

FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO DE IDOSOS A UM PROGRAMA
DE EDUCAÇÃO FÍSICA SUPERVISIONADO

MARCIA CRISTINA ANDREOTTI

Dissertação apresentada à
Escola de Educação Física
e Esporte da Universidade
de São Paulo, como
requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre
em Educação Física.

ORIENTADORA: PROF^a Dr^a SILENE SUMIRE OKUMA

Andreotti, Marcia Cristina

Fatores que influenciam a adesão de idosos a um programa de educação física supervisionado / Marcia Cristina Andreotti. – São Paulo : [s.n.], 2001.

xii, 126p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Silene Sumire Okuma.

1. Condicionamento físico – Idosos 2. Sociologia do esporte I. Título.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Silene Sumire Okuma pela valiosa orientação e por sempre ter respeitado minhas idéias e meu ritmo de trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Anita Liberalesso Neri e Prof. Dr. Edson de Jesus Manoel pelas importantes sugestões e críticas.

Ao Prof. Dr. José Geraldo Massucato, pela orientação inicial, sem a qual não seria possível meu ingresso no programa de pós-graduação.

Aos idosos do PAAF (Programa Autonomia para Atividade Física - 1999), pela participação nessa pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre pela grande ajuda na parte estatística desse estudo.

À Solange da Silva Olivieri pela dedicação e competência na coleta de dados.

À CAPES, pela bolsa de estudos concedida.

À minha querida irmã Rosana, minha sempre grande amiga.

A meus queridos pais, José Roberto e Olinda, e ao meu irmão José Mário, que sempre acreditaram no meu potencial.

Ao meu querido companheiro João, que esteve sempre ao meu lado em todas as etapas desse trabalho.

Ao meu bebê, João Pedro, que está chegando...

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	vi
LISTA DE ANEXOS.....	vii
LISTA DE SIGLAS, ABREVIACÕES E SÍMBOLOS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 O PROBLEMA	6
3 OBJETIVOS	7
4 JUSTIFICATIVA	7
5 REVISÃO DA LITERATURA	10
5.1 Características biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento humano	10
5.2 Atividade física e envelhecimento	18
5.3 Fatores que influenciam o comportamento de adesão a programas de atividade física supervisionados.....	26
5.3.1 Fatores pessoais.....	28
5.3.2 Fatores comportamentais.....	47
5.3.3 Fatores situacionais ou ambientais.....	49
5.3.4 Fatores do programa.....	55
6 METODOLOGIA	64
6.1 Amostra.....	64
6.2 Instrumento	65
6.3 Procedimentos	67
6.3.1 O PAAF.....	67
6.3.2 Coleta dos dados.....	68
6.4 Variáveis de estudo e análise estatística	69

6.5	Limitações do estudo.....	70
6.6	Delimitações do estudo.....	70
7	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
8	CONCLUSÕES.....	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
	ANEXOS.....	115

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1- Características sócio-demográficas dos participantes do PAAF, em frequência e porcentagem.....	72
TABELA 2- Participação anterior dos sujeitos em programas de AF supervisionados.....	81
TABELA 3- Razões apresentadas pelos sujeitos para iniciarem sua participação no PAAF.....	84
TABELA 4- Razões apresentadas pelos sujeitos para permanecerem no PAAF.....	86
TABELA 5- Tempo gasto pelos sujeitos para chegarem ao PAAF.....	93

LISTA DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1- Problemas de saúde prevalentes na amostra, apontados pelos sujeitos.....	78

LISTA DE ANEXOS

	Página
ANEXO I- Termo de consentimento de participação.....	115
ANEXO II- Questionário.....	117
ANEXO III- Lista de dificuldades/barreiras.....	126

LISTA DE SIGLAS, ABREVIÇÕES E SÍMBOLOS

AF	Atividade física
GA	Grupo aderente ao programa
GNA	Grupo não aderente ao programa
PAAF	Programa Autonomia para Atividade Física

RESUMO

FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO DE IDOSOS A UM PROGRAMA
DE EDUCAÇÃO FÍSICA SUPERVISIONADO

Autora: MARCIA CRISTINA ANDREOTTI

Orientadora: Prof^a Dr^a SILENE SUMIRE OKUMA

O objetivo desta pesquisa foi descrever os determinantes de natureza pessoal, comportamental e ambiental que influenciaram o comportamento de manutenção da adesão dos participantes (n=41; idade média de 69,4 anos) do Programa Autonomia para Atividade Física (PAAF) da Escola de Educação Física e Esporte da USP. Após o término do programa, que teve a duração de 12 meses, os sujeitos que aderiram a ele até o final, responderam a um questionário com 39 questões. Os determinantes pessoais e comportamentais indicaram que: a maior parte era do sexo feminino (72,7%); houve predomínio de pessoas casadas (58,5%); 75,6% eram aposentadas; o grau de instrução e *status* sócio-econômico apresentou alta variabilidade; a avaliação da saúde percebida foi positiva; quase metade dos sujeitos nunca tinha participado de programas supervisionados de AF anteriormente ao PAAF; 85,4% nunca fumaram. A análise dos determinantes ambientais revelou que: 50% dos sujeitos gastavam 40 minutos ou mais para chegarem ao programa; a maioria recebia incentivos da família e dos amigos para frequentarem o PAAF. Concluiu-se que os sujeitos deste estudo apresentam padrão de

comportamento para a atividade física diferente do perfil de pessoas mais jovens e que consideraram fundamental para manter sua participação a relação estabelecida com os professores e com o grupo de alunos, as características educacionais do PAAF e ganhos percebidos de saúde.

Palavras chave: educação física, envelhecimento, adesão a atividade física

ABSTRACT**FACTORS THAT INFLUENCE THE ADHERENCE OF ELDERLY TO A SUPERVISED
PHYSICAL EDUCATION PROGRAM**

Author: MARCIA CRISTINA ANDREOTTI

Adviser: PROF^a. DR^a. SILENE SUMIRE OKUMA

The goal of this research was to describe the determinants of personal, behavioral and environmental nature that influenced the maintenance behavior of the adherence of the participants (n=41; average age of 69.4 years) of the Physical Activity Autonomy Program (PAAP) of the School of Physical Education and Sports of the University of São Paulo (USP). After the end of the program, that lasted 12 months, the subjects that adhered to it until the end, answered a questionnaire of 39 questions. The personal and behavioral determinants indicated that: the larger participation was from females (72.7%); a predominance of married persons (58.5%); 75.6% were retired; the degree of education and social-economic status showed high variability; the health evaluation perceived was positive; almost half of the subjects had never participated of physical activity supervised programs before the PAAP; 85.4% had never smoked. The analysis of the environmental determinants revealed that: 50% of the subjects spent 40 minutes or more to reach the program; most of them received incentives of the family and friends to attend the PAAP. It was concluded that the subjects of this study

presented a pattern of behavior for physical activity different of the profile of younger persons and they considered fundamental to maintain their participation the relationship established with the teachers and the group of students, the educational characteristics of the PAAP and the gains in health perceived.

Key words: physical education, aging, adherence to physical activity

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento sempre foi visto como um problema europeu, uma vez que neste continente vive 12% da população mundial e cerca de 28% das pessoas com mais de 75 anos de idade. No entanto, a partir da década de 50 vem ocorrendo um crescimento expressivo da população idosa nos países do 3º mundo, indicando que o fenômeno do envelhecimento deve ser visto como uma transformação populacional em nível mundial (SCHOUERI JÚNIOR, RAMOS & PAPALÉO NETTO, 1994). Segundo os mesmos autores, projeções para o ano 2025 demonstram que o Brasil deverá possuir a 6ª maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos. O aumento do número de idosos em São Paulo acompanha o ritmo acelerado de crescimento observado em todo o país, caracterizando uma sociedade que experimenta um intenso processo de envelhecimento populacional, com várias conseqüências sócio-econômicas para a população como um todo e para a população idosa em particular (VERAS, RAMOS & KALACHE, 1987), dentre as quais a necessidade de se estruturar vários setores para que sejam capazes de atender adequadamente este segmento da população, com preparação de serviços, que incluem programas de atividade física (AF) próprios para esta faixa etária.

Assim, se as características de vida da sociedade contemporânea, através do constante processo de desenvolvimento tecnológico e científico, por um lado proporcionam condições para aumentar a expectativa de vida do homem, um dos fatores que permite o aumento da população idosa, por outro lado, geram hábitos de vida cada vez mais sedentários. Para LIMA, KUSTER & SOUZA (1994), a maioria dos problemas ditos decorrentes do envelhecimento são apenas determinados pelo estilo de vida que leva cada indivíduo. O avanço tecnológico encarrega-se de grande parte das limitações, fazendo com que a maioria das pessoas realizem menos movimentos como caminhar, saltar, subir,

empurrar etc., como consequência direta do uso de máquinas, como automóveis, escadas rolantes, entre outros, resultando num acúmulo prematuro de diminuições e impossibilidades motoras.

Segundo COUSINS & KEATING (1995) e CHRISTMAS & ANDERSEN (2000), há claras evidências de que um estilo de vida sedentário leva a um risco mais alto de morte precoce e incapacidade, enquanto que um estilo de vida ativo leva a inúmeros benefícios de saúde, especialmente para indivíduos idosos. Estes estão mais vulneráveis aos efeitos da inatividade, já que durante a velhice a capacidade de movimento do homem sofre declínios tanto no aspecto qualitativo como quantitativo. Atualmente, entretanto, a sociedade confronta-se, não com o aumento da longevidade, mas com os problemas dela decorrentes, principalmente, com a manutenção dos idosos com autonomia e independência relativa e bem-estar físico, social, psicológico e mental, evitando sua permanência em estado de morbidade por longo tempo.

Sendo assim, uma das grandes preocupações dos governos em nível mundial é o "envelhecer saudável", através do desenvolvimento de políticas cujo objetivo tem sido estimular as pessoas a tornarem-se fisicamente ativas de forma regular (MARQUES, 1994). Conforme afirma LOUGHLAN (1994), idosos, mulheres e crianças têm sido os grupos com maiores prioridades. De acordo com EVANGELIST (1994), devido às mudanças demográficas na maioria dos países europeus, resultando no aumento da porcentagem de idosos na população, parece estar ocorrendo maior conscientização do valor da AF para este grupo etário e a consequente necessidade de se proporcionar maiores oportunidades para participação em programas de AF, recreação e esporte.

DISHMAN (1993) reporta que tempo de lazer/repouso, AF e atividade ocupacional moderados estão associados à diminuição da mortalidade e ao aumento da saúde. SLEZYNSKI & BLONSKA (1993) salientam que AF apropriada é uma das melhores formas de

prevenir doenças na velhice, tendo importantes funções estimulativas, compensatórias, corretivas e adaptativas, retardando e amenizando o processo de perdas físicas e funcionais, permitindo a pessoas idosas manterem uma condição física e motora adequada. DEPS (1993) ressalta que a atividade física tem implicações sobre a qualidade e a expectativa de vida.

Porém, apesar de todas as desvantagens de um estilo de vida sedentário e dos inúmeros benefícios fisiológicos e psicológicos advindos da prática da AF, apenas 10% dos adultos americanos participam de AFs vigorosas e freqüentes, 50% daqueles que iniciam um programa de AFs desistem em seis meses e 45% são sedentários (DISHMAN & SALLIS, 1994; WEINBERG & GOULD, 1995). De acordo com STEPHENS & CASPERSEN (1994), pesquisas recentes na Austrália, Canadá, Finlândia e EUA indicam que apenas aproximadamente 10% dos adultos se engajam em AFs vigorosas, ao menos três vezes por semana, por mais de vinte minutos por sessão. Outro um terço da população tende a ser ativa em um nível mais baixo, praticando atividades menos vigorosas e freqüentes. Nestes países, há uma clara evidência do aumento de AFs durante a década passada, o que aconteceu, entretanto, em proporções modestas e pode ser visto, principalmente, para níveis moderados de atividade.

Quando se fala em indivíduos idosos, há poucos estudos que relatam os padrões de AF dessa população e algumas tendências parecem ser obscuras. Alguns dados mostram que a AF promovendo saúde declina marcadamente através dos anos de vida (COUSINS & KEATING, 1995). YOUNG, KING & OKA (1995), analisando resultados do National Health Interview Survey de 1985, apontaram que indivíduos mais velhos tinham um estilo de vida bastante sedentário, tendo 42,6% de indivíduos com 65 anos ou mais relatado nenhuma AF. Segundo CASPERSEN, MERRITT, HEATH & YEAGER (1990), para os homens americanos, a predominância de um estilo de vida sedentário aumentou de 32,7% entre 60 e 64 anos

para 48,6% para aqueles com mais de 80 anos, enquanto que um total de 38,5% das mulheres de idade entre 60 e 64 anos eram sedentárias, aumentando para 62,1% para aquelas com mais de 80 anos. Os escores de um estilo de vida sedentário eram mais altos para as mulheres do que para os homens e para ambos o hábito de AF regular (realizada com frequência de mais de três vezes por semana, mais de 20 minutos por sessão e na intensidade de mais de 60% do consumo máximo de oxigênio) diminuiu com o aumento da idade, diminuição da renda e do grau de instrução.

Em outro estudo, CASPERSEN & DIPIETRO (1991) chegaram a resultados semelhantes, concluindo que a inatividade para idosos é alta, especialmente após os 60 anos de idade. DISHMAN (1988), ao analisar vários estudos da década de 80, afirmou que somente 10 a 20% dos americanos com 65 anos ou mais eram fisicamente ativos em um nível compatível com o U.S. 1990 Objectives for the Nation (Department of Health and Human Services, 1980), não sendo alcançada a meta de envolver 50% desta população em "AFs apropriadas" (AF auto-geridas). GROVE & SPIER (1999) relataram que para pessoas com 65 anos ou mais, dois terços não se exercita regularmente. Isto aponta para a necessidade de revisar não somente os objetivos para o ano 2000, como também de elaborar intervenções efetivas que atinjam esta população alvo, requerendo também a implantação de programas especiais de AF que atendam às necessidades desta faixa etária. Entretanto, é importante salientar que STEPHENS & CASPERSEN (1994) afirmam que Canadá e Finlândia podem constituir importantes exceções, já que idosos, nestes dois países, são mais ativos que adultos mais jovens. Os autores apontam, também, que o declínio na prática de AFs esperado com o aumento da idade pode desaparecer se a intensidade da atividade for relacionada à idade, havendo evidências de atividade aumentada aos 65 anos ou antes.

Assim, em decorrência da variabilidade e obscuridade das associações entre níveis e tipos de AF e características da população idosa e do evidente aumento do número de idosos no Brasil, faz-se necessário estudos que clarifiquem as características desta população nos vários domínios do comportamento. Parece que uma das questões importantes para a área da Educação Física é verificar quais são as características dos idosos que aderem a programas sistemáticos de AF, e quem são os idosos que não aderem. Ou seja, quais seriam os fatores que levariam estas pessoas a participarem ou não dos programas de AF oferecidos atualmente. Vários estudos vêm sendo realizados em outros países, porém nada semelhante tem sido feito no Brasil, principalmente no que se refere à população idosa, já que a maior parte das pesquisas sobre este tema é realizada com a faixa etária adulta.

Considerando estes fatos, é de extrema importância que se estude a participação ou não em programas de AF, resultante de muitas forças, tanto internas como externas à pessoa. As influências sobre a AF não podem ser compreendidas, a menos que as características da pessoa, do ambiente e da AF em si, sejam analisados.

De acordo com DISHMAN (1993), entre os determinantes que influenciam a adesão ou não de adultos mais jovens a programas de AF, pode-se citar fatores pessoais, comportamentais, situacionais e aqueles pertinentes ao programa de AF. Entre os fatores pessoais, estão, gênero, idade, grau de instrução, renda (status sócio-econômico), raça e etnia e estado civil, aspectos que definem o perfil sócio-demográfico do indivíduo, além de saúde e aptidão física percebida, participação anterior em programas de AF, razões para praticar AF, conhecimento e crenças nos benefícios da AF para saúde, traços psicológicos, benefícios percebidos com a AF, bem como fatores fisiológicos como peso corporal e problemas médicos gerais. Parece que o hábito de fumar e tipo de ocupação

(emprego) fazem parte dos fatores comportamentais. Quanto aos fatores situacionais, encontram-se apoio social e participação da família, falta de tempo percebida, clima, proximidade do local da prática, além das características do programa de AF em si, como intensidade da atividade, programas individuais ou em grupo e características do professor.

