 não sentiam qualquer limitação. Neste sentido, verificou-se que nos inquiridos que praticavam atividade física, a opção de resposta “muito limitado” foi-se tornando mais expressiva conforme a complexidade das atividades aumentava (moderadas a mais intensas). A partir das tabelas XIII, XIV e XV não pudemos considerar que a prática de atividade física influenciava de forma significativa as limitações dos inquiridos.

Tabela XVI: Problemas apresentados nas atividades diárias nas últimas 4 semanas como consequência do seu estado de saúde físico segundo a prática de atividade física

Fez menos do que queria	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim	8	11
Não	12	9
Dificuldade em executar atividades (+ esforço)	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim	9	12
Não	11	8

A realização das atividades da vida diária dos idosos foi um dos pontos contidos no Inquérito por Questionário, tendo por referência temporal as últimas 4 semanas. A partir da tabela XVI verificou-se que no caso da questão, se teria feito menos do que queria em termos físicos, 11 idosos que não praticavam atividade física consideraram que sim e nos que praticavam foram 8 a considerar essa mesma resposta (8). Quanto à dificuldade em executar atividades que exigiam mais esforço físico, também os que não praticavam atividade física responderam afirmativamente em maior número (12).

Tabela XVII: Problemas apresentados nas atividades diárias nas últimas 4 semanas devido a problemas emocionais (depressão ou ansiedade) segundo a prática de atividade física

Fez menos do que queria	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim	5	11
Não	15	9
Não executou atividades tão cuidadosamente como costume	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sim	4	12
Não	16	8

Os problemas emocionais como a depressão ou ansiedade sugeriram como uma das questões apresentadas, sendo que se pretendia saber a sua influência ou não nas atividades diárias dos idosos, também no último mês. A partir desta questão, foi-nos possível aferir que um pequeno número de idosos com prática de atividade física respondeu ter feito menos do que queria por influência de problemas emocionais (5), ao passo que 11 idosos sedentários que responderam afirmativamente a esta questão. No que concerne à não execução de atividades de forma tão cuidadosa como habitualmente o faziam, verificou-se o mesmo tipo de situação, ou seja, 12 idosos que não praticavam consideraram essa situação e apenas 4 dos que praticavam confirmaram essa influência.

Tabela XVIII: Interferência do estado de saúde física e emocional nas últimas 4 semanas no relacionamento normal (família, amigos, vizinhos ou outros) segundo a prática de atividade física

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Absolutamente nada	15	10
Moderadamente	5	9
Pouco	-	1

Como complemento às tabelas XVI e XVII, temos a questão da interferência do estado de saúde física e emocional no relacionamento normal com a família, amigos, vizinhos ou outros, onde pudemos observar que no grupo dos idosos que praticavam atividade física, a maioria (15) considerou não ter influenciado em “absolutamente nada” e nos restantes 5, apenas aconteceu de forma “moderada”. Relembre-se que estes 5 eram precisamente os mesmos que na tabela XVII fizeram menos do que queriam devido a problemas emocionais. Relativamente aos idosos sedentários, 10 responderam não ter influenciado em “absolutamente nada”, 9 “moderadamente” e apenas 1 caso identificou a opção “pouco”.

Tabela XIX: Saúde emocional/estado de espírito nas últimas 4 semanas segundo a prática de atividade física

Calma e tranquilidade	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sempre	2	-
A maior parte do tempo	10	10
Algum tempo	8	8
Pouco tempo	-	2
Energia	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sempre	1	-
A maior parte do tempo	6	3
Algum tempo	8	7
Pouco tempo	5	10
Depressão	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sempre	1	-
A maior parte do tempo	5	12
Algum tempo	11	8
Pouco tempo	3	-
Felicidade	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Sempre	-	-
A maior parte do tempo	15	11
Algum tempo	4	7
Pouco tempo	1	2

No âmbito do campo emocional foram abordados fatores como a calma e tranquilidade, a energia, a depressão e a felicidade, com o intuito de saber/conhecer se haveria alguma relação ou influência com o indicador que tem orientado toda esta análise: prática ou não de atividade física.

Em relação à calma e tranquilidade, verificou-se que os inquiridos, independentemente de praticarem atividade física ou não, tinham esse sentimento a “maior parte do tempo” (10 em ambos os grupos), “algum tempo” (8 em cada grupo), “sempre” (2 que praticavam atividade física) e “pouco tempo” (2 que não praticavam atividade física).

No fator energia, as respostas já nos indicaram uma situação diferente, sendo que no grupo dos que praticavam atividade física, apenas 5 sentiam-se enérgicos “pouco tempo”, ao contrário do grupo de idosos sedentários em que metade (10) sentiu energia por “pouco tempo” e 7 “algum tempo”. Nesta vertente, foi notória a influência também positiva da prática de atividade física no fator energia sentida.

O sentimento de depressão foi visível em ambos os grupos em estudo sendo que, nos idosos que não praticavam atividade física, um número considerável (12) sentiu-se dessa forma a “maior parte do tempo”, enquanto que com 8 inquiridos deste grupo isso aconteceu durante “algum tempo”. Contudo, no caso dos com prática de atividade física, apenas 3 sentiram-se deprimidos “pouco tempo”, 1 sempre, 5 na “maior parte do tempo” e 11 durante “algum tempo”.

A felicidade não foi sentida sempre por nenhum dos inquiridos. As respostas dadas a esta questão distribuíram-se de uma forma mais ou menos uniforme, com a maioria a considerar que se sentiu feliz na “maior parte do tempo” (15 dos que praticavam atividade física e 11 dos que não praticavam).

4. Atitude perante a Atividade Física

Na aplicação do Inquérito por Questionário foram apresentadas 15 afirmações sobre a atividade física com o intuito dos inquiridos indicarem o seu grau de concordância. Para além disso, foi-nos possível perceber minimamente o nível de conhecimentos que estes idosos tinham sobre o tema.

São apresentadas tabelas individuais para cada afirmação e nas páginas 84 e 85 um quadro único para cada grupo em estudo, permitindo-nos obter uma perceção global sobre este aspeto.

Tabela XX: A prática de atividade física com pessoas da mesma idade é boa para conviver

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	16	16
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	4	4

Esta afirmação reuniu igual número de respostas em ambos os grupos e uniformemente com a sua concordância. No entanto, houve 8 idosos que não souberam ou não quiseram responder.

Tabela XXI: A atividade física praticada de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	20	15
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	-	5

A grande maioria dos inquiridos “concordou” com esta afirmação, com 5 idosos que não praticavam atividade física a não saberem responder ou a não quererem responder.

Tabela XXII: A atividade física ajuda a libertar emoções e ansiedades

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	14	9
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	6	11

A partir desta tabela já começamos a verificar alguma diferença nas respostas dadas pelos dois grupos de idosos. Nesta afirmação sobre a parte emocional, 6 idosos que praticavam atividade física não souberam responder. O mesmo sucedeu com os idosos sedentários, embora em maior número (11). Os restantes “concordaram” com esta afirmação.

Tabela XXIII: A prática da atividade física quando em grupo é divertida

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	20	9
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	-	11

A totalidade dos idosos que praticavam atividade física “concordaram”, ao passo que no outro grupo 11 não souberam responder à questão. Como não praticavam poderiam não ter opinião formada.

Tabela XXIV: A atividade física, praticada regularmente, é necessária para uma boa saúde

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	20	16
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	-	4

O mesmo ocorreu nesta questão em que todos os que praticavam atividade física “concordaram”, sendo que no grupo de idosos sedentários apenas 4 não “souberam responder”. Poderemos constatar que em alguns destes casos, como não praticavam não estariam sensibilizados para a temática.

Tabela XXV: O desenvolvimento de capacidades físicas leva à descontração do indivíduo

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	13	7
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	7	13

Nos inquiridos que praticavam atividade física, houve 7 que não manifestaram a sua opinião sobre esta questão, enquanto nos que não praticavam, essa tendência verificou-se em 13 situações o que representou um número considerável da amostra sem resposta (50%).

Tabela XXVI: A atividade física é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde em geral

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	20	15
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	-	5

No que se refere à afirmação sobre a saúde apenas 5 idosos que não praticavam atividade física “não responderam”, enquanto os restantes “concordaram” com a afirmação.

Tabela XXVII: Participar em atividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	20	10
Discordo	-	3
Não sabe/Não responde	-	7

Pela primeira vez surgiram respostas de discordância às afirmações apresentadas. Curiosamente, esses 3 casos pertenciam ao grupo dos idosos que não praticavam atividade física. Estes inquiridos não consideraram que para ocuparem o tempo livre, a atividade física seria uma opção de escolha. Neste mesmo grupo 7 pessoas “não responderam” a esta questão.

Tabela XXVIII: A atividade física diária é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	19	13
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	1	7

Nesta afirmação sobre a saúde em geral, apenas 8 inquiridos “não responderam” (1 praticava atividade física e 7 não). Os restantes “concordaram” com a afirmação.

Tabela XXIX: A atividade física é um excelente remédio para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	8	4
Discordo	-	2
Não sabe/Não responde	12	14

Sobre o tema da tensão, irritabilidade e ansiedade, foram muitos os inquiridos que “não responderam” (12 que praticavam e 14 que não praticavam), provavelmente por desconhecimento ou por não relacionarem essas questões diretamente com a atividade física. Estranhamente observou-se 12 casos que praticavam atividade física e que “não responderam” a esta questão. Poderemos constatar que, quando as afirmações se relacionavam mais diretamente com a saúde física, as respostas eram tendencialmente mais positivas e representativas.

Tabela XXX: A atividade física faz bem ao corpo humano

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	19	13
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	1	7

Nesta questão a grande maioria dos idosos “concordou”, com apenas 7 casos de “não resposta” nos que não praticavam atividade física e 1 única nos que praticavam.

Tabela XXXI: A atividade física descontra o indivíduo que o pratica

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	16	8
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	4	12

A vertente da descontração em virtude da prática de atividade física mostrou haver algum desconhecimento ou falta de informação principalmente da parte dos idosos que não praticavam atividade física, com mais de metade dos inquiridos deste grupo a “não responderem” (12).

Tabela XXXII: A atividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	18	8
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	2	12

Nesta questão também se verificou a mesma tendência de respostas em relação à tabela XXI com um grande número, face à dimensão da amostra, sem opinião formada.

Tabela XXXIII: A atividade física é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	20	13
Discordo	-	-
Não sabe/Não responde	-	7

A totalidade do grupo dos que praticavam atividade física “concordou” com a afirmação sobre a saúde geral. Apenas em 7 casos dos que não praticavam, verificou-se ausência de resposta.

Tabela XXXIV: A atividade física interfere na diminuição do peso

	Pratica atividade física na instituição	Não pratica atividade física na instituição
Concordo	10	14
Discordo	1	-
Não sabe/Não responde	9	6

Relativamente à influência da atividade física na questão do peso, constatou-se haver um desconhecimento ou falta de informação dos que praticavam atividade física, em que apenas metade (10) respondeu afirmativamente, 1 “discordou” 9 “não responderam”. Contrariamente, os que não praticavam responderam afirmativamente em maior número (14).

Tabela XXXV: Atitude dos inquiridos que praticavam atividade física

	Concordo	Discordo	Não sabe/ Não responde
1. A prática de atividade física com pessoas da mesma idade é bom para conviver	16	-	4
2. A atividade física praticada de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde	20	-	-
3. A atividade física ajuda a libertar emoções e ansiedades	14	-	6
4. A atividade física quando praticada em grupo é divertida	20	-	-
5. A atividade física praticada regularmente, é necessário para uma boa saúde	20	-	-
6. O desenvolvimento de capacidades físicas leva à descontração do indivíduo	13	-	7
7. A atividade física é importante p/ajudar uma pessoa a melhorar a saúde em geral	20	-	-
8. Participar em atividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres	20	-	-
9. A atividade física é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa	19	-	1
10. A atividade física é um excelente remédio para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa	8	-	12
11. A atividade física faz bem ao corpo humano	19	-	1
12. A atividade física descontra o indivíduo que a pratica	16	-	4
13. A atividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor	18	-	2
14. A atividade física é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa	20	-	-
15. A atividade física interfere na diminuição do peso	10	1	9

A partir da tabela acima conseguimos obter uma visão mais global sobre o grau de concordância dos idosos que praticavam atividade física, face às 15 afirmações contidas no Inquérito por Questionário. Globalmente verificou-se que, na sua maioria houve concordância nas questões apresentadas e em apenas 1 caso observou-se o oposto. Quanto à opção de resposta “Não sabe/Não

responde” houve uma tendência mais acentuada para as questões relacionadas com a parte emocional e de peso, provavelmente por desconhecimento, falta de informação ou de sensibilização sobre estas questões de extrema importância, principalmente para os idosos que já praticavam atividade física, sem descurar o fator idade e habilitações literárias que também poderão ter influência neste tipo de respostas.