Dessa forma, a fim de tentar diminuir os níveis de sedentarismo entre idosos e, conseqüentemente, aumentar sua participação em programas de AF sistemática, aparece como um primeiro e importante passo analisar e compreender os seguintes pontos: 1. o que leva idosos a participarem de tais programas?; 2. como a participação deste segmento da população pode ser influenciada por uma série de fatores?; 3. quais são os fatores fundamentais para serem considerados no planejamento e implantação de programas de AF e educação física para idosos que levem à sua adesão permanente?

2 O PROBLEMA

Tendo em vista o processo de envelhecimento populacional e a necessidade de se aumentar o número de idosos participantes de programas de AF devido a sua importância para a manutenção de autonomia e bem-estar físico, psicológico, social e mental para esta camada da população, este trabalho investigará as seguintes questões: Há fatores específicos que levam idosos a participarem de programas de AF supervisionada? Há relações específicas entre a adesão a programas de AF e eventos de natureza pessoal, comportamental e ambiental? Considerando estas perguntas é que propomos os objetivos que se seguem.

3 OBJETIVOS

Este estudo tem por objetivos:

a) Descrever a influência dos determinantes pessoais no comportamento de manutenção da adesão de idosos a um programa supervisionado de educação física com duração de um ano.

b) Descrever a influência dos determinantes comportamentais no comportamento de manutenção da adesão de idosos a um programa supervisionado de educação física com duração de um ano.

c) Descrever a influência dos determinantes ambientais no comportamento de manutenção da adesão de idosos a um programa supervisionado de educação física com duração de um ano.

4 JUSTIFICATIVA

É geralmente aceito que recomendações para a prática de AF regular não são seguidas pela maioria das pessoas e parece que esforços específicos para promover uma maior participação são necessários. Devido ao número substancial de pessoas sedentárias na população, é essencial compreender os determinantes que as levam a não aderir a programas de AF, bem como compreender porque há pessoas que aderem a estes programas e se mantêm neles (participação continuada) e porque há pessoas que desistem deles. Com esta preocupação, vários estudos têm sido desenvolvidos a fim de verificar as possíveis causas de adesão e não adesão. Estas pesquisas apontam que a maioria dos praticantes de AF têm alto nível sócio-econômico, alto grau de escolarização, possuem familiares praticantes, residem próximo ao local da prática, entre outros (DISHMAN, 1993; DISHMAN & SALLIS, 1994; KING, BLAIR, BILD, DISHMAN, DUBBERT, MARCUS, OLDRIDGE, PAFFENBARGER, POWELL & YEAGER, 1992). No entanto, a maioria destes trabalhos tem como foco principal a população adulta, havendo quase sempre uma generalização que abrange

outros grupos etários. Mas, será que estes resultados podem ser estendidos à indivíduos idosos que participam de programas de AFs?

ECLESTONE, MYERS & PATERSON (1998) e DISHMAN & SALLIS (1994) enfatizam que há muitas questões que precisam ser investigadas sobre as preferências de AF, padrões de adoção e manutenção entre idosos, que são complexas e indubitavelmente diferentes de adultos jovens. Entretanto, poucos estudos existem sobre crianças, idosos, vários grupos étnicos ou comparações entre pessoas com diferentes níveis de instrução, diferentes níveis sócio-econômicos, que permitam conclusões sobre como os determinantes, nestes casos, podem diferir das observações gerais. Assim, parece haver necessidade de pesquisas que focalizem a população idosa, especificamente, já que poucos trabalhos vêm sendo realizados neste sentido, especialmente no Brasil. DISHMAN (1988) argumenta que o conhecimento inadequado sobre os determinantes da AF dificulta a elaboração de promoções e intervenções efetivas que visem a encorajar a prática da AF para a população mais velha, levantando que há grande necessidade de se compreender alguns pontos, tais como: (a) de que forma os determinantes da AF diferem de acordo com a idade da pessoa?; (b) porquê os níveis de participação em AF parecem diminuir com o aumento da idade e o que pode ser feito para retardar este declínio?; (c) quem tem maior probabilidade de participar e se beneficiar de programas de AF?

Além disso, um primeiro passo para o planejamento e implantação de programas efetivos é conhecer as características dos indivíduos que participam desses programas, a fim de que se possa atender e suprir os interesses, necessidades e dificuldades da população para a qual se destinam. Assim, compreender as causas que levam indivíduos idosos a aderir ou não a programas de AFs aparece como uma prioridade, que tem sua importância aumentada devido não só ao crescimento expressivo

da população idosa no mundo, como também aos benefícios da AF para esta população. CHOGAHARA, O'BRIEN COUSINS & WANKEL (1998) ressaltam que um número significativo de problemas de saúde associados à velhice poderia ser prevenido através da AF, já que são causados pela adoção de um estilo de vida sedentário. Além disso, haveria uma diminuição no período de morbidade e, conseqüentemente, menores gastos com serviços de saúde para esta população.

Para SALLIS, HOVELL, HOFSTETTER, FAUCHER, ELDER, BLANCHARD, CASPERSEN, KENNETH & CHRISTENSON (1989) e DISHMAN & SALLIS (1994), a maioria das teorias aplicadas para a investigação dos determinantes da AF são quase que totalmente de natureza psicológica e alguns dados indicam claramente que modelos psicológicos isolados são inadequados para explicar a participação em programas de AF, requerendo, assim, modelos mais amplos que incorporem variáveis psicológicas, ambientais e da AF em si, demonstrando o caráter multidimensional dos determinantes da AF. Corroborando esta afirmação, WHALEY & EBBECK (1997) ressalvam que nível socioeconômico, religião, gênero, estado civil, condição física podem afetar tanto o nível, como a frequência e o tipo de AF escolhida. Entretanto, o que se faz necessário agora é verificar como estes fatores afetam adesão ou não adesão a programas quando analisados em interação.

Outro aspecto importante é sobre a questão da metodologia utilizada na maioria dos estudos sobre adesão, já que apesar de muitos trabalhos quantificarem os dados com relação à prática da AF, os métodos empregados não permitem que haja uma medida precisa da intensidade da atividade, do tempo dispendido ou de sua periodicidade (DISHMAN, 1993). Assim, devido às limitações dos métodos de mensuração, diferenças nas características da amostra e número limitado de estudos que usaram as mesmas variáveis, não tem sido possível a obtenção de resultados conclusivos sobre questões relacionadas

à adesão a AF na velhice. Além disso, segundo MARCUS, SELBY, NIAURA & ROSSI (1992) muitos estudos anteriores foram baseados largamente em amostras altamente selecionadas ou de programas de reabilitação, havendo necessidade de estudos com amostras da comunidade, que seriam mais representativas.

Segundo estimativas, num prazo de 40 anos o Brasil será um dos oito países que terá uma das maiores populações idosas do mundo. Se o número de idosos tende a aumentar, e se os idosos podem e devem continuar seu desenvolvimento, é de esperar mais reivindicações e maiores pressões por recursos educacionais que incidam sobre a qualidade de sua auto-expressão e do seu desenvolvimento (DEPS, 1993). Por considerarmos que é direito do idoso ter acesso a serviços que promovam seu bem-estar, é dever da sociedade organizar-se para oferecê-los adequadamente, ou seja, com base em conhecimentos empíricos sobre sua realidade é que este trabalho, preocupado em produzir parte de tais conhecimentos se justifica.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Características biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento humano

5.1.1 Características biológicas

Dentro de uma perspectiva de curso de vida, levando em consideração as características de multidimensionalidade e multidirecionalidade do desenvolvimento humano, pode-se dizer que a velhice caracteriza uma experiência heterogênea, que comporta ganhos e perdas e é determinada por um amplo espectro de variáveis em interação (NERI, 1995). Por sua vez, o envelhecimento deve ser entendido como um processo múltiplo e complexo de continuidade e mudanças ao longo do curso de vida, com incrementos, reduções e reorganizações de caráter funcional e estrutural, influenciados pela integração de fatores sociais e comportamentais. Dessa forma, se por um lado pode ser visto como um processo progressivo de alterações biológicas nos

diferentes níveis e aspectos que constituem o ser humano, por outro, o envelhecimento deve ser entendido como uma das fases do desenvolvimento, sendo diretamente influenciado por fatores psicológicos, sociais e culturais (NERI, 1991). Assim, sob este ponto de vista, este capítulo terá por objetivo discutir as principais características do processo de envelhecimento humano tanto em nível biológico como psicológico e social.

Em relação ao aspecto biológico, SPIRDUSO (1995) afirma que a capacidade de executar trabalho físico depende do funcionamento de vários sistemas interrelacionados e interdependentes e que a manutenção ou declínio das diferentes capacidades irão depender do tempo de vida de um determinado organismo, da ocorrência ou não de determinadas patologias e do grau de uso ou desuso de cada sistema. Considerando estes fatos, pode-se dizer que na velhice o grau de variabilidade interindividual é bastante grande, muitas vezes tornando difícil a generalização de determinadas alterações nos vários sistemas do corpo humano, bem como para diferentes indivíduos.

Conforme McARDLE, KATCH & KATCH (1985), a respeito da composição corporal, ocorre uma redução no peso corporal total a partir dos sessenta anos, havendo uma diminuição da massa muscular e um aumento no percentual de gordura corporal. Além disso, ocorre uma perda de massa óssea após os sessenta e cinco anos de aproximadamente 10% para os homens e 20% para as mulheres.

Sobre o sistema muscular, JACOB FILHO & SOUZA (1994) afirmam que com o envelhecimento ocorre uma diminuição gradativa de força na maioria dos grupos musculares, resultante de vários fatores como a diminuição do número e diâmetro das fibras musculares, menor sincronização e recrutamento de unidades motoras, menor coordenação da contração muscular, além da própria diminuição da atividade motora geral.

SHEPHARD (1994) ressalta que em relação à flexibilidade parece ocorrer uma perda na amplitude de

movimento à medida que se envelhece, sendo mais acentuada a partir dos sessenta e cinco anos. Entre as principais causas relacionadas à diminuição da flexibilidade no idoso, pode-se apontar: diminuição de colágeno nos tendões, perda da elasticidade muscular, alterações no tecido conjuntivo da cápsula articular, entre outros.

De acordo com SPIRDUSO (1995), os parâmetros cardiovasculares em situações de repouso mudam muito pouco com o processo de envelhecimento, sendo as principais alterações decorrentes de processos patológicos. Entretanto, a resposta cardiovascular ao exercício é fortemente reduzida na maior parte dos idosos. Em relação às mudanças estruturais pode-se dizer que ocorre um espessamento da circunferência das válvulas aórticas e pulmonares, aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo em aproximadamente 30% entre 25 e 80 anos, hipertrofia do músculo cardíaco, reestruturação da parede arterial e capilar, ocorrendo seu enrijecimento e espessamento, além da diminuição da capilarização sangüínea. Por sua vez, as alterações funcionais mais observáveis, associadas ao envelhecimento, são um declínio da capacidade máxima de trabalho e aumento do tempo de adaptação e recuperação ao exercício, diminuição da frequência cardíaca máxima devido à perda de sensibilidade à estimulação beta-adrenérgica no coração e vasos sangüíneos, além do aumento da pressão sangüínea sistólica e diastólica, que resulta tanto do espessamento e endurecimento da aorta e árvore arterial como também do aumento da resistência vascular periférica (HEATH, 1994; McARDLE, KATCH & KATCH, 1992; SHEPHARD, 1994; SPIRDUSO, 1995).

Em se tratando do sistema pulmonar de idosos saudáveis, parece funcionar muito bem tanto no repouso como em condições de AF moderada, não sendo um fator limitante na capacidade máxima de trabalho, mesmo em condições de AF intensa. A máxima quantidade de oxigênio que um indivíduo

sedentário pode consumir diminuir aproximadamente 10% por década (SPIRDUSO, 1995). Dentre as alterações em nível estrutural pode-se citar uma diminuição da mobilidade da caixa torácica, diminuição da cavidade torácica, diminuição da superfície total dos alvéolos pulmonares e diminuição da elasticidade pulmonar. Em nível funcional ocorre uma diminuição da capacidade expiratória, aumento do volume residual e diminuição da capacidade vital.

A capacidade aeróbia, definida como a capacidade do sistema cardiopulmonar fornecer sangue e oxigênio aos músculos, medida através do VO₂ máximo (consumo máximo de oxigênio), parece diminuir 1% para cada ano de vida após os 20 anos para adultos sedentários. Isto se deve, principalmente, à diminuição da frequência cardíaca máxima com o envelhecimento, à diminuição da massa muscular, à diminuição da capacidade de redirecionar o fluxo sanguíneo dos órgãos para os músculos ativos e à diminuição da capacidade dos músculos utilizarem oxigênio (McARDLE et alii, 1985; SHEPHARD, 1994; SMITH & MITCHELL, 1994). Segundo SPIRDUSO (1995), o decréscimo no VO₂ máximo que acompanha o processo de envelhecimento pode acelerar entre 65 e 75 anos e novamente entre 75 e 85 anos. De acordo com SHEPHARD (1987), apesar das perdas no VO₂ máximo ocorrerem para ambos os gêneros, parece que são maiores para as mulheres, principalmente devido a uma maior perda de massa muscular. SHEPHARD (1994) e SPIRDUSO (1995) afirmam que o declínio da capacidade aeróbia parece ser duas vezes mais rápido em indivíduos sedentários quando comparados a indivíduos ativos à medida que envelhecem.

Quanto às capacidades neuromotoras como agilidade, equilíbrio, tempo de reação e tempo de movimento, parece que surgem declínios com o avanço da idade, resultantes tanto das mudanças no sistema nervoso como das mudanças no sistema muscular (SPIRDUSO, 1995).

5.1.2 Características psicológicas

Com relação aos aspectos psicológicos relacionados ao envelhecimento, NERI (1995) aponta que pessoas idosas gastam grande parte do seu tempo com tarefas orientadas ao próprio eu, caracterizando uma fase de desenvolvimento do ego na qual o indivíduo faz uma retrospectiva de sua história de vida, podendo sentir assim, integridade ou desespero. Parece que o *self*, que compreende uma gama de auto-representações, demonstra grande estabilidade, havendo possibilidades de crescimento na velhice. De acordo com STAUDINGER, MARSISKE & BALTES (1995), a redução do tempo de realizações e a diminuição dos graus de liberdade de escolha, tornam o aumento do realismo um mecanismo protetor fundamental para o *self* à medida que se envelhece.

Outro aspecto bastante importante pertinente ao domínio psicológico são as mudanças nas funções cognitivas. Ao contrário do que sugere a crença comum, vários estudos apontam que o envelhecimento não leva inexoravelmente a um declínio devastador destas funções. De acordo com MATTOS (1993), apesar de acontecerem mudanças em níveis micro e macroscópicos que podem levar a prejuízo cognitivo, existem limiares até onde o indivíduo pode chegar sem perder o equilíbrio necessário à sua vida cotidiana. Para NERI (1995), o potencial de desenvolvimento do sistema nervoso na velhice fica resguardado dentro dos limites da plasticidade individual, o que corrobora as colocações de ARDILA (1982) que afirma que as alterações cognitivas são progressivas e variam consideravelmente entre as pessoas idosas, sendo o envelhecimento cerebral um processo de instalação progressiva que permite o desenvolvimento de mecanismos compensatórios e reaprendizagem constante, que é enfatizado à medida que os indivíduos mantêm-se em atividade permanente.

Como principais alterações estruturais decorrentes do processo de envelhecimento podem-se citar diminuição do peso cerebral, diminuição do número de neurônios, atrofia dos corpos

celulares, diminuição da trama dendrítica, além de mudanças bioquímicas e eletrofisiológicas que podem afetar diretamente os processos de memória, aprendizagem e outras funções superiores (GOLDMAN & CÔTÉ, 1991; MATTOS, 1993; PERLMUTTER & HALL, 1985; TRELLES, 1986; ZILENOVSKI, 1989;). Conforme ARDILA (1982) e MATTOS (1993), dentre as principais alterações funcionais estão uma diminuição da capacidade de recepção e elaboração de informações (diminuição da capacidade dos mecanismos de processamento de informação), diminuição gradual da intensidade e velocidade dos reflexos, diminuição da capacidade dos órgãos dos sentidos, diminuição do sentido cinestésico, aumento do tempo de reação, diminuição da velocidade de movimento e da capacidade de combinar movimentos, diminuição da qualidade do movimento e da sua fluidez, aumento do tempo dispendido para monitorar uma resposta motora, diminuição da sincronização entre músculos agonistas e antagonistas. Além disso, com relação à memória, parece que a capacidade de reter e evocar informações imediatamente após sua apresentação (memória primária) e de recordar eventos remotos (memória terciária) não sofrem alterações com o processo de envelhecimento, sendo os maiores prejuízos encontrados na memória secundária (ARDILA, 1982; MATTOS, 1993).