Tabela XXXVI: Atitude dos inquiridos que não praticavam atividade física

	Concordo	Discordo	Não sabe/ Não responde
1. A prática de atividade física com pessoas da mesma idade é bom para conviver	16	-	4
2. A atividade física praticada de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde	15	-	5
3. A atividade física ajuda a libertar emoções e ansiedades	9	-	11
4. A atividade física quando praticada em grupo é divertida	9	-	11
5. A atividade física praticada regularmente, é necessário para uma boa saúde	16	-	4
6. O desenvolvimento de capacidades físicas leva à descontração do indivíduo	7	-	13
7. A atividade física é importante p/ajudar uma pessoa a melhorar a saúde em geral	15	-	5
8. Participar em atividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres	10	3	7
9. A atividade física é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa	13	-	7
10. A atividade física é um excelente remédio para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa	4	2	14
11. A atividade física faz bem ao corpo humano	13	-	7
12. A atividade física descontra o indivíduo que a pratica	8	-	12
13. A atividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor	8	-	12
14. A atividade física é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa	13	-	7
15. A atividade física interfere na diminuição do peso	14	-	6

Analisando os dados que constam da tabela XXXVI com as respostas dos idosos que não praticavam atividade física, constatou-se que houve um maior número de discordâncias face ao grupo dos que praticavam atividade física, bem como um grande número de respostas de “Não sabe/Não responde”, com maior tendência nas questões relacionadas com a parte emocional, de convívio e bem-estar. Contudo, é de referir que pelo facto de não praticarem atividade física o interesse e motivação por estas questões provavelmente serão inferiores, dando mais importância a outro tipo de atividades.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E SÍNTESE DOS RESULTADOS

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E SÍNTESE DOS RESULTADOS

1. Apresentação e síntese dos resultados

Os dados apresentados anteriormente no ponto 4 serão nesta fase, alvo de interpretação e análise, através de uma síntese global dos resultados obtidos a partir dos inquéritos por questionário. A partir deste estudo pretendia-se conhecer e destacar as principais diferenças entre dois grupos de idosos (um grupo que praticava atividade física e um que não praticava), bem como o impacto da prática de atividade física para a sua qualidade de vida.

Numa primeira análise e em termos de caracterização dos inquiridos, verifica-se a prevalência do sexo feminino em ambos os grupos, representando 80% da amostra. Uma vez que os inquiridos se integram em respostas sociais para idosos (Lar e Centro de Dia), também o universo de utentes que as frequenta é maioritariamente feminino. No que concerne à correlação sexo versus estado civil, o grupo das mulheres viúvas é o mais representativo (23). Quanto ao grupo etário dos inquiridos, o que mais prevalece é o dos 65-68 anos (32,5%) e o dos 81-84 anos (22,5%), sendo que ao cruzarmos com a variável sexo verificamos que no feminino, o maior número (10 idosos) apresenta-se de igual modo entre os 65-68 anos (seguido dos 81-84 anos com 9 idosos do sexo feminino). A partir daqui já nos é possível identificar a idade tipo dos idosos que praticam atividade física e a dos sedentários. Assim, no grupo dos praticantes de atividade física, a maior tendência situa-se entre os 65 e os 68 anos, seguindo-se o escalão dos 69-72; no caso dos idosos sedentários incidem mais entre os 81-84 (8 idosos) e os 65 aos 68 anos (7 idosos). Uma vez que temos um número considerável de idosos entre os 65 e os 68 anos, que praticam e outro que não praticam atividade física, poderemos considerar que a variável idade não terá influência sobre esta opção. Já no que se refere às habilitações literárias, a maioria dos idosos que praticam atividade física tem o 4º ano do ensino básico, notando-se uma maior tendência nos idosos sem habilitações literárias para não praticarem atividade física, o que nos leva a crer que esta variável tem influência aquando da decisão. Ainda dentro da caracterização, na questão da família, todos os inquiridos têm parentes vivos, com maior número nos filhos (as)/genros/noras.

No ponto 2 da análise dos resultados (Prática de Atividade Física), a primeira informação que retiramos é a de que, do total de 40 inquiridos, apenas 3 já praticavam atividade física anteriormente, nomeadamente ginástica e natação. Contudo, temos como indicador positivo os 17 inquiridos, após admissão na instituição, terem alterado o seu estilo de vida, passando a praticar atividade física. É de

referir que as duas instituições desenvolvem atividade física com os idosos: “ginástica”, “caminhadas” e “natação”. Na ocupação do tempo livre, foram identificados alguns casos de idosos sedentários que não ocupam o tempo com nada, embora a maioria faça “jogos”, “artes plásticas”, “TV”, “música” e “leitura”.

O estado de saúde física e emocional está patente no terceiro ponto de análise dos dados, sendo de referir que as respostas tiveram por base a forma como cada um avalia e perspetiva o seu estado de saúde física e emocional. Em ambos os grupos a maioria identifica o seu estado geral de saúde como “razoável”, seguindo-se o “fraco” identificado por 11 inquiridos. Apenas em um caso foi avaliado como “bom”. Sendo esta uma questão que requer um maior aprofundamento, a mesma foi alvo de um cruzamento entre três variáveis: prática de atividade física, estado de saúde e idade, o que permitiu tecer importantes considerações, tais como: os que consideram a sua saúde como “fraca” são em maior número idosos que não praticam atividade física e cujas idades se situam essencialmente entre os 81-84 anos, sendo esta uma situação aceitável em virtude do fator idade; em ambos os grupos há uma maior tendência em avaliar o estado geral de saúde como razoável nos inquiridos com menos idade (não escolhendo o “bom” como estado geral de saúde), lembrando que o maior número de inquiridos também se situa nesses escalões etários. Relativamente à evolução do estado de saúde no último ano, nenhum dos idosos sedentários considera ter havido “melhoria” e em 10 inquiridos do mesmo grupo consideram que a situação piorou. Independentemente da avaliação que cada um fez ser a mais correta ou não, esta era a perspetiva que estes tinham sobre o seu estado de saúde. Nas limitações de saúde em atividades moderadas como deslocar uma mesa ou uma cadeira, os que praticam atividade física são os que revelam um menor número de casos de “muita limitação” (2). Nas atividades intensas, tais como subir vários lanços de escadas, ambos os grupos identificaram em número considerável (10 em cada grupo) que se sentiam um pouco limitados. O inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar insere-se num tipo de atividade em que, mesmo os que praticam atividade física sentem limitações. Portanto, as atividades mais complexas exigem um maior esforço físico e no caso do grupo de idosos mais ativos, a opção “muito limitado” vai ganhando maior expressividade no número de respostas. Logo, não poderemos considerar que nesta amostra a prática de atividade física influencia significativamente o desempenho dos idosos neste tipo de atividades.

No que concerne aos problemas de saúde emocionais, estes são identificados em maior número pelos idosos sedentários enquanto fator de influência sobre o desempenho das atividades diárias, com referência ao último mês. No entanto, o mesmo não se verifica na sua relação social com os outros, na maioria dos casos, uma vez que esta não é afetada. É notória a influência positiva

que a prática de atividade física tem no estado de saúde emocional dos idosos e no seu comportamento social (família, vizinhos, amigos, entre outros). Ainda no campo emocional, também se observa que a calma e tranquilidade são sentidas na maior parte do tempo pela maioria dos idosos, independentemente de praticarem ou não atividade física. A “energia” é um dos aspetos em que é visível a influência positiva da prática de atividade física neste grupo. Já o sentimento de “depressão” foi observado em ambos os grupos, de forma mais representativa nos sedentários que a sentem na “maior parte do tempo” (12). Por fim, o sentimento de “felicidade” obteve respostas distribuídas uniformemente nos dois grupos, com a maioria a indicar que se sentiu feliz na “maior parte do tempo” (15 com atividade física e 11 sedentários).