Como exposto anteriormente, pode-se dizer que, apesar de haver perdas no sistema de processamento básico de informações, acontecendo declínios na mecânica cognitiva (inteligência fluida), alguns autores (BALTES & SMITH, 1990) sugerem que o resultado de uma evolução cultural positiva e de um desenvolvimento cognitivo ao longo do curso de vida seja a manutenção e até mesmo aperfeiçoamento da pragmática intelectual ou inteligência cristalizada, possibilitando avanços em certos domínios do conhecimento, como por exemplo, em sabedoria.

5.1.3 Características sócio-culturais

Do ponto de vista cultural, parece que o que existe atualmente a respeito da velhice no Brasil são opiniões, o que pode contribuir de forma decisiva para o estabelecimento e perpetuação de mitos, preconceitos e estereótipos quanto a esta fase da vida.

A maioria dos estudos sugere que em sociedades primitivas e históricas predominavam atitudes positivas em relação ao velho, sendo que este possuía grande prestígio e valorização devido à sua grande experiência e conhecimento. Já nas sociedades industrializadas, existe a predominância de atitudes negativas, onde devido à introdução de novas tecnologias e à especialização do conhecimento e da produtividade, acontece o rebaixamento do *status* do velho, tendo suas habilidades e conhecimento menor valor no mercado de trabalho.

Os gerontólogos não só sucumbiram aos estereótipos culturais quanto à incompetência comportamental do idoso, como também contribuíram para fortalecê-los ao institucionalizarem os estereótipos negativos sobre o velho em nome da ciência. Tudo isso proporcionou o poder crescente do modelo médico, onde a velhice é vista como doença, problemas psicológicos e incompetência comportamental legítima.

De acordo com NERI (1995), as pesquisas recentes sobre a velhice têm exigido uma revisão dessas concepções negativas, uma vez que é muito limitado o conhecimento que se pode obter da situação dos velhos. Se por um lado não se pode dizer que a velhice seja uma experiência gratificante, de prestígio e poder para todas as pessoas, da mesma forma, estudos rediscutem a idéia de que a pauperização caracteriza a experiência da aposentadoria, especialmente quando desemprego e subemprego atingem proporções alarmantes. A tendência das pesquisas atualmente pressupõe a substituição de uma abordagem que caracterizava o idoso como "fonte de miséria" por uma

perspectiva de "fonte de recursos", onde são vistos como seres ativos, capazes de oferecer respostas criativas ao conjunto de mudanças do envelhecimento.

A tendência contemporânea é de inversão da representação da velhice como um processo de perdas e a atribuição de novos significados aos estágios mais avançados da vida, que passam a ser tratados como momentos privilegiados para novas conquistas guiadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal.

Com relação à dimensão social do processo de envelhecimento, as pesquisas que tentam explicar o comportamento social de pessoas idosas têm focalizado primariamente dificuldades individuais de ajustamento à velhice. A redução do contato social nesta etapa da vida é explicada de acordo com as várias teorias sociais de diferentes formas. Pode ser vista como um mecanismo por meio do qual a pessoa dissocia-se da sociedade e a sociedade dissocia-se da pessoa, sendo uma preparação para a morte. Pode ser explicada como resultado da diminuição das funções sociais que o idoso desempenha, o que leva à diminuição das interações com outras pessoas. Ou ainda, pela falta de contribuição que um velho pode oferecer à uma rede de relações sociais, o que determina o enfraquecimento dos laços sociais.

Entretanto, de acordo com NERI (1995), o que se nota é que a redução da vida social de idosos tem sido interpretada em termos amplamente negativos, não sendo percebida como uma mudança adaptativa. Além disso, o curso evolutivo do comportamento social ao longo do curso de vida permanece esquecido.

Assim, recentemente, uma nova perspectiva, a Teoria da Seletividade Socioemocional, procura explicar porquê os idosos mantêm ou aumentam o contato social em algumas esferas, enquanto se desengajam de outras. Sendo uma teoria do comportamento social de curso de vida, assume que a interação

social é motivada tanto por necessidades humanas fundamentais, como pelas modulações sociais dos estados afetivos e psicológicos. Uma idéia básica é que indivíduos idosos desempenham papel ativo na redução do contato social. As principais metas psicológicas que motivam a interação social, segundo esta teoria, são: a) suprir necessidades básicas de sobrevivência; b) aquisição de novas informações; c) desenvolvimento e manutenção do auto-conceito; d) regulação da emoção.

De acordo com NERI (1995), na velhice, os contatos sociais são avaliados, e procurados ou evitados por sua qualidade afetiva. Assim, a experiência e a regulação emocional têm grande importância entre os motivos sociais, refletindo uma diminuição da relevância das outras metas sociais citadas anteriormente. Pessoas idosas podem evitar relacionamentos desagradáveis e situações difíceis, buscando experiências emocionais positivas nas quais possam afirmar seu *self*. Dessa forma, emoção na velhice é a principal meta para o contato social.

5.2 Atividade física e envelhecimento

5.2.1 Benefícios da atividade física no domínio biológico

Uma das questões mais importantes relacionadas ao processo de envelhecimento, não mais se refere ao aumento da longevidade. A maior preocupação, atualmente, é como cada pessoa chegará à velhice. Isto é, será possível viver esta fase do ciclo de vida com qualidade ou ela apenas representa um período de estados patológicos e de morbidade que precede a morte?

Como visto no capítulo anterior, após os 20 anos o envelhecimento começa a deteriorar muitas funções. Entretanto, de acordo com SPIRDUSO (1995), parece que aproximadamente 50% do declínio frequentemente atribuído a este processo, é provocado pelo desuso ou inatividade física. Isto parece

sugerir que envelhecimento e AF levam as diferentes funções corporais em direções opostas. Enquanto o envelhecimento degrada os sistemas que suportam nossa capacidade de trabalho, AF sistemática aumenta a eficiência destes sistemas. Dessa forma, é possível afirmar que a quantidade de AF presente no estilo de vida de uma pessoa é um determinante altamente significativo das diferenças individuais na capacidade física na velhice (SPIRDUSO, 1995).

BERGER (1989) afirma que AF, associada a fatores relacionados à hereditariedade, alimentação e hábitos de vida saudáveis constituem os componentes principais para a melhora da qualidade de vida na velhice, já que o corpo humano, independentemente da idade, quando submetido a estímulos, sofre um processo de adaptação. SPIRDUSO (1989) enfatiza que os programas de AF atuam como meios efetivos na compressão da morbidade, na diminuição e prevenção de doenças, bem como na melhora das capacidades físicas e motoras. Um recente estudo de CHRISTMAS & ANDERSEN (2000) enfatiza que AF pode melhorar a composição corporal, diminuir o número de quedas, aumentar a força muscular, reduzir a depressão, dores, bem como os riscos para diabetes e doenças coronarianas, além de aumentar a longevidade.

Em se tratando da força muscular, várias pesquisas têm encontrado que pessoas idosas, quando submetidas a programas de AF, podem obter ganhos de 10 a 44%, dependendo do tempo e da intensidade de treinamento (OKUMA, 1997). Em um estudo de FIATARONE, MARKS, RYAN, MEREDITH, LIPSITZ & EVANS (1990), tanto homens quanto mulheres na 7ª década de vida, após serem submetidos a um programa de AF, tiveram melhoras de 30 a 40% em sua força muscular, enquanto que estudos com indivíduos nonagenários indicaram melhora de 15 a 28%, após 10 a 12 semanas de treinamento (FLECK, 1993). Corroborando tais achados, PUGAARD (1994) verificaram que dentre os três programas de AF para idosos estudados (ginástica, dança e

natação), todos propiciaram ganhos na força máxima dos sujeitos. Uma questão importante a respeito do treinamento de força é se a melhora pode ser atribuída a ganhos de massa muscular ou a um melhor recrutamento neural, ou ainda à melhora na habilidade de execução dos movimentos (OKUMA, 1997).

Em relação à flexibilidade, também foram encontrados efeitos positivos da AF para a população idosa, tanto em programas específicos de alongamento como em outros tipos de programas (PUGGARD, 1994; PHILLIPS & HASKELL, 1995; GLADWIN, 1996). Da mesma forma SERGENT (1996), estudando os efeitos de um programa de AF de seis meses na saúde e na flexibilidade de pessoas idosas, encontrou melhoras na amplitude de movimento desses sujeitos.

No que se refere à função cardiovascular-respiratória, vários estudos reportam que atividades aeróbias acarretam ganhos nesta capacidade, tanto para jovens como para idosos (GREEN & CROUSE, 1993). SPIRDUSO (1995) afirma que a AF, apesar de não poder prevenir as perdas no VO₂ máximo relacionadas ao processo de envelhecimento, pode substancialmente mudar os níveis totais de VO₂ máximo. Achados cumulativos de pesquisas sobre os efeitos do treinamento na velhice apoiam a noção que uma quantidade substancial de deterioração física, previamente atribuída ao envelhecimento pode ser prevenida, retardada, ou em muitos casos, ainda, revertida. SPIRDUSO (1995) e SHEPHARD (1987) relatam que idosos que iniciam um programa de treinamento podem atingir aumentos significativos, variando de 10 a 25% em relação à função cardiovascular e capacidade aeróbia.

Da mesma forma, estudos citados por HEATH (1994) demonstraram que a prática regular de AF e resistência proporcionou uma redução do VO₂ máximo de apenas 5% por década em homens ativos contra os 9% verificados em homens sedentários. WILLOUGHBY, ROOZEN & BARNERS (1997) realizaram um estudo a fim de verificar os efeitos de 12 semanas de um

programa de exercícios aeróbios de baixa intensidade (65% da frequência cardíaca máxima) e de alta intensidade (85% da frequência cardíaca máxima) na capacidade funcional e na eficiência cardiovascular de 92 idosos. Os resultados apontaram, nos dois grupos, aumento no consumo máximo de oxigênio, diminuição da frequência cardíaca de repouso e diminuição da pressão arterial, tendo sido estes mais significativos para o grupo que treinou em alta intensidade.

Um bom exemplo dos benefícios do exercício para a função cardiovascular é a condição física dos atletas master, que apesar dos declínios inevitáveis do envelhecimento e destes indivíduos não manterem a mesma rotina de treinamento da juventude, eles são um modelo apropriado de como o corpo humano pode "amenizar" a passagem do tempo, desde que seja bem cuidado, e que a consistência e a intensidade do exercício sejam mantidas. Segundo SPIRDUSO (1995), mesmo aos 80 anos, há homens que correm dez quilômetros em pouco mais de 40 minutos. A maior parte das pessoas abaixo dos 60 anos não consegue correr 10 quilômetros sem parar, muito menos terminar entre 45 e 60 minutos.

Assim, SMITH & MITCHELL (1994) citam, dentre os benefícios que pessoas ativas fisicamente podem ter: volume sistólico aumentado; manutenção da resposta cardíaca; VO₂ máximo aumentado; volume sanguíneo total aumentado; redução da resistência vascular periférica; frequência cardíaca de repouso diminuída; melhor redistribuição do fluxo sanguíneo aos músculos ativos.

Portanto, a função cardiovascular / capacidade aeróbia apresenta perdas inevitáveis com o decorrer da idade, ocasionadas pelo processo natural de envelhecimento independentemente da condição física do indivíduo (fisicamente ativos, sedentários ou atletas), mas a mesma pode ser retardada com a prática de AF adequada por um longo período da vida, o

que proporciona não só benefícios fisiológicos ao idoso, mas também, a possibilidade de uma melhor qualidade de vida.

5.2.2 Benefícios da atividade física no domínio psicológico

De acordo com NERI (1995), os dois aspectos do domínio psicológico que têm recebido maior atenção da Gerontologia referem-se à questão do bem-estar psicológico e à satisfação na velhice. A avaliação que o indivíduo idoso faz de suas condições atuais parece ser um importante mediador da satisfação que ele tem pela vida, e que depende dentre outros fatores, de sua saúde, nível socioeconômico, estado civil, ocupação, condições de moradia, atividade e integração social. Além disso, dependerá também dos acontecimentos importantes de sua vida, da quantidade de oportunidades e contatos sociais, de como lida com a morte, de sua perspectiva de futuro, da valorização do passado e do uso das suas possibilidades atuais.

DEPS (1993), em se tratando da questão do bem-estar na velhice, aponta a importância de atribuir um significado para a existência a fim de se obter satisfação pessoal. Assim, enfatiza a necessidade do indivíduo engajar-se em atividades que propiciem compromissos e responsabilidades, além da oportunidade de manter um convívio social. A autora afirma que as atividades grupais para o idoso podem não só oferecer satisfação pessoal, mas também suporte social, do qual pode-se obter recursos para lidar com eventos de vida estressantes. Assim, a participação em atividades grupais contribui no reforçamento do sentimento de valor pessoal, aumenta o auto-conceito e o sentimento de auto-eficácia, facilitando o modo de lidar com situações de estresse.

Quando se fala especificamente da área da AF, como visto anteriormente, parecem incontestáveis os benefícios de sua prática na dimensão biológica de indivíduos idosos. Da mesma forma, várias pesquisas concordam que a prática sistemática de AF está também associada à saúde psicológica e

ao bem-estar emocional desta camada da população (BERGER & McINMAN, 1993; McAULEY & RUDOLPH, 1995; MATSUDO & MATSUDO, 1992; OKUMA, 1997).

De acordo com CASPERSEN, POWELL & MERRITT (1994), bem-estar psicológico compreende estados emocionais ou afetivos, tanto positivos como negativos. Os afetos positivos relacionam-se com sensações de excitação, interesse, orgulho e prazer, enquanto que os afetos negativos englobam sensações de raiva, hostilidade, irritabilidade ansiedade e depressão.

Para McAULEY (1994), a maior parte dos estudos sugere uma relação positiva entre AF e bem-estar psicológico, não sendo claro, em qual intensidade a AF propicia o aparecimento de respostas afetivas positivas, qual o real papel da aptidão física nesta associação; entre outros. Um estudo de revisão de literatura de McAULEY & RUDOLPH (1995), cujo objetivo foi verificar a influência da AF na melhora do bem-estar psicológico de pessoas idosas, apontou que 74% dos estudos analisados evidenciou a influência positiva da AF sobre este. Dentre tais efeitos positivos, pode-se citar: sentimentos de maior competência e maior satisfação com a vida; melhora do estado de ânimo e redução nos níveis dos afetos negativos.

Sobre a relação da satisfação com a vida na velhice e AF, BERGER & McINMAN (1993) relatam que idosos fisicamente ativos tendem a ter melhor saúde, maior habilidade para lidar com situações de stress e tensão, entre outros, prevalecendo nesta relação, sentimentos positivos de auto-eficácia, auto-conceito, auto-estima e auto-imagem. A possibilidade da pessoa ter uma vida fisicamente ativa, sendo capaz de realizar as atividades da vida diária são fatores que podem ter efeitos positivos sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre como os outros a vêem.

No que se refere à auto-estima, que pode ser definida como um dos componentes positivos do bem-estar psicológico, sendo a avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de

si, os estudos relatam uma estreita relação com a AF (CASPERSEN et alli, 1994). BERGER & McINNAM (1993) ao analisarem vários estudos, concluíram que a maioria observou mudanças significativas no auto-conceito. Além disso, parece que a percepção das pessoas sobre a melhora da aptidão física é tão importante quanto as mudanças reais. Entretanto, MCAULEY (1994) afirma que, apesar da maioria dos estudos apontar uma associação positiva entre auto-estima e AF, existem falhas metodológicas, experimentais, estatísticas e conceituais que dificultam generalizações.

Em se tratando da auto-eficácia, que pode ser definida como a crença que o indivíduo tem na sua capacidade de realizar ações que satisfaçam demandas situacionais (MCAULEY, 1994), grande parte dos estudos aponta que a AF está fortemente associada ao aumento desta variável, através de dois processos cognitivos: a crença na própria capacidade de realizar tarefas e a confiança do indivíduo na sua competência. MCAULEY (1994) relata que a auto-eficácia é um importante determinante do engajamento de pessoas em atividades. Pessoas com baixa auto-eficácia, quando frente a estímulos estressantes tendem a desistir, atribuem seus insucessos a falhas internas e experienciam grande ansiedade e depressão.

De acordo com WANKEL (1993), o prazer de fazer AF resulta da satisfação de necessidades biológicas e/ou da percepção de sucesso no desempenho de habilidades que envolvam desafios. Assim, nota-se a importância de se oferecer desafios realísticos aos alunos a fim de manter sua motivação para a atividade e propiciar sentimentos de competência e auto-determinação. Muitos idosos subestimam seus potenciais físico e motor em função do amplo sentimento negativo que vigora na sociedade a respeito da velhice, incorporando um sentimento de incompetência para o movimento (OKUMA, 1997). Assim, sentimentos de auto-eficácia, quando presentes na prática da AF de pessoas idosas, fazem com que se sintam competentes e

capazes de lidar com as demandas do meio, aumentando sua interação com ele e sua auto-estima.

Sobre os componentes negativos da saúde psicológica, os que vêm recebendo maior atenção dos pesquisadores são depressão e ansiedade. A AF vem sendo apontada como recurso terapêutico na redução de tais componentes, embora a relação causa-efeito ainda não esteja determinada.

MARTINSEN (1994), ao realizar uma revisão de doze estudos sobre depressão e AF, encontrou que todos eles indicam a AF como um tratamento eficaz para casos de depressão leve e moderada. WEYERER (1992) apontou uma associação positiva entre depressão e inatividade física, relatando uma maior probabilidade de aparecimento de depressão entre pessoas sedentárias do que entre aquelas fisicamente ativas. Para OKUMA (1997), tal fato é bastante significativo, já que a depressão é um dos principais problemas de saúde mental na população idosa, em função de vários agentes estressores típicos da velhice, dentre os quais: adaptação à aposentadoria, surgimento de doenças crônicas, problemas financeiros, morte de pessoas significativas etc.

Para BERGER & McNINMAN (1993), a ansiedade resulta de uma avaliação negativa do idoso sobre sua capacidade para lidar com um determinado evento, podendo transformar-se em um problema de saúde, já que está associada ao aumento de determinadas patologias e da mortalidade, além de deteriorar a qualidade de vida do indivíduo.

Nos Estados Unidos, onde a ansiedade vem se tornando um grande problema social, muitos profissionais da saúde têm recomendado a AF como um recurso importante para a sua prevenção e tratamento. BERGER & McNINMAN (1993) relatam que a AF está associada com a diminuição da ansiedade, tensão, raiva, depressão e com o aumento do vigor, reduzindo também sintomas de *stress* físico como frequência cardíaca elevada, hipertensão, obesidade e tensão muscular geral. Pode-se dizer que

independentemente do tipo de ansiedade avaliada (traço ou estado) e do paradigma de AF empregado (aguda ou crônica), os resultados parecem consistentes em indicar uma relação na redução da ansiedade, com a prática de AF.

Assim, tendo em vista as questões relacionadas ao envelhecimento humano, analisadas nos últimos tópicos, e, constatando-se os inúmeros benefícios da prática sistemática de AF associados a este processo, poder-se-ia perguntar por que tantas pessoas continuam sedentárias. É o que será discutido no próximo capítulo.

5.3 Fatores que influenciam o comportamento de adesão a programas de atividade física supervisionados

O fato de muitos estudos apontarem o importante papel da AF para a aquisição e manutenção da saúde, aptidão física e do bem-estar (DISHMAN, 1981; DISHMAN & GETTMAN, 1980; ROBERTSON & MUTRIE, 1989) não parece ser suficiente para levar indivíduos sedentários a participar de programas de AF, nem tão pouco para manter adesão dos que já participam por um tempo superior a seis meses (KING et alli, 1992; ROBERTSON & MUTRIE, 1989).

Segundo YOUNG et alli (1995), resultados do National Health Interview Survey, de 1985, apontaram que indivíduos mais velhos tinham um estilo de vida bastante sedentário, tendo 42,6% de indivíduos com 65 anos ou mais relatado nenhuma AF.

SALLIS & HOVELL (1990) sugerem que o comportamento de exercício possui quatro grandes fases. Pesquisas sobre os determinantes da AF procuram predizer e explicar as transições entre as seguintes fases: do sedentarismo à adoção da AF; da adoção à desistência ou manutenção; da desistência à retomada da AF. Dado que menos de 10% da população americana adulta realiza AF vigorosa, o primeiro ponto de transição (do sedentarismo à adoção da AF) é considerado bastante importante, já que possibilita entender porque as pessoas iniciam um programa. Além disso, considerando que 50% das pessoas que

começam um programa desistem dentro de um ano, estudar o que ocorre nesta fase de adoção e desistência ou manutenção da AF parece ser primordial. Estudos sobre os determinantes do comportamento de AF devem definir qual a fase de transição de interesse, já que os determinantes são provavelmente diferentes para cada fase, bem como para populações distintas (MARTIN & SINDEN, 2001).

MORGAN & O'CONNOR (1988) indicam haver grande variedade de fatores que influenciam a adesão ou não aos programas de AF, sendo diferentes para aqueles supervisionados e sem supervisão, diferindo também no que diz respeito aos determinantes que levam à adesão inicial, à sua manutenção, aos determinantes para desistência dos programas e aos determinantes para não adesão à AF. Segundo DISHMAN (1993), há um consenso que variáveis conhecidas que determinam o maior ou menor grau de fixação das pessoas aos programas de AF podem ser categorizadas como fatores pessoais passados e presentes, fatores ambientais ou situacionais passados e presentes, fatores comportamentais e fatores relativos ao programa de AF.

Entre os fatores pessoais, pode-se citar, gênero, idade, grau de instrução, renda (status sócio-econômico), raça e etnia e estado civil, que são aspectos que definem o perfil sociodemográfico do indivíduo; além de saúde e aptidão física percebida, participação anterior em programas de AFs, razões para a AF, conhecimento e crenças nos benefícios da AF para saúde, traços psicológicos, benefícios percebidos com a AF, bem como fatores fisiológicos como peso corporal e problemas médicos gerais. Parece que o hábito de fumar e tipo de ocupação (emprego) fazem parte dos fatores comportamentais. Quanto aos fatores situacionais, encontram-se apoio social e participação da família, falta de tempo percebida, clima, proximidade do local da prática, além das características do programa de AF em si, como intensidade da atividade, programas individuais ou em grupo e características do professor (DISHMAN, 1993).

Assim, uma variedade de fatores que podem afetar, diferentemente, a adesão ou não à AF, sua manutenção ou desistência, serão analisados a seguir, com base na literatura revisada.

5.3.1 Fatores pessoais

De acordo com DISHMAN (1988), determinantes pessoais são predisposições que podem identificar pessoas que provavelmente terão maior resistência para a participação em AFs e que assim, tornam-se alvos para intervenções. São as características pessoais que podem influenciar, principalmente, a adesão inicial ao exercício e incluem, variáveis demográficas, *status* biomédico, comportamento passado e presente, história de atividade e traços e estados psicológicos associados com a atividade física (DISHMAN, 1993).

Segundo os estudos disponíveis, no que se refere à população adulta, parece que operários, grupos com baixo grau de instrução e baixo nível socioeconômico, grupos de faixas etárias mais elevadas, e indivíduos com alto risco de doenças coronarianas são relativamente inativos em seu tempo livre e têm pouca probabilidade de participarem de programas supervisionados de AF. SALLIS & HOVELL (1990) afirmam que para programas supervisionados há fortes evidências que trabalhadores braçais, obesos, aqueles que sentem desconforto durante a AF, fumantes e pessoas com distúrbios de humor são mais prováveis a desistir.

DISHMAN (1988) aponta que as relações confiáveis de vários atributos pessoais com a participação em AF, que se verifica na população adulta (18 a 64 anos), aparecem ainda indeterminadas ou diferentes no caso de pessoas idosas (65 anos ou mais em países desenvolvidos). Dessa forma, estes fatores pessoais, a seguir, serão discutidos separadamente.

5.3.1.1 Gênero

O crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascer, apesar de ser extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme. A expectativa de vida da mulher é maior que a do homem, havendo vários fatores que podem esclarecer esta diferença, entre eles: a) diferenças biológicas, como por exemplo o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação às doenças coronarianas (somente até a menopausa); b) diferença de exposição às causas de risco de trabalho (e portanto menor repercussão dos fatores de risco em relação ao homem); c) taxas maiores nos indivíduos do sexo masculino entre as demais causas de morte por causas externas (acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios e outras); d) diferenças no consumo de tabaco e álcool, que estão associados às principais causas de morte na faixa etária acima dos 45 anos (neoplasma e doenças cardiovasculares); e) diferenças em relação às doenças e incapacidades, o que leva a um melhor prognóstico de doenças crônicas; f) assistência médico-obstétrica, o que leva à uma diminuição da mortalidade materna (VERAS et alli, 1987).

Dentre as principais conseqüências da maior longevidade da mulher em relação ao homem há maior freqüência dos longos períodos de doenças crônicas, redução da renda, perda do companheiro e solidão no final da vida. Estes podem ser fatores importantes para explicar os menores níveis de adesão à AF auto-gerida para este sexo, como mostram os estudos de KING et alli (1992), COUSINS & KEATING (1995) e VERTINSKY (1995), em que mulheres de todas as idades são menos ativas em relação à AF auto-gerida do que os homens.

Porém, de acordo com STEPHENS & CASPERSEN (1994), os níveis de AF para homens e mulheres variam largamente, dependendo das definições utilizadas e dos países analisados. Parece que para populações "aerobicamente ativas", homens nos EUA e Inglaterra são, em média, 80% mais ativos para atividades

vigorosas do que as mulheres. Segundo COUSINS & KEATING (1995), um levantamento no Canadá (1990) mostra que somente 10% das mulheres, após os 45 anos, são consideradas engajadas em AFs adequadas, comparado a mais de 30% dos homens. Porém, as diferenças entre os sexos são mais evidentes para atividades de alta intensidade e são menores ou quase inexistentes para níveis moderados de atividade.

Outros estudos (COUSINS & KEATING, 1995; KING et alli, 1992; VERTINSKY, 1995) encontraram níveis de AF mais baixos entre as mulheres do que entre os homens, particularmente em indivíduos mais jovens, persistindo as diferenças para adultos mais velhos, apesar de menos acentuadas. Num estudo de YOUNG et alli (1995), com indivíduos de idades entre 50 e 65 anos, identificou-se que para os homens, 7,8% eram sedentários, 76,7% irregularmente ativos e 15,5% regularmente ativos, enquanto que para as mulheres, 12,2% eram sedentárias, 72,3% irregularmente ativas e 15,5% regularmente ativas. Sugere-se que a crença fortemente arraigada sobre os riscos potenciais do exercício vigoroso detém muitas mulheres idosas de serem fisicamente ativas. Além disso, crenças antigas contribuíram para se assumir o fato que as mulheres idosas deveriam adotar "comportamentos apropriados para a idade" como inatividade e passividade mais cedo que os homens.

Segundo ROBERTSON & MUTRIE (1989), pode-se dizer que as mulheres na fase adulta têm um grande número de barreiras a vencer para participarem de um programa de AFs, entre eles, conciliar responsabilidades para com os filhos e a profissão. Além disso, muitas das imagens associadas com a participação em AFs dizem respeito ao homem, à agressividade e à competitividade.

Assim, uma ironia parece presente no estilo de vida das mulheres, pois se décadas de atividades domésticas leves podem oferecer estímulos insuficientes para sua força e

mobilidade, quando entram na velhice, por outro lado, parece que estas funções domésticas foram o programa de "fitness" para muitas delas. Isso porque, quando as responsabilidades domésticas terminam, muitas dificuldades funcionais podem aparecer, já que mulheres idosas podem sentir-se simplesmente cansadas fisicamente de trabalhar continuamente, o que não as inspiram a se movimentar em seu tempo livre (COUSINS & KEATING, 1995). Ou seja, pode-se dizer que enquanto a responsabilidade com a família reduz o tempo útil para as mulheres estarem envolvidas em suas próprias AFs quando seus filhos são jovens, ajustar novas atividades nos estágios de vida mais tardios, como na velhice, pode ser visto como inapropriado para a idade e outras atividades sejam preferidas à AF sistemática, principalmente aquelas auto-geridas.

Quando se trata de programas supervisionados de AF para idosos, no Brasil FARIA JÚNIOR (1994) aponta como característica constante a não predominância de homens nesses projetos, o que pode ser verificado, por exemplo, na Universidade da 3ª Idade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, onde o total de mulheres atinge 80%, o mesmo ocorrendo na Universidade da 3ª Idade de Silesian, onde a maioria dos participantes têm de 50 a 70 anos (79%), com alto nível de escolaridade (94%), sendo que existe uma alta porcentagem de mulheres (70%) (SLEZYNSKI & BLONSKA, 1994). É importante que se busquem explicações para o alto percentual de mulheres em grande parte dos programas supervisionados de AF, que estejam além de uma certa correspondência com os percentuais de mulheres idosas atualmente. Parece que, talvez o homem com mais de 60 anos encontre, fora do lar, mais oportunidades de pontos de encontro socialmente aceitáveis para pessoas sós (clubes, grêmios recreativos, praças, bares etc.) do que a mulher. Além disso, muitos homens tendem a considerar os programas existentes inadequados, por não exigirem exaustivos esforços físicos ou incluírem atividades pouco

recomendáveis a "homens de verdade", como por exemplo, a ginástica.

WHALEY & EBBECK (1997), em seu estudo, afirmaram haver diferenças evidentes para homens e mulheres em relação às restrições para a participação em um programa de AF, tanto no que constitui estas barreiras, como no que diz respeito a seu significado, sugerindo que a variável gênero pode representar por si só uma restrição à participação em determinados tipos de programas. Para as mulheres, as restrições mais apontadas foram problemas de saúde (capacidade física, bem-estar físico e medo dos riscos da AF para a saúde), o que pode ser explicado já que a mulher, tendo maior expectativa de vida, pode viver mais tempo com doenças crônicas e com falta de oportunidades devido às condições de vida. No que se refere aos homens, as restrições mais citadas foram tipo de aula oferecido (as aulas eram para mulheres e não eram suficientemente intensas), inconveniência de aulas estruturadas, tempo disponível e falta de conhecimento e informações sobre os programas, havendo grandes evidências de que os homens pensavam que as aulas eram exclusivamente para as mulheres.

RAMILO (1994) aponta que entre os participantes de programas supervisionados, são as mulheres as que mais aderem e as que divulgam a atividade, sugerindo que aderir significa optar por um novo estilo de vida.

5.3.1.2 Idade

Para ECLESTONE et alli (1998), têm sido conduzidas poucas pesquisas sobre a adesão de pessoas idosas a programas de AF.

Segundo KING et alli (1992), a adesão à AF diminui com o passar da idade, a partir da adolescência e da idade adulta jovem. Parece que após os 50 anos este declínio continua, com proporções maiores de não adesão de mulheres e homens aos 80 anos. CASPERSEN, CHRISTENSON & POLLARD (1986)

apontam resultados do National Health Interview Survey de 1985 que mostram que indivíduos mais velhos tiveram um estilo de vida completamente sedentário, sendo que 32,7% dos adultos que estão entre 45 e 64 anos e 42,6% dos que estavam aos 65 anos ou mais velhos não relataram nenhuma AF.

De acordo com DISHMAN (1993), a idade é uma influência de seleção e não uma causa de inatividade. Parece que a proporção de homens americanos, que se engajou em AF igual ou superior a 60% da capacidade funcional estimada, declinou de aproximadamente 10% entre as idades de 18 a 29 anos para mais ou menos 5 a 7% entre as idades de 65 a 74 anos, mas aumentou para 17% para homens de 75 anos ou mais. Para as mulheres a participação diminuiu de mais ou menos 9% entre as idades de 18 a 29 anos e estacionou em mais ou menos 5-6% para idades de 45 anos ou mais.

VERTINSKY (1995) afirma que um dos fatos que explica o aumento da inatividade com o aumento da idade é que as pessoas idosas aprenderam que o comportamento de um "velho" é de inatividade, não que se sintam incapazes, mas por acreditarem que todas as pessoas na velhice deveriam parecer e se comportar como inativas, especialmente as mulheres.

Assim, pesquisas são mais ou menos consistentes em relatar que o nível de AF entre adultos declina com o aumento da idade, pelo menos até os 65 anos, como visto nos estudos citados anteriormente. Comparados a adultos mais jovens, idosos se exercitam menos freqüentemente e escolhem atividades com menores demandas energéticas. Contudo, STEPHENS & CASPERSEN (1994) apontam importantes exceções para esta generalização. Parece que no Canadá e Finlândia, há um aumento na atividade reportada para grupos mais velhos comparados a grupos mais jovens. Além disso, se a intensidade da atividade é definida em relação à idade, o declínio de atividades esperado desaparece e há evidências de atividade aumentada para indivíduos aos 65 anos, ou ainda mais jovens. Segundo os mesmos autores, alguns

dados mostram que idosos americanos aumentaram seus níveis de AF mais do que pessoas mais jovens durante a década de 80, parecendo que esta tendência continua.