Como quarto e último ponto temos a atitude dos idosos perante a atividade física, nomeadamente através do seu grau de concordância face a 15 afirmações. Globalmente verifica-se que no grupo de inquiridos que praticam atividade física, um número significativo concorda com as afirmações apresentadas, embora em alguns casos haja alguma tendência para assinalarem a opção “Não sabe/Não responde”, mais concretamente nas de cariz “emocional” e relacionados com o “peso”, provavelmente por algum desconhecimento ou até mesmo esquecimento sobre estas questões. Na questão do “peso”, é visível um desconhecimento ou falta de informação dos que praticam atividade física, uma vez que apenas metade (10) “concorda” que a atividade física interfere na diminuição do “peso”, 1 “discorda” 9 “não sabem ou não respondem”. Contrariamente, os que não praticam respondem afirmativamente em maior número (14).

A partir desta análise final e sintética dos dados, estamos aptos a tecer as conclusões finais sobre esta pesquisa e a testar as hipóteses de estudo. Para além disso, será importante analisar-se os objetivos traçados inicialmente foram de encontro ao previsto

2. Considerações finais

A fase final prevê que se faça uma análise do significado dos resultados do Inquérito por Questionário.

Ao chegarmos ao termo da pesquisa, é fundamental procedermos a uma apreciação global de todo o processo de investigação, que possibilite mais um momento de reflexão e destacar os aspetos que se revelaram mais pertinentes ao longo desta análise, verificando resultados práticos, reflexões e pistas para futuras intervenções e ou investigações. É na conclusão “(...) que o investigador pode especular um pouco, indo além dos limites estritos estabelecidos pelos dados, inclusivamente sugerindo possíveis implicações sociais de ordem prática” (Moreira, 1994, p. 201).

Com este estudo tentamos conhecer e destacar as principais diferenças entre dois grupos de idosos e o impacto da prática de atividade física para a sua qualidade de vida, complementando com uma análise comparativa entre dois grupos de idosos no concelho de Machico, com estilos e hábitos de vida opostos, no âmbito da atividade física. Para tal, foi imprescindível uma abordagem ao conteúdo desta temática, com maior enfoque sobre a problemática dos idosos em paralelo com a atividade física.

Em termos de objetivos gerais e específicos definidos aquando da fase inicial, este estudo foi ao encontro do pretendido. Assim, nesta fase final verifica-se que os resultados observados corresponderam aos resultados esperados em termos de objetivos. No que diz respeito às hipóteses de estudo, na *hipótese A* (se existem diferenças significativas na qualidade de vida entre um grupo de idosos sujeitos a um programa de exercícios e um grupo sedentário) consideramos que os resultados obtidos em termos globais permitem-nos confirmar a mesma, tais como: a alteração do estilo e hábitos de vida da quase totalidade dos idosos do grupo com atividade física que passaram a fazê-lo aquando da admissão nas instituições, uma vez que não tinham antecedentes desta prática no seu dia-a-dia; a forma como os idosos ocupavam o tempo, lembrando que nenhum dos que praticava atividade física se encontrava na situação de não ocupar o tempo com nada, ao contrário dos idosos sedentários; a evolução positiva do estado de saúde física em virtude da atividade física em que muito poucos foram os casos que consideraram uma regressão no seu estado de saúde, ao contrário do grupo sedentário; os problemas emocionais que influenciavam o desempenho das atividades diárias e identificados em maior número pelos idosos sedentários; entre outros. No que concerne à *hipótese B* (se a prática ou não de atividade física influencia a forma como avaliam o seu estado de saúde física e emocional) não foi possível confirmar esta ideia tendo em conta que,

embora um número significativo de inquiridos tenha avaliado a sua saúde física como razoável e a maioria dos que a avaliaram como fraca sejam idosos sedentários, este não assume um valor suficientemente representativo que nos permita confirmar esta hipótese, no âmbito da saúde física. Se esta hipótese incidisse em termos da evolução do seu estado de saúde, desde há 1 ano, aí já poderíamos confirmar esta ideia. Emocionalmente verifica-se a mesma tendência de não confirmação da hipótese, uma vez que as respostas de ambos os grupos, não são suficientemente representativas para podermos tecer este tipo de conclusão. Certamente se tivéssemos uma amostra de maior dimensão, pudéssemos aferir com mais profundidade esta questão. A terceira e última hipótese (*hipótese C*) que previa que, independentemente da prática de atividade física os idosos têm uma percepção adequada e opinião formada sobre a importância e vantagens da atividade física, e à semelhança da *hipótese B* também não se confirma, tendo em conta os resultados alcançados. Ou seja, comparando os dois grupos de idosos observamos que os que praticavam atividade física, estavam mais informados em questões gerais sobre saúde física, o que não se verificou neste mesmo grupo nas questões que relacionavam a atividade física com a parte emocional e mais concretamente com o peso. No grupo de inquiridos sem prática de atividade física, revelaram um maior desconhecimento, principalmente nas questões entre a atividade física e o campo emocional, de convívio e bem-estar.

No caso da população idosa, a inatividade por vezes pode estar associada a algum estigma/preconceito, vergonha ou a hábitos antigos com os quais têm resistência em alterar ou ajustar. Torna-se imperativo uma intervenção por parte das instituições de intervir ao nível da promoção de condições que possibilitem a estes idosos vivenciar os benefícios resultantes da adoção e manutenção de um estilo de vida ativo. É necessário delinear e aplicar estratégias que alterem o quadro tendencioso da inatividade física em idosos, visando aumentar a frequência e consistência dessa prática. Adicionalmente, este cenário sugere a necessidade de mais estudos que procurem investigar as barreiras e/ ou aspetos facilitadores que podem estar na origem de uma maior ou menor prática de atividade física na 3ª idade. Para além de investigar os benefícios proporcionados pela prática de atividade física, há que seguir um caminho mais profundo, para compreender a relação dessa prática com diferentes fatores inter e intrapessoais, que certamente será um fio condutor à criação de estratégias específicas de intervenção que promovam a adesão da população idosa à atividade física. É certo que os idosos praticantes de atividade física parecem demonstrar, globalmente, um nível mais elevado de sociabilidade, bem-estar subjetivo, energia, que ajudam a combater doenças como a depressão e benefícios no estado de humor e no aumento de experiências de alegria, divertimento e outras experiências positivas. No entanto, não podemos descurar a

necessidade de intervenção com este tipo de grupo, mais concretamente em mais e melhor informação/sensibilização sobre o papel e vantagens da prática de atividade física para a saúde física e emocional. Não podemos descurar que por vezes a falta de recursos económicos e de outro tipo de apoios às instituições, não lhes permitem desenvolver como gostariam algumas atividades em prol desta população. Contudo, temos uma sociedade cada vez mais aberta e colaborativa, o que permitiria às instituições intervir localmente, em articulação/colaboração com autarquias, o intercâmbio entre várias instituições, o contato intergeracional estabelecendo parcerias com escolas ou associações desportivas, entre outras.