Para DISHMAN (1988, 1993), a idade não tem sido associada à adesão a programas de AF supervisionados para pessoas de 18 a 64 anos, apesar de homens e mulheres com 65 anos ou mais serem mais ativos do que aqueles de 50 a 64 anos e menos ativos do que pessoas com menos de 50 anos.

5.3.1.3 Grau de instrução

DISHMAN (1988) aponta várias evidências sugerindo que o impacto negativo de um baixo nível de educação formal em relação à participação em programas de AF parece estar diminuindo desde os anos 70, o que também pode ser parcialmente devido ao aumento da população com 65 anos ou mais.

Segundo KING et alli (1992) e DISHMAN & SALLIS (1994), parece haver correlação positiva entre o grau de escolaridade e a adesão à AF. Para DISHMAN (1993), indivíduos participantes de programas de AF preventiva parecem ter um nível mais alto de educação formal do que aqueles que não participam. De acordo com STEPHENS & CASPERSEN (1994), AFs auto-geridas são consistentemente mais comuns entre grupos com maior nível de escolaridade. Dados recentes de países como Austrália, Canadá e EUA revelam que grupos com maior grau de instrução são de 1,5 a 3,1 vezes mais ativos do que aqueles com menor grau, não sendo estes dados relacionados à faixa etária. Um estudo de revisão de literatura de RHODES, MARTIN, TAUTON, RHODES, DONNELLY & ELLIOT (1999) revelou que para indivíduos idosos, o grau de instrução foi positivamente correlacionado com prática regular de AF.

5.3.1.4 Renda

Segundo KING et alli (1992) e DISHMAN & SALLIS (1994), alguma relação foi encontrada entre adesão à AF e

renda. Parece que grupos de baixa renda (*status* sócio-econômico) podem ter a inatividade reforçada, já que têm maior probabilidade de serem relativamente desinformados sobre os benefícios para a saúde advindos da AF e sobre sua forma e quantidade apropriadas (DISHMAN, 1993).

Quando se trata da população idosa, parece mais difícil estabelecer relações, devido ao evento da aposentadoria, que além de ser encarada de diferentes formas, tem como primeira consequência para a pessoa uma mudança no modo de utilizar seu tempo e na quantidade de recursos disponíveis. Além disso, como consequência da vida atual mais solitária, devido às mudanças na estrutura familiar, o velho muitas vezes tem que arcar com os custos de manutenção de sua casa, sendo que, para grande parte, o valor da aposentadoria é inferior aos vencimentos de seu período produtivo e também sua única fonte de renda.

5.3.1.5 Raça e etnia

Poucos estudos existem sobre a relação prática de AF e origem étnica. Geralmente, comparações de raça e etnia são confundidas com *status* sócio-econômico e nível de educação. KING et alli (1992) apontam que mulheres negras são menos ativas em relação à AF do que mulheres brancas.

5.3.1.6 Estado civil

Para YOUNG et alli (1995), homens sedentários têm maior probabilidade de serem solteiros, quando comparados aos homens irregularmente ativos e regularmente ativos. Em um estudo realizado por estes autores, tentou-se examinar se havia associação entre estado civil, gênero, nível de AF e variáveis psicossociais. Resultados sugeriram que ser solteiro foi associado com valores de depressão mais altos, refletindo, possivelmente, níveis mais baixos de apoio social, o que levaria a uma menor adesão à AF e, conseqüentemente, a um

estilo de vida mais sedentário. Assim, devido aos mais baixos níveis de apoio social, aos mais altos níveis de depressão e maior presença de um estilo de vida sedentário, homens solteiros podem ter um risco maior para morbidade e mortalidade por doenças crônicas, para as quais a AF poderia proporcionar proteção, já que alguns estudos sugerem que programas de exercício aeróbico podem ser associados com aumento das respostas psicossociais e que a AF regular está associada com baixos níveis de sintomas depressivos.

5.3.1.7 Condição biomédica e saúde percebida

De acordo com DE VITTA (2001), saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre a qualidade de funcionamento de sua saúde física e mental. Esta variável pode ser influenciada pela quantidade de ingestão de medicamentos, grau de instrução, doenças mentais, incapacidade funcional, doenças crônicas, inatividade, idade e gênero, já que em geral mulheres idosas relatam mais doenças e mostram-se menos satisfeitas com a própria saúde que os homens (NERI, 2001).

Em se tratando das relações entre saúde percebida e adesão à AF, DISHMAN (1988, 1993) afirma que estado de saúde e condição física não têm sido preditores confiáveis da AF para indivíduos de 18 a 64 anos. Parece que o conhecimento da incapacidade ou falta de habilidade, baixa aptidão física ou fatores de risco para a saúde são insuficientes para induzir o comportamento de exercício, sendo que pessoas saudáveis são mais ativas do que pessoas com problemas médicos (KING et alli, 1992).

Em se tratando de idosos, a crescente prevalência de incapacidade em pessoas com 65 anos ou mais pode revelar que um estado de saúde limitado atua como uma influência (restrição) direta para esta população (RHODES et alli, 1999). PEREIRA & SOUZA (1994) e SHEPHARD (1987) relatam que pessoas idosas que

consideram sua saúde pobre são improváveis participantes de programas de AF, sendo esta a razão mais relatada por idosos para justificar sua inatividade.

Corroborando as colocações anteriores, em um estudo de YOUNG et alli (1995), estado de saúde desfavorável e limitações físicas relatadas foram mais baixos para homens e mulheres regularmente ativos e mais altos para indivíduos sedentários. Parece que mulheres sedentárias tiveram saúde mais pobre, maior presença de hipertensão e mais limitações físicas, quando comparadas com aquelas irregularmente ativas. No entanto, as limitações mais comumente relatadas (dores nas costas e artrite) não seriam impeditivos necessários para o envolvimento em AFs em um nível moderado. A maioria das mulheres que relatou alguma limitação física, também classificou sua saúde como boa ou excelente e sugeriu que a AF não era contra-indicada. Segundo os autores, estes resultados sugerem que muitas mulheres que têm doenças crônicas, depois da menopausa, são desinformadas sobre suas possibilidades e capacidades para realizar exercícios, o que pode ocorrer devido à estratégias de comunicação inadequadas ou falta de orientação por parte dos médicos.

Para COUSINS & KEATING (1995), os fatores que levam a uma vida ativa ou inativa na velhice são desconhecidos. Em seu estudo, tanto boa saúde, como saúde pobre, foram usadas como razões para evitar e se engajar em programas de AFs. Enquanto que muitas mulheres que não tinham se defrontado com problemas de saúde não sentiam necessidade de aumentar seus níveis de AF, aquelas que percebiam estar perdendo o controle estavam ativamente tentando detê-lo, podendo-se dizer que saúde não pode ser visto como um fator que explique, suficientemente, estilos de vida diferentes, especialmente para as mulheres.

Assim, apesar de vários estudos afirmarem que um dos primeiros motivos para a adesão à AF é pelos benefícios da saúde que são vistos como um resultado, outros trabalhos

mostram que as pessoas não se tornam ativas pelo único propósito de saúde, e que muitos idosos acreditam que AF pode trazer mais riscos do que benefícios, associando menos AF com saúde que pessoas mais jovens (COUSINS & KEATING, 1995). Por outro lado, STONES, KOZMA & STONES (1987) apontam que ganhos percebidos em relação à saúde e condição física têm sido associados com aumento do tempo de adesão entre homens e mulheres de 63 anos de idade, o que revela inconclusividade nos resultados das pesquisas.

5.3.1.8 Participação passada em atividades físicas

De acordo com DISHMAN & SALLIS (1994), pode-se dizer que existe necessidade de pesquisas que interpretem a ligação entre história de AF na infância, juventude e idade adulta com atividade atual para adultos e idosos.

DISHMAN (1988) relata que não há dados disponíveis para avaliar o impacto da participação em atividade física no passado sobre a participação no presente, mas que a associação pode ser menos direta em pessoas com 65 anos ou mais devido à atividades ocupacionais, econômicas e médicas que sofrem alterações com a idade. Parece que AF passada e participação em modalidades esportivas podem ter um significado mais preditivo no sentido de resultar de um tempo de lazer aumentado ou incapacidade diminuída. Neste sentido, um estudo realizado por MARQUES (1993) verificou que hábitos esportivos passados justificaram apenas 10% das práticas esportivas na população idosa estudada.

Alguns estudos afirmam que indivíduos que no passado foram infreqüentemente ativos, tendem a se tornar mais regularmente ativos, mas aqueles que foram sedentários permanecem sedentários (DISHMAN, 1993; MORGAN & O'CONNOR, 1988). Parece que, para programas de AF supervisionada, a participação passada é o preditor mais confiável de participação presente e futura para homens e mulheres adultos

(programas de *fitness*, reabilitação cardíaca e de perda de peso). Experiências esportivas passadas têm uma correlação positiva com os padrões de AF na fase adulta, podendo contribuir em conhecimento, habilidade e predisposição para participação em AFs nos anos seguintes. Reforçando o acima exposto, YOUNG et alli (1995) encontraram que, indivíduos inicialmente sedentários tiveram adesão à AF significativamente mais baixa, durante o período de um ano, quando comparados ao grupo que era inicialmente irregularmente ativo.

Assim, parece que o envolvimento em AFs em tempo livre durante a juventude e os primeiros anos da adolescência é importante para a participação nos estágios subsequentes da vida (COUSINS & KEATING, 1995). Pode-se dizer então que, adultos que têm um repertório de AFs limitado podem ter desvantagem para prosseguir com estas durante a velhice. Somente aquelas pessoas que diversificaram suas habilidades e experiências é que são esperadas como capazes de encontrar alternativas para AFs saudáveis. Considerando este ponto de vista, mulheres parecem estar em desvantagem para o envolvimento em AFs, especialmente na velhice, o que aponta para a necessidade de compreender experiências anteriores de vida das mulheres como um contexto para seus padrões de atividade na velhice.

Neste sentido, um interessante estudo qualitativo foi desenvolvido por COUSINS & KEATING (1995), para explorar as experiências de AF durante a vida de mulheres idosas, que apresentavam diferentes níveis de envolvimento na velhice. A pesquisa teve como objetivo, identificar mais claramente qualidades ou situações únicas, ao longo do curso de vida, que poderiam expandir a compreensão dos padrões anteriores de vida que levariam mulheres à atividade ou inatividade. Parece que a infância foi significativa, tanto para mulheres ativas como para as inativas na velhice, como um tempo de vigorosas atividades de jogo, apesar do contexto cultural (zona

rural/zona urbana) ter sido determinante da natureza das atividades nas quais se engajaram, tendo todas participado de programas formais de educação física. Nenhuma das mulheres expressou experiências negativas que poderiam tê-las afastado de uma atividade futura. Com relação ao sentimento de competência durante a infância, tanto mulheres ativas como inativas na velhice mostraram ter desenvolvido domínio e experimentado um nível de sucesso em alguma forma de atividade competitiva. Já na fase adulta, o envolvimento com a família e as responsabilidades aumentadas levaram a uma diferente demanda de tempo para a AF. No entanto, as funções do casamento e a maternidade não parecem ter determinado se as mulheres continuariam fisicamente ativas. Para as mulheres idosas inativas, o casamento foi visto como requerendo auto-sacrifício. Já as mulheres idosas ativas resistiram às mudanças a fim de manter sua AF pessoal. Com a chegada da velhice, responsabilidades reduzidas e tempo livre aumentado, mulheres sedentárias continuaram suas vidas sem participar de AFs, enquanto que mulheres ativas continuaram sendo ativas, estando conscientes desta necessidade pelos desafios apresentados pelo envelhecimento do corpo. Neste estudo parece que mulheres idosas atualmente ativas transformaram os desafios da vida em razões para iniciar ou manter AFs, enquanto que para as mulheres idosas inativas pontos similares atuaram como sinais para diminuir ou cessar sua participação.

Corroborando estes achados, WHALEY & EBBECK (1997) e COUSINS & KEATING (1995) chegaram à conclusões parecidas e verificaram que para o sexo feminino a falta de participação passada em programas estruturados de AF caracterizou uma barreira para adesão aos mesmos na velhice.

Com relação à participação em educação física escolar, FARIA JÚNIOR (1994), analisando 27% dos 48 idosos participantes de um programa de AF, verificou que apenas três pessoas que chegaram ao curso ginásial participaram de aulas de

ginástica e voleibol, apontando que a educação física escolar praticamente inexistia na escola primária brasileira, provavelmente com poucas exceções, já nas quatro primeiras décadas deste século.

5.3.1.9 Razões para fazer atividade física

Segundo WEINBERG & GOULD (1995), pessoas são motivadas por diferentes razões para a AF, mas um ponto importante que as faz iniciar um programa é o conhecimento de seus diversos benefícios. Tanto aqueles fisiológicos como psicológicos podem ser mencionados para persuadir pessoas sedentárias a iniciar um programa.

Vários estudos (DISHMAN, 1988, 1993; KING et alli 1992; WEINBERG & GOULD, 1995) mostram que o conhecimento e a crença nos vários benefícios da AF sobre a saúde podem motivar a adoção de um programa de AF, mas isto não está claro no caso de se reforçar a adesão. Aqueles que acreditam que a AF tem pouco valor para sua saúde e aptidão física não esperam respostas positivas, acreditando que estas estão fora de seu controle pessoal e muitos desistem antes mesmo de iniciarem um programa. Em relação ao conhecimento sobre os benefícios da AF, parece que grupos de nível socioeconômico mais baixo são relativamente desinformados sobre seus benefícios para a saúde, como também sobre sua forma e quantidade apropriadas. Entretanto, na população americana somente 5% das pessoas, tanto ativas quanto inativas fisicamente, acreditam que mais informações sobre estes benefícios aumentariam sua participação.

Assim, é provável que a falta de conhecimento sobre a AF apropriada e atitudes e crenças neutras ou negativas sobre as respostas do exercício possam impedir a adesão para algumas pessoas, mas o conhecimento, atitudes e crenças positivas por si só sobre seus benefícios gerais parecem insuficientes para assegurar a participação. Pode-se dizer que a falta de

conhecimento sobre AF é provavelmente uma das razões tanto para a desistência, como para não iniciar um programa, já que muitas vezes as pessoas simplesmente não sabem como começar, o quanto se exercitar, que tipos de exercício realizar etc.

Em um estudo de ROBERTSON & MUTRIE (1989) com indivíduos adultos, os homens que aderiram à AF tiveram razões diferentes para se exercitar e tinham mais conhecimento sobre fisiologia do exercício e sobre seus efeitos quando comparados àqueles que não aderiram. Os resultados mostraram que as pessoas que aderiram tinham como objetivo melhorar a "performance esportiva", enquanto que aquelas que não aderiram visavam a manutenção da saúde ou o aumento do tônus muscular. Um maior número de pessoas que não aderiram citaram a perda de peso como uma razão para se exercitar.

Segundo VERTINSKY (1995), apesar das indicações de participação e interesses aumentados em programas de AFs entre os idosos, a maioria deles com mais de 65 anos não se exercita regularmente ou sistematicamente, pois enquanto os efeitos cumulativos do tempo, desuso e doença são destinados a ter uma ligação direta com os padrões de AF, crenças sobre os riscos potenciais de exercícios vigorosos parecem impedir muitas mulheres idosas de serem fisicamente ativas. Há indicativos de que estas aceitam estereótipos persistentes que ligam idade com declínio físico e permanecem ou se tornam sedentárias, porque acreditam que é inapropriado ou perigoso serem fisicamente ativas. Dessa forma, um ponto interessante a ser notado é o fato de que, enquanto um dos principais motivos que mulheres idosas colocam para não participarem de AFs é o declínio da saúde e a percepção de estarem muito velhas, ao mesmo tempo pesquisas científicas demonstram que entre os benefícios certos da AF estão o aumento da saúde e a melhora da qualidade de vida (BLAIR, 1988).

De acordo com DISHMAN (1988), a promoção efetiva da AF pelos médicos é um determinante potencialmente forte de

adesão para pessoas idosas, devido ao contato aumentado com esses profissionais à medida que se envelhece. Para esta população, indicação médica parece ser a mais prevalente razão percebida para AF. Por outro lado, campanhas tradicionais para promoção de saúde, incluindo prescrições médicas ou avaliações de fatores de risco, parecem não motivar a participação porque focalizam incentivos de saúde abstratos para AF que tem alto potencial para promover a adoção inicial, mas baixo valor para reforçar a adesão.

Neste sentido, DANTAS (1994) realizou um estudo com o objetivo de detectar os principais motivos que levam idosos a participarem de programas de AF sistemática e orientada. Em sua pesquisa quantitativa, os resultados apontam que os motivos mais significativos foram: a) ocupação do tempo livre com atividade saudável; b) possibilidade de convivência e socialização; c) sentir-se participante e produtivo; d) prevenir patologias e manter a saúde; e) retardar o envelhecimento; f) buscar uma melhor estética corporal. Na pesquisa qualitativa, os principais indicadores detectados foram o aumento da auto-estima e da sensação de utilidade, associado a um forte sentimento de grupo e de orgulho dos ganhos em termos de performance física, principalmente comparativamente com sua condição prévia e com os demais membros do grupo.

Em outro estudo, FARIA JÚNIOR (1994) encontrou que as expectativas mais apontadas por idosos que iriam iniciar um programa de AF eram relacionadas a: reabilitação (desvios de coluna e problemas na marcha), saúde (condicionamento físico, melhora das capacidades intelectuais e mentais), bem-estar e ampliação das relações interpessoais. Os menos apontados foram estética, rejuvenescimento e longevidade.

Já RAMILO (1994) verificou como principais motivações para a participação de mulheres em programas de AF supervisionados, os seguintes aspectos: necessidade de fuga do

isolamento, ocupação regular e organizada do tempo; manutenção da autonomia; indicação médica; custo compatível com a condição socioeconômica; fácil acesso ao local do programa.

Com relação às dificuldades encontradas para participar de programas de AF, um estudo realizado por WHALEY & EBBECK (1997), apontou 26 barreiras auto-identificadas, sendo as mais freqüentes "ter AF suficiente na vida cotidiana", razões de saúde que variaram de problemas nas costas, joelhos e quadril, condições médicas existentes como doenças neuromusculares, até problemas de saúde do passado, apontando o medo que realizar AF possa resultar na recorrência de uma condição prévia.

Barreiras relacionadas ao tempo disponível foram citadas pela maioria dos sujeitos por uma variedade de fatores: alguns estavam o tempo todo ocupados, outros apontavam que os horários das aulas eram coincidentes com os de outras atividades, e ainda que um programa estruturado exigia comprometimento demais. As restrições apontadas em ordem de aparição foram: realizar exercícios na vida diária; problemas relacionados à saúde; não ter tempo disponível; inconveniências de aulas estruturadas; trabalho é exercício; exercício conflita com outras atividades; tipo de aula oferecida; falta de oportunidades e condições de vida; preferir organizar atividades sozinho; querer exercitar-se com um propósito; falta de transporte disponível; precisar de alguém para exercitar-se junto; muitas mulheres na classe; exercícios insuficientemente intensos; exigência de muito comprometimento em aulas estruturadas; preguiça; falta de interesse; medo de lesões; preferir espaços diferentes; ter outras prioridades; não considerar exercício algo importante; interferências do clima; preferir exercitar a mente; preferir atividades sedentárias.

No mesmo estudo, em relação às restrições baseadas na literatura, a mais freqüentemente encontrada foi inconveniência do programa, seguida por tempo e tipo de atividade,

compromissos de trabalho, falta de motivação, preguiça. Três barreiras, geralmente apontadas em outros trabalhos, aprovação social, vergonha e medo do exercício, não foram identificadas por nenhum sujeito nesta pesquisa, o que sugere concepções estereotipadas e preconceituosas da sociedade em relação à velhice que, por exemplo, acredita que todos os idosos precisam de aprovação social ou têm vergonha de se expor. Em um estudo de ECCLESTONE, MYERS & PATERSON (1998), encontrou-se que entre as razões mais apontadas para desistência dos programas estavam problemas de saúde, muitas ocupações cotidianas, trabalho ou estudo voluntário. Em relação às barreiras do programa, foram mencionados problemas de transporte, horário inconveniente, falta de motivação.

Com base na análise feita, pode-se dizer que apesar de algumas restrições ao exercício serem universais e únicas, têm diferentes significados para cada indivíduo. Da mesma forma, OKUMA, RINALDI, MARCHETTI & TEIXEIRA (1993) afirmam que, de acordo com o momento de vida em que cada pessoa se encontra, atribui diferentes valores às mesmas coisas, podendo-se dizer que o valor atribuído à AF também transforma-se através dos anos. Parece que as motivações e atitudes das pessoas em relação à AF tendem a diferir entre homens e mulheres e entre diferentes faixas etárias. De acordo com OKUMA, SARTORI, TOLAINE, VIEIRA, FINOTTI, WERNECK & CAMARGO (1990) valores como desafio, status e competição aparecem como elementos de motivação para prática de AF para a população adulta, o mesmo não ocorrendo para indivíduos mais velhos. Dessa forma, verifica-se a importância de compreender as atitudes e comportamentos das pessoas que aderem aos programas de AF, a partir de seu estágio de desenvolvimento, o que possibilita a adequação das expectativas e interesses dos praticantes aos objetivos propostos pelo programa de AF em si.

5.3.1.10 Traços e estados psicológicos

Aspectos psicológicos podem explicar a variabilidade de comportamentos dentro de segmentos da população que são demograficamente homogêneos (DISHMAN, 1993), sendo que estas variáveis psicológicas podem ser preditores mais precisos da participação em AF do que outro atributo pessoal (DISHMAN, 1988). Alguns fatores psicológicos são considerados traços estáveis (por exemplo, personalidade), sendo relativamente resistentes às influências ambientais, enquanto outros (por exemplo, atitudes, crenças, valores, expectativas) são disposições comportamentais que podem ser mais facilmente alteradas por intervenções (DISHMAN, 1988).

Assim como para outros atributos pessoais, pode-se dizer que existem poucos estudos disponíveis que permitam conclusões sobre os determinantes psicológicos em relação à AF. DISHMAN (1988) afirma que distúrbios de humor estão relacionados à desistência de programas na população adulta, enquanto que estados depressivos têm sido associados à inatividade. Algumas pesquisas (ROBERTSON & MUTRIE, 1989; WEINBERG & GOULD, 1995) sugerem que o aspecto da auto-motivação pode discriminar entre os que aderem e os que desistem dentro de vários contextos diferentes de AF. Além disso, parece que a auto-motivação pode refletir habilidades auto-reguladas, tais como, um objetivo efetivo, auto-monitoração do progresso e auto-reforçamento, que são importantes fatores para a manutenção da AF.

Segundo KING et alli (1992), indivíduos com distúrbios cardíacos, baixos níveis de auto-motivação e presença de ansiedade (DISHMAN, 1988), depressão e stress demonstraram baixo nível de adesão à AF. Estes são estados que estão associados com adesão pobre, confirmando achados dos estudos acima mencionados de que auto-motivação é um importante

fator para aderir à AF e, principalmente, para que o indivíduo se mantenha nela.

No estudo de YOUNG et alli (1995), homens sedentários e mulheres irregularmente ativas tiveram o mais alto valor para efeito depressivo e stress em comparação com os outros grupos. Ademais, mulheres irregularmente ativas tiveram valores mais altos de stress e ansiedade comparados aos dos homens irregularmente ativos.

5.3.1.11 Benefícios percebidos com a atividade física

ROBERTSON & MUTRIE (1989) encontraram que mulheres que aderiram à AF, comparadas às que não aderiram, eram muito mais auto-motivadas, tinham mais conhecimento sobre fisiologia do exercício, eram mais magras e afirmaram que os benefícios psicológicos de um programa de AF ajudavam-nas a aderir. Além disso, mulheres pareceram experimentar mais benefícios psicológicos que homens, como por exemplo, a melhora do humor. Segundo KING et alli (1992), prazer e satisfação percebidos com o exercício predizem altos níveis de adesão. Para DISHMAN (1993), a realização de objetivos pessoais, satisfação e divertimento/prazer com as atividades têm sido reforçadores muito fortes para manter a participação de indivíduos idosos.

Um estudo realizado por HELLMAN (1997) com 349 idosos com diagnóstico cardíaco encontrou resultados parecidos e concluiu que a percepção dos benefícios da AF e de auto-eficácia foram preditores significativos de adesão ao programa de AF.

5.3.2 Fatores comportamentais

Estes fatores geralmente influenciam a adesão à AF e alguns importantes determinantes são tabagismo e ocupação profissional.

5.3.2.1 Tabagismo

Segundo KING et alli (1992) e SALLIS & HOVELL (1990), há uma baixa correlação entre nível de AF e adesão à AF e tabagismo. DISHMAN (1993) indica que indivíduos fumantes sedentários reclamam de fadiga excessiva, devido ao seu nível de aptidão física e isso pode deter sua participação. Parece que tabagismo e obesidade podem exercer barreiras diretas para atividades de alta intensidade. Corroborando esta colocação, WEINBERG & GOULD (1995) afirmam que indivíduos fumantes têm maior probabilidade de desistirem dos programas e parecem evitar exercícios de alta frequência e intensidade.

De acordo com DISHMAN (1988), no que se refere à população idosa especificamente, o tabagismo tem se mostrado associado à inatividade e à desistência dos programas de AF. Entretanto, como verificado também na população adulta, parece que esta relação negativa entre fumo e AF está limitada àqueles idosos que realizam atividades de alta intensidade e alta frequência. Um dado importante é que como tabagismo e obesidade são relacionados à mortalidade prematura em idosos, cada um torna-se menos prevalente com o aumento da idade.

5.3.2.2 Ocupação profissional

De acordo com KING et alli (1992), a relação entre ocupação profissional e nível de AF é ainda obscura, parecendo haver pouca ou nenhuma relação. Para WEINBERG & GOULD (1995), pessoas com renda mais alta, maior nível educacional e status ocupacional mais elevado têm maior probabilidade de serem fisicamente ativas, enquanto operários tendem a ter um menor nível de AF, uma maior desistência que outros profissionais e participar menos de programas de reabilitação em relação aos trabalhadores de alto escalão (KING et alli, 1992).

Para DISHMAN (1993), há alguma evidência que a estrutura ou organização do emprego influenciam o tempo de AF

do indivíduo, podendo-se dizer que a monotonia e a falta de controle sobre o trabalho foram associados à inatividade física de homens e mulheres trabalhadores de 16 a 65 anos.

Por outro lado, conforme STEPHENS & CASPERSEN (1994), no Canadá, onde somente 20% dos trabalhadores em 1988 descreveu sua profissão como requerendo esforço físico, não houve relação entre ocupação profissional e atividade de tempo livre. Trabalhadores braçais e outros trabalhadores tiveram aproximadamente o mesmo nível de AF em seu tempo livre, contrariando a afirmação que operários são sedentários porque são ativos dentro de sua profissão.

Pode-se dizer, então, que ocupação profissional e renda podem estar correlacionados à AF na população adulta, mas devido à aposentadoria de grande parte dos idosos acarretar mudanças no padrão socioeconômico e de tempo disponível dessas pessoas, torna-se difícil clarificar as relações entre participação em programas de AF com nível socioeconômico e ocupação profissional passada.

Com o evento da aposentadoria e conseqüentemente, um aumento do tempo livre disponível, segundo DUMAZEDIER (1994), aproximadamente 37% das pessoas aumentam suas práticas de atividades corporais orientadas para a saúde, a forma e o prazer do próprio corpo. Para o idoso, estas práticas corporais do tempo livre têm evidentemente uma amplitude, uma diversidade, um caráter ao mesmo tempo mais lúdico e mais existencial.

5.3.3 Fatores situacionais ou ambientais

Segundo DISHMAN (1988), fatores ambientais ou situacionais são circunstâncias passadas ou atuais que estão associadas a padrões de AF, que podem incluir barreiras percebidas para a atividade. Alguns ambientes podem promover e permitir a participação em programas, mas ambientes que apoiam

e efetivamente reforçam mudanças de comportamento, removendo barreiras, são necessários para manter a adesão.

Assim, estes fatores podem ajudar ou dificultar a participação regular nos programas de AF e incluem aspectos como apoio social, participação de familiares, falta de tempo percebida, proximidade do local da prática, além das características do programa de AF em si, que parecem ser o fator principal que determina a manutenção da adesão (WANKEL, 1988) e que será analisado mais especificamente em outro tópico.

5.3.3.1 Apoio social e participação da família

O constructo social mais frequentemente estudado no âmbito da AF é o apoio social. Apesar da falta de concordância entre os achados disponíveis, devido à falta de conceitualização e mensuração, numerosos estudos têm apontado que apoio social formal e informal têm um forte impacto positivo sobre o bem-estar físico e psicológico (CHOGAHARA et alli, 1998). Além disso, evidências indicam a importância desta variável na adoção e manutenção de um programa de AFs, na intenção de ser fisicamente ativo, na auto-eficácia física e no controle comportamental percebido em ambientes de AF (DISHMAN & SALLIS, 1994).

De acordo com CHOGAHARA et alli (1998) e DEPS (1993), o apoio social pode advir de uma variedade de origens, entre as quais, cônjuges, filhos, outros membros da família, amigos, médicos, o próprio programa de AF (através do professor e do grupo de alunos). Esse apoio geralmente é definido como a demonstração de uma atitude positiva em relação ao programa de AF e o encorajamento para se envolver nele, exercendo uma influência positiva na sua adesão.

Pesquisas apontam que os aspectos qualitativos das relações de suporte social têm efeito mais significativo para o bem-estar do que os componentes quantitativos. Além disso,

DEPS (1993) ressalva que o apoio social é importante somente na medida em que for percebido como adequado, ou seja, quando corresponder às necessidades experienciadas pelo idoso. Parece que está inversamente relacionado a *stress* físico e psicológico e à suscetibilidade à doenças e à mortalidade. OKUMA (1997) encontrou que a oportunidade dos idosos se sentirem amparados por um grupo, neste caso, o grupo da AF, constituiu importante suporte social, fundamental para que eles lidassem com eventos causadores de *stress*.

DISHMAN (1988) e SALLIS & HOVELL (1990) apontam que o apoio social e do cônjuge parecem ser importantes preditores da participação em programas para a população adulta. Entretanto, quando se trata de idosos, como muitos sofrem grandes mudanças em seu contexto social e familiar, ressalva-se não se saber ao certo qual seria a influência deste fator. Por outro lado, um estudo de SALLIS et alli (1989) concluíram que o nível de AF de mulheres mais velhas foi mais fortemente determinado pelo apoio de seus pares do que para mulheres mais jovens (menos de 50 anos). WANKEL, MUMMERY, STEPHENS & CRAIG (1994) reportam que apesar de ser prematuro concluir que há diferenças etárias nas relações entre apoio social e AF, apontam algumas evidências que o apoio social é ainda mais importante para o envolvimento em AFs para pessoas idosas do que para a população mais jovem (menos de 60 anos). Corroborando estes achados, O'BRIEN COUSINS (1995) relatam que entre as mulheres com mais de 70 anos, o apoio social é tão importante quanto a auto-eficácia para explicar a adesão à AF.

Segundo YOUNG et alli (1995), homens sedentários tiveram valores de apoio social mais baixos comparados aos homens e mulheres irregularmente ativos e mulheres sedentárias. Para WEINBERG & GOULD (1995), o cônjuge tem grande importância na adesão ao exercício, podendo sua atitude exercer mais influência do que a própria atitude da pessoa. OLDRIDGE, DONNER, BUCK, JONES, ANDREW, PARKER, CUNNINGHAM, KAVANAGH,

RECHNITZER & SUTTON (1983) encontraram que os níveis de desistência entre pacientes cujas esposas foram indiferentes ou tiveram atitudes negativas em relação ao programa, foram três vezes maior do que entre pacientes com apoio da esposa.

Quanto à participação da família, parece ainda obscura a relação com os níveis de AF. No entanto, KING et alli (1992) observaram que a participação e o apoio da família foram fortes preditores da manutenção da AF para as mulheres, mas não para os homens. Parece que problemas familiares percebidos foram associados à adesão pobre. Um estudo realizado no município de Maringá apontou que alguns dos principais motivos relacionados ao desinteresse pela prática da AF e conseqüente inatividade foram a falta de hábito, de companhia e principalmente de incentivos, além de problemas de saúde, depressão e problemas familiares (LIMA et alli, 1994).