Temos a consciência de que, conseguimos deixar um contributo teórico-prático quer aos profissionais que intervêm na área da 3ª idade e da atividade física como aos interessados nesta matéria. Foram identificados pontos fortes e pontos fracos, bem como foram lançadas algumas sugestões com vista à reflexão sobre esta temática. Este trabalho representou um enriquecimento face à descoberta de novas matérias, esperando ter criado condições e até mesmo um ponto de partida para novas apostas em termos de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ades, P., et al. (1996). *Weight Training Improves Walking Endurance in Healthy Elderly*. *Annals of Internal Medicine*, 124 (6), 568-572.
- Amaro, L. & Meira., P., (2006). *Idosos urbanos: quem é e o que pensa a terceira idade em Porto Alegre*. *Gestão e Desenvolvimento*.3 (2): 41-6
- American College of Sport of Medicine. (1998). *Position stand – the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults*. *Medicine Science Sports Exercise*, 22, 265-274
- American College of Sport of Medicine. (2001). *Research manual for ACSM's guidelines for exercise testing & prescripton*. (4 th ed.). Local Editora
- Assumpção, C., et al. (2008). *Treinamento resistido frente ao envelhecimento: uma alternativa viável e eficaz*. *Anuário da Produção académica Docente*, II (3), 451-456.
- Balagopal, P., et al. (1997). *Effects of aging on in vivo synthesis of skeletal muscle myosin heavy chain and sarcoplasmic protein in humans*. *American Journal of Physiology – Endocrinology and Metabolism* 790-800.
- Bálsamo, S. & Battaro, M. (2001). *Os benefícios dos exercícios com pesos no tratamento e prevenção da osteoporose: uma revisão*. Secretaria de Políticas de Saúde.
- Baptista, F., et al. (2011). *O Livro Verde da Atividade Física*. Instituto do Desporto de Portugal, I.P. Lisboa

Barata, T. (1997) *Atividade Física e Medicina Moderna*. Europress.

Barata, T. (2003). *Mexa-se... Pela sua saúde – Guia prática de actividade física e emagrecimento para todos*. 4ª edição. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Beuvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,

Bell, J. (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. 2. Reimp. Milton Keynes, England: Open University Press.

Bell, J. (1993). *Como Realizar um projecto de Investigação* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva

Bouchard, C., Shepard, R. & Stephens, T. (1994). *Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. Human Kinetics.

Bowling, A., et al. (2003). *Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over*. *Internacional Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.

Campos, M. (2000). *Musculação: diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças e obesos*. Rio de Janeiro: Sprint

Carmeli, E., Reznick, A., Coleman, R., & Carmeli, V. (2000). *Muscle strength and mass of lower extremities in relation to functional abilities in elderly adults*. *Gerontology*, 46(5), 249-257

- Carvalho, J. & Soares, J. (2004). Envelhecimento e força muscular – Breve revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (3), 79-93.
- Carvalho, J., et al. (2004). Força muscular em idosos II: efeitos de um programa complementar de treino de força muscular de idosos de ambos os sexos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (1), 58-65.
- Caspersen, C., Christenson, G. & Pollar, R., (1986). *Status of the 1990 physical fitness and exercise objectives-evidence from NHIS 1985*. Public Health Reports. 101 (6): 587-592.
- Cavani, V., Mier, C., Musto, A. & Tummers, N. (2002). Effects of a 6-week resistance-training program on functional fitness of older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10(4), 443-452
- Corbin, C., Corbin, W., Welk, G. & Welk, K. (2008). *Concepts of Fitness and Wellness. A comprehensive lifestyle approach*. 7th edition. McGraw-Hill Internacional Edition.
- Deschenes, M. (2004). Effects of aging on muscle fibre type and size: review article. *Sports Medicine*, 34 (12), 809-24.
- Docherty, D. & Sporer, B. (2000). *A proposed model for examining the interference phenomenon between concurrent aerobic and strength training*. *Sports Medicine*, 30 (6), 385-394.
- Eshaghi, S., Ramezani, M., Shahsanacee, A. & Pooya, A (2006). *Validity and Reliability of the Short Form- 36 Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population*. *American Journal of Applied Sciences*, 3 (3), 1763-1766.
- Ettinger, W., Wright, B. & Blair, S. (2006). *Fitness after 50*, Champaign, Human Kinetics.
- Evans, W. (1995). Effects of exercise on body composition and functional capacity of the elderly. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 50(SPEC. ISSUE), 147-150.

- Evans, W. & Cyr-Campbell, D. (1997). Nutrition, exercise, and healthy aging. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (6), 632-638
- Faigenbaum, A. & Westcott, W. (2009). *Youth Strength Training: Programs for Health, Fitness and Sport*. Human Kinetics.
- Faria, L. & Marinho, C., (2004). Actividade Física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 6 (01): 93-104
- Ferreira, P. (2000). *Criação da versão portuguesa da Mos SF-36*. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 13: 119-127
- Fena, E. (2010). *Envelhecimento, Atividade Física e Saúde. Um Estudo no Adulto Idoso da Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Madeira
- Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). *Envelhecer activo, envelhecer saudável: O grande desafio*. *Sociológico*.17:11-16
- Filho, W. (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. *Revista bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.20, p. 73-77. Suplemento nº 5
- Fleck, S. & Kraemer, W. (1999). *Fundamentos do treinamento de força muscular*. (2th ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos*. Aplicaciones a la investigacion educativa. Barcelona: PPU
- Gallahue, D. & Ozmun, J.C. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebés, crianças, adolescentes e adultos*. 3ª. Ed. São Paulo: Phorte.

- Gomes, R., Flores, J. & Jimenez, E. (1996). *Metodologia de la Investigacion cualitativa*, Malaga: Ediciones Aljibe.
- Hakkinen, K., Kraemer, W., Newton, R. & Alen, M. (2001). *Changes in electromyographic activity, muscle fibre and force production characteristics during heavy resistance/power strength training in middle-aged and older men and women*. *Acta Physiologica Scandinavica*, 171(1), 51-62.
- Harris, C., et al. (2004). The effect of resistance-training intensity on strength-gain response in the older adult. *Journal of strength and Conditioning Research*, 18 (4), 833-838.
- Hsu, Hui-Chuan. (2007). *Gender differences in health-related quality of life among the elderly in Taiwan*. *Asian Journal of Health and Information Sciences*, 1 (4), 366-376.
- Hunter, G., McCarthy, J. & Bamman, M. (2004). *Effects of Resistance Training on Older Adults*. *Sports Medicine*, 34 (5), 329-348.
- Hurley, B. & Roth, S. (2000). *Strength training in the elderly: effects on risk factors for age-related diseases*. *Sports Medicine*, 30 (4), 249-268.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. INE, I:P. Lisboa, Portugal
- Jackson, A. et al. (2004). *Physical Activity for Health and Fitness (Updated Edition)*. United States of America: Human Kinetics
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos*. (4ª ed.) Porto: Âmbar.
- Kuczmarski, M., et al. (2000). Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *Journal of the American Dietetic Association*, 100, 59-66.