Levando em conta estes fatos, poder-se-ia pensar na importância do apoio social entre os próprios membros que constituem um programa de AF e sua importância na determinação da adesão a este programa.

5.3.3.2 Falta de tempo percebida

Alguns estudos apontam que o principal fator relatado tanto para a não-adesão aos programas e um estilo de vida inativo, como para a desistência desses programas é a falta de tempo percebida (DISHMAN, 1993; DISHMAN & SALLIS, 1994; KING et alli 1992). Entretanto, de acordo com DISHMAN (1993), não está claro ainda se o tempo representa um determinante ambiental, um determinante percebido, uma incapacidade de seu planejamento ou se é a racionalização da falta de motivação para realizar AF.

Assim, apesar desta ser a mais freqüente razão atribuída para a inatividade, parece que é mais uma percepção do que uma realidade. Segundo WEINBERG & GOULD (1995), esta falta de tempo percebida reflete uma falta de interesse ou

comprometimento em relação à AF, já que as pessoas fisicamente ativas parecem ter o mesmo tempo disponível que aquelas sedentárias (WANKELE, 1988), vendo o tempo como uma barreira para a AF, tanto quanto estas últimas. Assim, pessoas sedentárias que apresentam falta de motivação para realizar AFs, podem racionalizar este fato entendendo-o como falta de tempo, revelando, além disso, uma prioridade pessoal.

Parece, então, importante verificar se percepções ou crenças sobre tempo livre são relacionadas à adesão à AF para idosos, já que, para pessoas de 18 a 64 anos, é a razão mais freqüentemente apontada para inatividade, apesar de pessoas inativas e ativas aparentemente terem a mesma quantidade de tempo livre semanalmente. Neste sentido, segundo DISHMAN (1988), o aumento do tempo livre para pessoas com 65 anos ou mais pode parcialmente explicar porque americanos e canadenses destas faixas etárias têm maior participação em AF do que pessoas de 50 a 64 anos.

DISHMAN & SALLIS (1994) sugerem que os valores de adesão variam de 50% a 80% durante os primeiros seis meses e caem para menos de 50% após um ano. Estes dados refletem resultados acumulados de estudos com adultos mais jovens (menos de 55 anos), podendo não ser representativo da adesão entre idosos (KING et alli, 1992). Para MARTIN & SINDEN (2001) pessoas idosas podem ser mais aderentes aos programas de AF devido a sua maior preocupação com saúde e maior tempo livre disponível para AF do que adultos mais jovens.

Um estudo de PEREIRA & SOUZA (1994), realizado em Braga (Portugal) com 158 idosos com mais de 65 anos, aponta que o tempo disponível para práticas de lazer na velhice aumenta, sendo o tempo predominante, seguido do tempo gasto com o sono, cuidados com a higiene pessoal, alimentação e cuidados domésticos. Parece que no tempo livre de pessoas aposentadas predomina um conjunto de atividades escolhidas pela própria pessoa para seu repouso, sua distração, seu aperfeiçoamento em

atividades corporais, manuais, artísticas, intelectuais e sociais. Os mesmos autores afirmam que a ocupação do tempo de lazer para idosos tem um sentido profundo, do qual depende, muitas vezes, seu estado de satisfação pessoal, seu estado de saúde geral e sua inserção social. Não é um tempo residual, mas um tempo existencial, tendo um alto valor estruturante.

Os resultados deste estudo apontaram que as atividades mais difundidas entre este grupo etário são as horas de café, os jogos de cartas, entre outros, sendo menor a participação em grupos para prática de AFs. Foi verificado, também, que para 26,1% desta amostra a principal ocupação foi o cuidar da casa, seguida pelas atividades de lazer (ver TV, ler, passear, atividades artísticas etc.), aparecendo a seguir trabalhos com agulha, cuidar de netos, do cônjuge, dos doentes etc. Houve também diferenças em relação às práticas realizadas por idosos mais jovens (até 75 anos) e idosos mais velhos (mais de 75 anos). Assim, pode-se dizer que quando o problema não é falta de tempo, parece haver falta de iniciativa e de incapacidade de gerir o próprio tempo. As limitações culturais e o analfabetismo presentes nesta amostra parecem ter sido barreiras para uma utilização mais adequada do tempo livre. Sugere-se que há pessoas que não são muito eficientes para "arranjar tempo para AF", não se tratando da quantidade de tempo necessário, mas de como organizá-lo.

5.3.3.3 Proximidade do local da prática

Segundo WEINBERG & GOULD (1995), inadequação, inconveniência ou inexistência de facilidades são razões frequentemente citadas pelas pessoas para não se exercitarem. Vários estudos sobre adesão à AF (KING et alli, 1992; ROBERTSON & MUTRIE, 1989) revelam como uma das principais causas de desistência dos programas, ou de não adesão, a distância entre o local em que este ocorre e o local de residência ou trabalho do indivíduo. Assim, quanto mais próximo de casa ou do trabalho

é o local do programa, maior a probabilidade de um indivíduo iniciar ou permanecer no mesmo.

Alguns estudos (DISHMAN, 1993; KING et alli 1992) afirmam que o acesso fácil ao local da prática é um importante fator de adesão, sobretudo para idosos. Da mesma forma, DISHMAN (1988) aponta que estas facilidades percebidas são preditores confiáveis de participação em programas supervisionados tanto para pessoas de 18 a 64 anos como para aquelas mais velhas, especialmente quando há existência de alguma disfunção física. Entretanto, OKUMA (1997) encontrou que, apesar da maioria dos idosos de seu estudo residirem em locais muito distantes de onde ocorria o programa de AF, esta distância não se mostrou como um obstáculo, tendo refletido um alto grau de motivação, decorrente das experiências resultantes das relações propiciadas pela AF, bem como um grande envolvimento dos idosos com o programa em si.

5.3.4 Fatores do programa

Para DISHMAN (1993), é importante definir se as características da atividade predispõem ou impedem a participação da população em programas específicos. ECCLESTONE et alli (1998) afirmam que, atualmente, muito pouco se sabe sobre as preferências de AFs por parte de pessoas idosas. Não se sabe se certos tipos de programas estruturados de AF têm maior aceitação e sustentam níveis maiores de adesão. Além disso, parece que a complexidade e a conveniência do programa de AF, custo monetário, roupas, acessórios e equipamentos podem influenciar os níveis de adesão (KING et alli, 1992).

Vários estudos (DEPS, 1993; DISHMAN, 1988; LOUGHLAN, 1994; WHALEY & EBBECK, 1997) apontam como principais pontos para a estruturação de programas para idosos a fim de aumentar os níveis de adesão (e participação continuada), o aumento do espectro de atividades (tipo, intensidade, incluindo aquelas que interessam aos homens), a criação de oportunidades seguras

e acessíveis para esta população e a ênfase no divertimento, prazer e interação social nas atividades propostas. Para DEPS (1993), a AF deve ser significativa e prazerosa para acarretar resultados positivos para a satisfação pessoal.

WHALEY & EBBECK (1997) sugerem que entre as estratégias para aumentar a participação de idosos em programas de AF, estão a necessidade de proporcionar maior flexibilidade nos horários das aulas, de criar oportunidades para programas em grupos de pessoas com interesses similares e verificar interesses e motivações destas pessoas em relação aos programas. Um fator importante seria deixar de lado concepções preconceituosas de velhice e elaborar programas que envolvessem um amplo espectro de atividades. Uma outra sugestão interessante é que o professor deveria levar o idoso a identificar quais são as barreiras que estão impedindo sua participação e assim ajudá-lo a elaborar estratégias específicas para lidar com elas.

Uma pesquisa de ECCLESTONE et alli (1998) com 670 idosos, participantes de 12 programas de AF em um centro de AF do Canadá, mostrou níveis de adesão de 59%, 51% e 43%, aos seis meses, 12 meses e 36 meses, respectivamente. Aproximadamente 21% dos participantes se transferiram entre os programas, tendo estes indivíduos apresentado maiores probabilidades de permanecerem no centro em um período de três anos de acompanhamento, o que sugere a importância de se oferecer uma variedade de atividades para que haja possibilidades de escolha.

RESNICK & SPELLBRING (2000) afirmam que intervenções que focalizam em ensinar pessoas idosas sobre os benefícios do exercício, estabelecendo metas apropriadas, aumentando sensações agradáveis associadas com AF podem ser úteis para aumentar a adesão em programas regulares de AF.

Assim, serão analisados, a seguir, alguns fatores estruturais que podem determinar o sucesso ou o fracasso dos

programas de AF, sendo que alguns dos mais importantes são a intensidade da AF, se o programa é individual ou em grupo e as qualidades ou características do professor (WEINBERG & GOULD, 1995).

5.3.4.1 Intensidade da atividade

Para DISHMAN (1988), tipos e quantidades apropriadas de AF para saúde e para incentivar e reforçar a participação devem ser determinados para vários segmentos da população.

DISHMAN & SALLIS (1994) afirmam que o crescente corpo de evidências apoiando os benefícios para a saúde a partir da AF de intensidade moderada levou o U.S. Public Health Service e o American College of Sports Medicine a aumentar as recomendações para que a população se engajasse neste tipo de atividade. Contudo, poucos estudos têm examinado as diferenças nos padrões de adesão para AFs moderadas e intensas.

As pesquisas disponíveis indicam fortemente que AFs moderadas e vigorosas são controladas por diferentes fatores. O forte declínio percebido no total de atividades e em atividades vigorosas com a idade, não é observado para atividades moderadas. Estudos relatando análises separadas para atividades de intensidade moderada têm constantemente notado níveis aumentados de participação com a idade.

Corroborando a colocação anterior, segundo STEPHENS & CASPERSEN (1994), para níveis moderados de AF a evidência para aumentos recentes é consistente. No Canadá, Finlândia e EUA, níveis moderados de AF tornaram-se mais comuns durante os anos 80, havendo declínio nos níveis de sedentarismo. Em resumo, parece que houve um aumento nos níveis de AF em muitos países industrializados, ao menos na última década, e parece que este desenvolvimento consiste principalmente de indivíduos sedentários se tornarem moderadamente ativos, mais do que um aumento significativo da participação de indivíduos em atividades vigorosas.

Assim, parece que AF de intensidade moderada está associada com valores maiores de adoção e manutenção de adesão na maioria da população, especialmente para mulheres (SNYDER, DONNELLY, JABOBSEN, HERTNER & JAKICIC, 1997; WEINBERG & GOULD, 1995). Além disso, sugere-se que a desistência dos programas aumenta conforme aumentam variáveis como número, intensidade e duração das sessões (ROBERTSON & MUTRIE, 1989). A escolha percebida em relação à AF tem sido associada ao aumento da participação de adultos e idosos, o que sugere a importância de se ampliar as opções quanto ao tipo e quantidade de AF para pessoas com mais de 60 anos.

De acordo com KING et alli (1992), mulheres preferem atividades menos vigorosas que os homens, tanto as mais jovens quanto as mais idosas, embora em relação à população idosa as diferenças sejam menores. Para VERTINSKY (1995), a hostilidade popular sobre todas as formas de declínio, especialmente os da velhice, que é vista apenas pelo seu lado negativo, foi manifestada pelos tipos de AF pensados pelos médicos como apropriados para idosos, já que exercícios vigorosos eram sempre contra-indicados. Parece que esta visão dominante na literatura médica foi propagada, principalmente entre as mulheres de classe média. Enquanto homens demonstram níveis mais altos de AF total e para atividades vigorosas, caminhada e outras formas de atividade moderada parecem ser mais aceitáveis para idosos e mulheres (DISHMAN & SALLIS, 1994).

Para DISHMAN (1993), a maioria dos estudos com adultos não demonstrou uma associação entre desistência dos programas e a intensidade da AF ou esforço percebido. No entanto, parece que indivíduos de ambos os sexos provavelmente preferem adotar atividades de intensidade moderada e não se sabe até que ponto a fadiga crônica, provocada por atividades vigorosas, cria uma barreira para a participação, ou se o alívio dessa fadiga, à medida que ocorre o aumento da aptidão física, é um incentivo para dar continuidade ao programa. Além

disso, DISHMAN & SALLIS (1994) apontam que a intensidade da AF está relacionada a riscos de lesões e esta relação parece exercer uma influência poderosa na possibilidade de se adotar ou manter um programa de AFs, uma vez que os valores de possíveis lesões oscilam em 50% por ano para aqueles indivíduos que se engajam regularmente em exercícios de alta intensidade, como por exemplo, corrida.

Já no estudo de YOUNG et alli (1995), a adesão de um ano à AF nos programas de intensidade mais alta foi significativamente maior para indivíduos que eram inicialmente irregularmente ativos, do que para aqueles que eram inicialmente sedentários. Dessa forma, parece que o desconforto enquanto um indivíduo se exercita, afeta a adesão ao programa, já que AFs de alta intensidade são mais estressantes, especialmente para as pessoas que são sedentárias.

5.3.4.2 Atividade física em grupo

De acordo com CHOGAHARA et alli (1998), influências sociais têm importantes funções no âmbito da AF, uma vez que pesquisas indicam que mais de 65% daqueles que se exercitam, escolhem fazê-lo em grupo. Assim, parece que a AF em grupo leva à maior adesão do que AF realizada individualmente, uma vez que oferece prazer, apoio social (WANKELE, 1988), senso aumentado de comprometimento pessoal e oportunidades para comparar os níveis de progresso individual com os de outros. Além disso, fazer parte de um grupo preenche uma necessidade de afiliação e também proporciona outros benefícios em relação ao aspecto psicológico (WEINBERG & GOULD, 1995).

Para DEPS (1993), compartilhar de atividades grupais com pessoas da própria geração favorece o bem-estar do idoso porque facilita a emergência de significados comuns e a maior aproximação interpessoal, permitindo a ocorrência de catarse. Além disso, em atividades grupais, pessoas idosas podem encontrar satisfação pessoal e apoio social, que auxiliam na

prevenção e na cura do stress, já que são ampliadas as possibilidades de ocorrência de suporte global e de interação social, e que solidão e baixos níveis de atividade grupal podem ser preditores de stress e depressão. É importante enfatizar que apesar das atividades em grupo não serem as únicas capazes de diminuir o stress, têm um impacto maior do que as atividades individuais, em decorrência da oferta de suporte social.

No que se refere especificamente a mulheres idosas, um estudo de ROBERTSON & MUTRIE (1989) aponta que mulheres que aderiram a um programa de AF se exercitaram mais em grupos, ou com alguém, comparadas às que não aderiram, sugerindo que a influência de outros têm um efeito de encorajamento aos participantes. Segundo ECCLESTONE et alli (1998), a opção de realizar AF em grupo pode ser particularmente atraente para mulheres idosas, já que estas geralmente reportam mais dificuldades que os homens idosos em encontrar companhia para prática de AF.

Um recente estudo de ESTABROOKS & CARRON (1999) realizado com indivíduos idosos verificou as relações entre coesão do grupo de AF e adesão à AF. Foi concluído que a coesão entre os indivíduos de um grupo tem importante função na participação dos alunos nas aulas, tanto a curto como a longo prazo, aumentando os níveis de adesão.

5.3.4.3 Qualidades do professor

Alguns estudos afirmam que o professor é o mais importante fator para os praticantes identificarem os programas que eles preferem. A simpatia e o conhecimento que o professor demonstra tendem a criar níveis de adesão mais altos, o que enfatiza a importância de se avaliar não só as atividades do programa, mas também o conhecimento e as características do professor (WEINBERG & GOULD, 1995).

Segundo OKUMA (1997), a ação pedagógica que envolve a experiência da AF, que afeta os idosos através das propostas do

programa de AF em si e do modo como o professor se relaciona com os idosos, se revelaram fundamentais para propiciar a mudança de comportamento para a prática da AF. No seu estudo, dentre os princípios que fundamentaram o programa, dois emergiram como importantes: o primeiro referiu-se às pessoas terem consciência do corpo como totalidade e o segundo às informações teóricas fornecidas, constituídas sobre informações básicas sobre o processo de envelhecimento e AF, no qual buscou-se informar os idosos do porquê e como fazer AF, dando assim, significado àquilo que era feito nas aulas e à própria AF. Um outro fator fundamental apontado pelos idosos como um dos motivos do alto grau de envolvimento com o programa foi a possibilidade de participar de um programa no qual o aprender era estimulado.