- Li, L., Wang, H. & Shen, Y. (2003). Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. *Journal of Epidemiol and Community Health*, 57, 259-265.
- Maia, J. Lopes, V. & Morais, F. (2001). *Atividade física e aptidão física associada à saúde. Um estudo de epidemiologia genética em gémeos e suas famílias realizado no arquipélago dos Açores*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Direção Regional de Educação Física e Desporto da Região Autónoma dos Açores.
- Malliou, P., et al. (2003). *Different training programs for improving muscular performance in healthy inactive elderly*. *Isokinetics and Exercise Science*, 11, 189-195.
- Marco, M. (2006). *Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projecto de educação permanente*. *Revista Brasileira de Educação Média*. 20 (1): 60-72
- Martins, R. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium – Revista do ISPV* 26.
- Martín, A. (2007). “*Gerontologia Educativa: Enquadramento Disciplinar para o Estudo e Intervenção Socioeducativo com Idosos*”. In A. Osário e F. Pinto (orgs.). *Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto Piaget, pp.47-73
- Matsudo, S. & Matsudo, V., (1992). Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 6 (4): 19-301992
- Matsudo, S. (2006). Atividade Física na promoção e qualidade de vida no envelhecimento. *Epidemiologia e Actividade Física*. In: XI congresso ciências do desporto e educação física dos países de língua português. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. São Paulo, 20 (5): 135-137.

- Mazzeo, R. et al. (1998). *American College of Sports Medicine position stand: exercise and physical activity for older adults*. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 30, 992- 1008.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*. Porto Alegre, V.22, nº 37, p.7-32
- Moreira, D. (1994), *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Moretti, N. (2008). *Manual de Metodologia Científica – Como elaborar trabalhos académicos*. União de ensino superior de Cafelândia.
- Mota, J., Ribeiro, J., Carvalho, J., & Matos M., (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20 (3): 219-25
- Oliveira, S. (1998). *Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses*. São Paulo: Pioneira, 2ª.edição.
- Oliveira, C. et al. (2008). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Coimbra: GERPI
- Papaleo, N. (2007). *M. Tratado de gerontologia*. 2ª. Edição. Rio Janeiro Atheneu.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*, Sociologia nº 15. Faculdade de Letras, Porto.
- Pereira, E. (2010). *Benefícios da Actividade Física*. In VI Fórum – Saúde e Actividade Física. Compilação dos artigos científicos do fórum “Saúde e Atividade Física”. p. 282
- Perkins, A. et al (2006). *Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey*. *Qual Life Res*, 15, 331-348.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Rebelatto, B. & Morelli, S. (2004). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole.
- Rikli, R. & Jones, C. (2001). *Senior Fitness Test Manual*. Champaign: Human Kinetics.
- Raposo, F. & Marques, R. (2009). *Populações Especiais – Avaliação e prescrição de exercício*. 2ª Edição. Porto Salvo. Coleção “Fitness é Manz”.
- Roubenoff, R. (2000). *Sarcopenia and its implications for the elderly*. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (3), 40-47.
- Santos, R. et al. (2008). *Carta da Condição Física dos Cidadãos da Região Autónoma dos Açores*. Centro de Investigação em Actividade, Saúde e Lazer. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Direcção Regional do Desporto da Região Autónoma dos Açores. Porto: Multitema
- Seidl E. & Zannon C., (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Silva, J. (2009) *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. 1ª Edição. São Paulo: Iátria.
- Spiriduso, W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Spiriduso, W., Francis, K. & MacRae, P. (2005). *Physical dimensions of aging*. Second Edition. Champaign, IL: Human Kinetics, Inc.
- Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Lusociência.

- Takahashi, S., & Tumulero, S., (2004). Benefícios da atividade física na melhor idade. *Revista Digital Efdeportes*. 10 (74)
- Tanaka, O. & Melo, C. (2001). *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer* capítulo IV. São Paulo. Edusp
- Tavares, C. (2009). *O Treino da Força para todos*. 4ª Edição. Coleção “Fitness é Manz”.
- Terry, P., Biddle, S., Chatzisarantis, N., & Bell, R. (1997). Changing habits by changing attitudes. *Journal of Health, Physical Education, Recreation, and Dance*. 48: 13-20
- Trancoso, E. & Farinatti, P. (2002). Efeitos de 12 semanas de treinamento com pesos sobre a força muscular de mulheres com mais de 60 anos de idade. *Revista Paulista de Educação Física*, 16 (2), 220-29.
- Tribess, S. & Virtuoso Jr. (2005). Prescrição de exercícios físicos para idosos. *Revista Saúde Com.*, 1 (2), 163-172.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd edition. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.
- Vale, R. , Novaes, J. & Dantas, E. (2005). Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia de mulheres senescentes. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 13(2), 33-40.
- Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Editorial Novembro.
- Werk, R., Vieira, A., Nuñez, P., Habitante, C. & Silva, J. (2009). Aptidão Física relacionada à Saúde de crianças de uma Escola estadual de campo Grande/MS. *Ciência, Cuidado e Saúde* 8(1). 42-47
- WHO, World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. WHO. Genebra

WHO, World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A policy framework*. Geneva: Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course.

Wood, R. et al. (1999). Physical Fitness, Cognitive Function, and Health-Related Quality of Life in Older Adult. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 217-230.

World Health Organization. (1948). *The first years of the World Health Organization*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1995). *The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2^a ed) Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Sítios da Internet

Amaral, P. et al. (2007). *Atividades física no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa*. RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 4, n.1, p. 18-27. Consultado em 30 de Janeiro de 2015 em
<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/articleviewFile/113/88>

Babauta, L. (2007). *4 Simple Steps to Start the Exercise Habit*. Consultado em 08 de Dezembro de 2013 em:
<http://zenhabits.net/2007/09/4-simple-steps-to-start-the-exercise-habit/>

Ballor, D., Katch, V., Becque, M. & Marks, C. (1988) *Resistance weight training during caloric restriction enhances lean body weight maintenance*. *Am J Clin Nutr*, 47 (1), 19-25. Consultado

em 27 de Dezembro de 2013 da World Wide Web:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Resistance%20weight%20training%20during%20caloric%20restriction%20enhances%20lean%20body%20weight%20maintenance>

Barreto, J. (s/d). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*. Consultado em 02 de Fevereiro de 2015 em:

<http://www.ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>.

Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Consultado em 06 de Fevereiro de 2015:

<http://www.psicologia.com.pt>

Dalfovo, M., et al. (2008). *Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico*. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, nº4, Sem II. 01-13. Consultado em 22 de Dezembro 2013 em:

http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf

Instituto Nacional de Estatística Censos (2001) : *resultados definitivos*, Lisboa, Outubro de 2002.

Consultado em 14 de Dezembro de 2014 em :

<http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística Censos (2011) : *resultados definitivos*, Lisboa, Novembro de 2012.

Consultado em 14 de Dezembro de 2014 em :

<http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2005). Sistema Integrado de Metainformação – conceitos.

Consultado em 14 de Dezembro de 2014 em:

<http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5699>

Lopes, M. (2008). *Exercícios de Força em Obesos promove o emagrecimento*. Consultado em 22 de Dezembro 2013 da World Wide Web:

<http://www.webartigos.com/artigos/exercicios-de-forca-em-obesos-promovem-o-emagrecimento/10392/>

Pedroso, M. (2009). *A Importância do Controle de Obesidade nos Idosos*. Consultado em 10 de Fevereiro de 2015 em:

<http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-controle-de-obesidade-nos-idosos/13934>

Santa Casa da Misericórdia de Machico. Consultado em 28 de Janeiro de 2015 em:

<http://www.misericordiademachico.com/recursos-humanos.html>

Outros Documentos

Plano Gerontológico da RMA (2009-2013) (2009). *Plano Gerontológico da RAM*. Funchal: Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. 30-67

Regulamento Interno do Centro Social e Paroquial Nossa Senhora das Preces

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Centro de Competência de Ciências Sociais

Departamento de Ciências da Educação

Funchal, 21 de Janeiro de 2014

Exmo. Sr. Provedor Luís Carlos Araújo Delgado

Administrador da Santa Casa da Misericórdia de Machico

Eu, Paulo Ribeiro Félix, sou aluno do segundo ano do Mestrado em Ciências da Educação – Educação Sénior, na Universidade da Madeira. No corrente do ano letivo, 2013/2014, encontro-me a realizar a dissertação com o tema **“Atividade física na terceira idade: Estudo comparativo entre praticantes de atividade física e sedentários”**, sob a orientação do Professor Doutor António V. Bento.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a V. Ex^a autorização da vossa parte para a realização da parte empírica da minha investigação na V. Instituição.

A minha preferência por esta Instituição deve-se ao fato de apresentar um grande número de idosos e ser, também, uma instituição de renome.

Para este fim, serão realizados inquéritos por questionários a cerca de 20 idosos, ou seja, 10 idosos que praticam atividade física e 10 idosos sedentários.

A seleção dos inquéritos por questionários será realizada aleatoriamente.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com a mais elevada estima e consideração.

Atentamente

(Paulo Félix)



Centro de Competência de Ciências Sociais

Departamento de Ciências da Educação

Funchal, 21 de Janeiro de 2014

Exmo. Vice Presidente do Centro Social Paroquial das Precas

Sr^a. Maria Gorete de Freitas

Eu, Paulo Ribeiro Félix, sou aluno do segundo ano do Mestrado em Ciências da Educação – Educação Sénior, na Universidade da Madeira. No corrente do ano letivo, 2013/2014, encontro-me a realizar a dissertação com o tema **“Atividade física na terceira idade: Estudo comparativo entre praticantes de atividade física e sedentários”**, sob a orientação do Professor Doutor António V. Bento.

Neste sentido, venho por este meio, solicitar a V. Ex^a, autorização da vossa parte para a realização da parte empírica da minha investigação na V. Instituição.

A minha preferência por esta Instituição deve-se ao fato, de apresentar um grande número de idosos e ser, também, uma instituição de renome.

Para este fim, serão realizados inquéritos por questionários a cerca de 20 idosos, ou seja, 10 idosos que praticam atividade física e 10 idosos sedentários.

A seleção dos inquéritos por questionários será realizada aleatoriamente.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com a mais elevada estima e consideração.

Atentamente

(Paulo Félix)

APÊNDICE 2

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

O presente questionário é confidencial e destina-se a uso exclusivo de um trabalho, do Mestrado em Ciências da Educação - Educação Sénior, da Universidade da Madeira. Este estudo tem como objetivo principal conhecer e destacar as principais diferenças entre dois grupos de seniores e o impacto da prática de atividade física para a sua qualidade de vida, nomeadamente as suas perspetivas e atitudes face a esta temática.

Procure ser o mais sincero possível nas suas respostas.

Inquérito nº		
Prática Atividade Física		

Entrevistador (a): Paulo Ribeiro Félix

Data da entrevista: ____/____/____

Instituição: _____

1- Identificação.

1.1. **Sexo:** Masculino Feminino

1.2. **Qual é a sua idade:** _____ anos

1.3. **Qual é o seu estado civil?**

Solteiro (a) Casado (a) / companheiro (a)

Viúvo (a) Divorciado (a) / separado (a)

1.4. **Sabe ler e escrever?**

Sim Não

1.5. **Frequentou a escola?**

Sim Não (passar à questão 1.6)

1.5.1 **Se Sim, quais são as suas habilitações:** _____

1.6. **Praticava alguma atividade física antes de entrar na instituição?**

Sim Não

Se sim qual: _____

1.7. Tem parentes vivos?

Sim Não

1.8. Se sim, quais? (resposta múltipla)

Esposo / esposa / companheiro (a)

Filhos (as) / genros / noras

Netos

Cunhados (as) / irmãos (ãs)

Outro (quais): _____

2- Participação na Instituição.

2.1. A instituição organiza atividades físicas?

Sim Não

2.2. Costuma participar nas atividades físicas organizadas pela instituição?

Sim Não (passar à questão 2.3)

2.2.1 Se sim, quais? (resposta múltipla)

Caminhadas Ginástica

Natação Outras: _____

2.3. Como ocupa o seu tempo livre? (resposta múltipla)

Não faz nada Jogos

Atividades domésticas Artes plásticas

Ver TV Ouvir rádio / música

Leitura Outros (descreva): _____

3- Capacidade de desempenhar as atividades habituais.

3.1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Fraca Razoável Boa
Muito boa Ótima

3.2. Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve, o seu estado geral atual:

Muito melhor Com algumas melhoras
Aproximadamente igual Um pouco pior
Muito pior

3.3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Indique se a sua saúde o/a limita nestas actividades. Se sim, quanto.

3.3.1. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou uma cadeira

Sim, muito limitado(a) Sim, um pouco limitado(a)
Não, nada limitado(a)

3.3.2. Atividades intensas, tais como subir vários lanços da escada

Sim, muito limitado(a) Sim, um pouco limitado(a)
Não, nada limitado(a)

3.3.3. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se

Sim, muito limitado(a) Sim, um pouco limitado(a)
Não, nada limitado(a)

3.4. Durante as últimas 4 semanas teve nas suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

3.4.1. Fez menos do que queria

Sim Não

3.4.2. Teve dificuldade em executar atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)

Sim Não

3.5. Durante as últimas 4 semanas, teve com as suas atividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a)?

3.5.1. Fez menos do que queria

Sim Não

3.5.2. Não executou as suas atividades tão cuidadosamente como era costume

Sim Não

3.6. Durante as últimas 4 semanas, a sua saúde física ou emocional interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>
Imenso	<input type="checkbox"/>		

3.7. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como decorreram as últimas quatro semanas.

3.7.1. Sentiu-se calmo(a) e tranquilo(a)?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

3.7.2. Sentiu-se com muita energia?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

3.7.3. Sentiu-se deprimido(a)?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

3.7.4. Sentiu-se feliz?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

4 – Opinião face ao Exercício Físico.

4.1. Indique-nos a sua opinião face ao Exercício Físico

4.1.1. A prática de atividade física com outras pessoas da mesma idade é boa para conviver.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.2. A atividade física praticada de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.3. A atividade física ajuda a libertar emoções e ansiedades.

Concordo

Discordo

Não sabe/não responde

4.1.4. A atividade física quando realizada em grupo é divertida.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.5. A atividade física, praticada regularmente, é necessária para uma boa saúde.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.6. O desenvolvimento das capacidades físicas leva à descontração do indivíduo.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.7. A atividade física é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde geral.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.8. Participar em atividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.9. A atividade física diária é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.10. A atividade física é de certa forma um excelente remédio para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.11. A atividade física faz bem ao corpo humano.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.12. A atividade física descontraí o indivíduo que a pratica.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.13. A atividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.14. A atividade física é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.15. A atividade física interfere na diminuição do peso.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

Obrigado pela sua colaboração

Paulo Félix

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

O presente questionário é confidencial e destina-se a uso exclusivo de um trabalho, do Mestrado em Ciências da Educação - Educação Sénior, da Universidade da Madeira. Este estudo tem como objetivo principal conhecer e destacar as principais diferenças entre dois grupos de seniores e o impacto da prática de atividade física para a sua qualidade de vida, nomeadamente as suas perspetivas e atitudes face a esta temática.

Procure ser o mais sincero possível nas suas respostas.

Inquérito nº		
Não pratica Atividade Física		

Entrevistador (a): Paulo Ribeiro Félix

Data da entrevista: ____/____/____

Instituição: _____

1- Identificação.

1.1. **Sexo:** Masculino Feminino

1.2. **Qual é a sua idade:** _____ anos

1.3. **Qual é o seu estado civil?**

Solteiro (a) Casado (a) / companheiro (a)

Viúvo (a) Divorciado (a) / separado (a)

1.4. **Sabe ler e escrever?**

Sim Não

1.5. **Frequentou a escola?**

Sim Não (passar à questão 1.6)

1.5.1 **Se Sim, quais são as suas habilitações:** _____

1.6. **Praticava alguma atividade física antes de entrar na instituição?**

Sim Não

Se sim qual: _____

1.7. Tem parentes vivos?

Sim Não

1.8. Se sim, quais? (resposta múltipla)

Esposo / esposa / companheiro (a)

Filhos (as) / genros / noras

Netos

Cunhados (as) / irmãos (ãs)

Outro (quais): _____

2- Participação na Instituição.

2.1. A instituição organiza atividades físicas?

Sim Não

2.2. Como ocupa o seu tempo livre? (resposta múltipla)

Não faz nada Jogos

Atividades domésticas Artes plásticas

Ver TV Ouvir rádio / música

Leitura Outros (descreva): _____

3- Capacidade de desempenhar as atividades habituais.

3.1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Fraca Razoável Boa

Muito boa Ótima

3.2. Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve, o seu estado geral atual:

Muito melhor	<input type="checkbox"/>	Com algumas melhoras	<input type="checkbox"/>
Aproximadamente igual	<input type="checkbox"/>	Um pouco pior	<input type="checkbox"/>
Muito pior	<input type="checkbox"/>		

3.3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Indique se a sua saúde o/a limita nestas actividades. Se sim, quanto.

3.3.1. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou uma cadeira

Sim, muito limitado(a)	<input type="checkbox"/>	Sim, um pouco limitado(a)	<input type="checkbox"/>
Não, nada limitado(a)	<input type="checkbox"/>		

3.3.2. Atividades intensas, tais como subir vários lanços da escada

Sim, muito limitado(a)	<input type="checkbox"/>	Sim, um pouco limitado(a)	<input type="checkbox"/>
Não, nada limitado(a)	<input type="checkbox"/>		

3.3.3. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se

Sim, muito limitado(a)	<input type="checkbox"/>	Sim, um pouco limitado(a)	<input type="checkbox"/>
Não, nada limitado(a)	<input type="checkbox"/>		

3.4. Durante as últimas 4 semanas teve nas suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

3.4.1. Fez menos do que queria

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

3.4.2. Teve dificuldade em executar atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)

Sim

Não

3.5. Durante as últimas 4 semanas, teve com as suas atividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a)?

3.5.1. Fez menos do que queria

Sim

Não

3.5.2. Não executou as suas atividades tão cuidadosamente como era costume

Sim

Não

3.6. Durante as últimas 4 semanas, a sua saúde física ou emocional interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Imenso

3.7. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como decorreram as últimas quatro semanas.

3.7.1. Sentiu-se calmo(a) e tranquilo(a)?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

3.7.2. Sentiu-se com muita energia?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

3.7.3. Sentiu-se deprimido(a)?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

3.7.4. Sentiu-se feliz?

Sempre

A maior parte do tempo

Algum tempo

Pouco tempo

Nunca

4 – Opinião face ao Exercício Físico.

4.1. Indique-nos a sua opinião face ao Exercício Físico

4.1.1. A prática de atividade física com outras pessoas da mesma idade é boa para conviver.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.2. A atividade física praticada de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.3. A atividade física ajuda a libertar emoções e ansiedades.

Concordo

Discordo

Não sabe/não responde

4.1.4. A atividade física quando realizada em grupo é divertida.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.5. A atividade física, praticada regularmente, é necessária para uma boa saúde.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.6. O desenvolvimento das capacidades físicas leva à descontração do indivíduo.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.7. A atividade física é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde geral.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.8. Participar em atividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.9. A atividade física diária é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.10. A atividade física é de certa forma um excelente remédio para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.11. A atividade física faz bem ao corpo humano.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.12. A atividade física descontraí o indivíduo que a pratica.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.13. A atividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.14. A atividade física é necessária para manter a saúde geral de cada pessoa.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

4.1.15. A atividade física interfere na diminuição do peso.

Concordo

Discordo

Não sabe/Não responde

Obrigado pela sua colaboração

Paulo Félix