Com relação ao papel do professor, OKUMA (1997) aponta que se desvelou como de grande importância na motivação de muitos alunos para continuarem participando do programa de AF. Nesta pesquisa, o foco das atenções dos professores esteve sempre centrado no aluno e nunca nas atividades. Os idosos sensibilizaram-se com a constante preocupação dos professores em individualizar o atendimento, em adequar as tarefas às possibilidades de cada um. Ao perceberem que podiam realizar as tarefas propostas, os idosos relataram que se sentiam competentes, emergindo o sentimento de prazer, de divertimento e de satisfação, fundamentais para se sentirem interessados pelo que faziam. Estes achados corroboram aqueles de WANKEL (1993), que afirma que a possibilidade de sucesso na realização de AFs leva o sujeito a sentir-se competente, o que resulta no sentimento de prazer e de diversão, que são elementos essenciais para que as pessoas permaneçam em suas atividades.

Um outro aspecto importante sobre a relação professor-aluno, ressaltado por OKUMA (1997), foi os sujeitos terem relatado vivências envolvendo muita emoção no relacionamento com os professores, o que os levou a se sentirem

respeitados, acolhidos e motivados para realizarem as atividades. Além disso, sentiram-se respeitados ao serem tratados como adultos e não como crianças.

Assim, analisando o que foi anteriormente exposto, a literatura parece realmente indicar distinções entre os fatores de adesão inicial, manutenção, desistência e não adesão à AF.

Em termos de adesão inicial, os determinantes pessoais exercem grande influência sobre este comportamento, além de que permitem traçar um perfil dos praticantes de AFs. Os estudos relatam que homens e mulheres regularmente ativos são significativamente mais jovens, têm grau de instrução mais elevado, fumam menos, têm os mais baixos pesos comparados aos indivíduos sedentários e apresentam valores mais altos de saúde percebida (KING et alli, 1992; YOUNG et alli, 1995).

Os principais determinantes pessoais que levam as pessoas a aderir inicialmente aos programas, como obter benefícios para saúde, controlar o peso, melhorar a aptidão física e reduzir o stress, dentre outros, parecem não ser suficientemente influentes a ponto de determinar a manutenção da adesão. Parece que os fatores que se relacionam com esta referem-se aos determinantes ambientais (SALLIS & HOVELL, 1990) e, principalmente, àqueles relativos às características do programa (WANKELE, 1988), dentre os quais, a compatibilidade entre os objetivos do programa e os objetivos pessoais do indivíduo; a adequação da complexidade das tarefas ao nível do aluno/participante do programa, o que deve gerar um sentimento de competência ao realizar as tarefas motoras; a adequação da intensidade da atividade ao nível de aptidão física do aluno; a sensação de prazer e divertimento ao participar das aulas (BERGER & MCNINMAN, 1993).

Segundo COUSINS & KEATING (1995), respostas sociais antecipadas, o prazer de participar, expectativas mais fortes de auto-eficácia para AF e menores limitações funcionais

(RESNICK & SPELLBRING, 2000) foram vistos como fortes explicações para a manutenção da AF na velhice.

Quanto às razões para se desistir dos programas, pode-se dizer que há influência tanto de fatores pessoais como ambientais (ROBERTSON & MUTRIE, 1989). Parece que o baixo nível de apoio familiar, o uso do fumo, a obesidade e a baixa motivação estão relacionados tanto à baixa adesão como à evasão dos programas de AF. Quanto aos fatores situacionais, haveria uma relação inversa entre a distância do local da prática e a adesão, enquanto que a desistência parece aumentar conforme aumentam variáveis como número, intensidade e duração das aulas.

Em relação aos fatores que determinam a não-adesão aos programas, os estudos apontam como sendo os principais: falta de tempo percebida, falta de conhecimento sobre AF, facilidades inadequadas e fadiga, fatores estes também associados com a desistência dos programas. No entanto, parece que fadiga, muitas vezes é mais mental do que física e é um reflexo do *stress* diário, enquanto falta de tempo pode refletir mais falta de interesse, já que os praticantes parecem ter o mesmo tempo disponível que os não-praticantes. Além disso, tabagismo, ocupação profissional, status sócio-econômico e obesidade podem representar fatores básicos que não só reforçam a vida sedentária, como criam barreiras para adotar ou manter o nível de AF (DISHMAN, 1993).

Parece que mulheres negras, pessoas com menor nível educacional, indivíduos obesos e idosos foram vistos como os grupos mais inativos em termos de AF (KING et alli, 1992) e além disso, homens solteiros, mulheres relatando saúde pobre e fumantes são mais propensos a serem completamente sedentários. Segundo YOUNG et alli (1995), mulheres sedentárias reportaram ter saúde mais pobre e limitações físicas, sendo estas os motivos alegados como impedimento para se envolverem em AFs. Já os homens sedentários tiveram um risco aumentado para doenças,

não somente por causa da idade e pelo fato de serem inativos, mas também porque tinham maior propensão a serem solteiros, fumantes e estarem acima do peso.

Dessa forma, finalizando, pode-se dizer que em termos de estilo de vida, múltiplos fatores influenciam a participação ou não em programas de AF. Parece ser bastante necessário, entretanto, clarificar se os comportamentos de adesão e não adesão são afetados da mesma forma, quando o estudo se restringe, especificamente, a indivíduos idosos, já que existem vários problemas metodológicos que tornam os resultados inconsistentes, havendo generalizações inadequadas.

6 METODOLOGIA

6.1 Amostra

Constituem a amostra deste estudo 41 sujeitos ingressantes no PAAF (Programa Autonomia para Atividade Física) em 1999 e que permaneceram até seu final, dos quais 70,7% são mulheres e 29,3% são homens, com idade média de 69,4 anos (desvio-padrão=4,6 anos).

Inicialmente, a amostra seria constituída dos 50 indivíduos ingressantes no PAAF, a fim de se comparar as pessoas que permaneceram e as que desistiram do programa. Os sujeitos seriam divididos em dois grupos: o grupo que aderiu ao programa (GA) e o grupo que não aderiu ao programa (GNA). Como sujeitos aderentes ao programa (GA), seriam considerados os participantes que permaneceram até o final do curso. Quanto ao grupo de indivíduos que não aderiram (GNA), seriam classificados como tal, aqueles que desistiram do programa antes de seu término. Entretanto, houve alguns problemas durante a coleta de dados: 1) não foi possível fazer contato com um dos sujeitos; 2) três sujeitos recusaram-se a participar; 3) dois sujeitos faleceram neste período. Assim, foram entrevistados somente três sujeitos que não terminaram o programa, mas que constituíram uma amostra estatisticamente

inviável para formar o GNA. Decidiu-se, então, para este estudo, manter somente a análise das pessoas que ingressaram no PAAF e o concluíram, excluindo os três sujeitos que não o terminaram, desfazendo-se, assim, o GNA.

Embora este grupo não tenha sido estudado, vale destacar algumas de suas características: os três sujeitos eram do sexo feminino, com idade média de 72,7 anos (desvio padrão=4,9 anos) e suas características sócio-demográficas eram similares às dos sujeitos do GA, que serão apresentadas adiante. As causas apontadas para desistência foram: 1) um sujeito foi submetido a cirurgia oftalmológica, após oito meses de participação, o que o impediu de continuar por recomendação médica; 2) o segundo sujeito fraturou o braço após dez meses de participação; 3) o terceiro sujeito relatou sentir dores nas pernas e cansaço demasiado após seis meses.

Todos os sujeitos foram voluntários e estavam de acordo com os objetivos e finalidades do estudo, que foram especificados em um termo de consentimento de participação (ANEXO I).

6.2 Instrumento

Para a realização desta pesquisa foi desenvolvido um questionário (ANEXO II), que foi aplicado para todos os participantes. Este questionário é composto de 39 questões, abertas e fechadas, que abordam os principais determinantes dos comportamentos de adesão e não adesão à AF, mencionados na literatura atual.

As questões de 1 a 9 avaliam os fatores pessoais referentes à idade, sexo, estado civil, tipo de ocupação passada e atual, grau de instrução e renda, características que definem o perfil sócio-demográfico do sujeito, e que afetam principalmente a adesão inicial aos programas (KING et alli, 1992; YOUNG et alli, 1995).

Os fatores comportamentais como tabagismo são abordados pela questão 10, uma vez que esta variável tem se mostrado associada à inatividade e à desistência dos programas de AF, especialmente os de alta intensidade.

As perguntas 11 e 12 avaliam como o sujeito percebe a própria saúde, trazendo uma lista de doenças comuns na velhice, já que pesquisas mostram que tanto boa saúde como saúde ruim têm sido determinantes para engajamento e desistência de programas de AF.

A participação passada em programas de Educação Física escolar e em programas informais supervisionados de AF em fases anteriores da vida do indivíduo é verificada através das perguntas 13, 14 e 15. A inclusão desta variável decorre dos resultados de alguns estudos com pessoas idosas, que sugerem haver ligação entre a história de AF vivida na infância, juventude e idade adulta e a atividade física atual (COUSINS & KEATING, 1995; DISHMAN & SALLIS, 1994; WEINBERG & GOULD, 1995). As questões 16 e 17 referem-se, respectivamente, aos motivos para a prática de AF e às barreiras percebidas que poderiam dificultar a participação no programa.

Os fatores situacionais ou ambientais, que podem promover ou dificultar a participação no programa, como, proximidade do local da prática, apoio social e participação da família são levantados nas perguntas de 18 a 29. As questões de 30 a 34 avaliam aspectos relacionados com o professor de Educação Física responsável pelo programa, enquanto que as questões de 35 a 39 abordam características do programa em si, como adequação das tarefas e intensidade das aulas, que estão relacionadas à manutenção da adesão em programas específicos (DISHMAN, 1993).

6.3 Procedimentos

6.3.1 O PAAF

O PAAF é um programa de educação física destinado a indivíduos do sexo feminino e masculino com idade igual ou superior a 60 anos. É desenvolvido na Escola de Educação Física e Esporte da USP e constitui-se de duas sessões semanais de 120 minutos, tendo a duração de 12 meses. Seu objetivo principal é levar o idoso a ter autonomia para auto-gerir um programa de AF.

O curso é composto de atividades práticas e teóricas. As atividades práticas têm como objetivo levar o idoso a:

- a) adquirir conhecimentos sobre seu corpo e conscientizar-se dele, das suas capacidades funcionais, das suas habilidades motoras e das suas limitações;
- b) desenvolver domínio mínimo sobre suas habilidades motoras e aumentá-lo, na medida do possível, de modo a ampliar o domínio do corpo e do espaço;
- c) melhorar as capacidades físicas e motoras como força, flexibilidade, capacidade aeróbia, agilidade, equilíbrio, tempo de reação e de movimento, para aumentar a aptidão física;
- d) descobrir o prazer de movimentar-se e de dominar o próprio corpo em diferentes situações motoras. O conteúdo desenvolvido nas aulas práticas compreende: a) atividades de reestruturação corporal; b) atividades de relaxamento e massagem; c) atividades com exercícios respiratórios; d) atividades aeróbias; e) atividades de força e flexibilidade; f) atividades para melhorar o controle motor como agilidade, tempo de reação e tempo de movimento, equilíbrio e atividades rítmicas.

As atividades teóricas têm como objetivo: a) levar o idoso a valorizar e reconhecer o valor da AF para manter sua qualidade de vida; b) informar sobre a estruturação e funcionamento do corpo humano e suas alterações decorrentes do processo de envelhecimento; c) conhecer as implicações positivas da AF neste processo; d) saber quais AFs fazer para lidar com

esse processo e como fazê-las. O curso é desenvolvido por um grupo de professores de Educação Física e coordenado pela Prof^a Dr^a Silene Sumire Okuma.

É importante ressaltar que os princípios que orientam a proposta do PAAF baseiam-se na consideração e no respeito pelo idoso, levando em conta os aspectos de desenvolvimento presentes na velhice (OKUMA, 1997). A ação pedagógica utilizada neste programa considera os idosos pessoas adultas, que apesar das restrições impostas pelo processo de envelhecimento, têm possibilidades de desenvolvimento, não sendo tratados, portanto, com sentimentos de compaixão ou de excessivos cuidados, mas com base na realidade potencial de cada indivíduo.

6.3.2 Coleta dos dados

Foi feito um contato prévio com a coordenadora do PAAF, a partir do qual obteve-se autorização para a realização da coleta de dados, que se deu após o término do programa. O contato com cada sujeito foi realizado através de telefonema, quando agendou-se o dia e a hora para a aplicação do questionário.

Os sujeitos responderam ao questionário na EEFUSP e foram orientados individualmente por um auxiliar de pesquisa, que foi uma pessoa desconhecida dos participantes deste estudo, tendo sido previamente treinada para desempenhar tal função, seguindo os seguintes procedimentos:

- a) informar ao sujeito sobre o estudo, ressaltando a importância de responder ao questionário com sinceridade, mantendo sigilo em relação às respostas;
- b) deixar o sujeito à vontade, relaxado e acolhido para a aplicação do questionário;
- c) introduzir o assunto para cada bloco de questões;
- d) deixar o sujeito pensar para responder;

e) ler todas as questões e todas as alternativas sempre;

f) repetir as perguntas quantas vezes necessário;

g) não induzir as respostas dando exemplos;

h) anotar as respostas no questionário, nunca o sujeito.

O cuidado em se utilizar um auxiliar de pesquisa para a coleta de dados se deu a fim de garantir maior confiabilidade em relação à sinceridade das respostas, uma vez que atuei como professora deste grupo, o que poderia interferir nas respostas dos sujeitos.

6.4 Variáveis de estudo e análise estatística

Após a coleta dos dados, verificou-se que apenas três sujeitos não aderiram ao programa. Sendo assim, não foram feitas comparações estatísticas entre os dois grupos (GA e GNA), devido ao pequeno número de pessoas que não aderiram ao PAAF.

As variáveis de estudo foram:

a) fatores pessoais: gênero, idade, grau de instrução, renda (*status* sócio-econômico), estado civil, saúde percebida, participação anterior em programas de AF, razões para fazer AF;

b) fatores comportamentais: tabagismo e tipo de ocupação;

c) fatores situacionais: apoio social e participação da família, proximidade do local da prática;

d) fatores do programa de AF em si: intensidade da atividade, adequação das atividades e características do professor.

As variáveis foram analisadas descritivamente por meio de médias, desvios-padrão, valores extremos e porcentagens.

6.5 Limitações do estudo

As limitações desta pesquisa relacionam-se, principalmente, com o instrumento que foi utilizado para a coleta de dados, uma vez que se fez uso de um questionário que se utilizou, predominantemente, de questões fechadas, limitando as respostas dos sujeitos. Além disso, outro ponto importante a ser considerado é que muitas questões são relativas à percepção da pessoa em relação a vários aspectos abordados no estudo, dentre os quais, percepção da intensidade da atividade, percepção do próprio estado de saúde, o que traz as limitações inerentes aos auto-relatos.

6.6 Delimitações do estudo

a) Este estudo foi realizado em um centro urbano (São Paulo), e em um programa de educação física oferecido por uma universidade pública, cuja população pode apresentar características específicas e diferentes de outras localidades e instituições.

b) A pesquisa se restringe a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (idade cronológica utilizada pela OMS como marco para o início da velhice em países em desenvolvimento).

c) O comportamento de adesão à AF foi analisado em um programa supervisionado (PAAF - Programa Autonomia para a Atividade Física - realizado na Escola de Educação Física e Esporte da USP), não podendo os resultados serem generalizados para AF auto-gerida.

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados sobre o perfil dos idosos que aderiram ao programa até o final, considerando os fatores influentes na adesão, são apresentados em três blocos: 1) fatores pessoais (características sócio-demográficas, percepção de saúde, participação passada em programas de AF, razões para fazer AF);

- 2) fatores comportamentais (tabagismo, ocupação profissional);
- 3) fatores ambientais (conveniência do programa, apoio social e participação da família, características do programa).

7.1 Fatores pessoais

7.1.1 Características sócio-demográficas

Conforme DISHMAN (1988) e MARTIN & SINDEN (2001), determinantes pessoais são predisposições que podem identificar pessoas que provavelmente terão maior resistência para participação em AFs, parecendo influenciar, principalmente, a adesão inicial ao exercício. Fazem parte dos determinantes pessoais, características como: gênero, idade, grau de instrução, renda, raça e etnia, estado civil, saúde percebida, participação anterior em programas de AF, razões para praticar AF, conhecimento e crenças nos benefícios da AF para saúde, traços psicológicos, benefícios percebidos com a AF e fatores fisiológicos como peso corporal e problemas médicos gerais.

As características sócio-demográficas dos sujeitos deste estudo, apresentadas na TABELA 1, evidenciam que a maioria constituiu-se de mulheres (70,7%; n=29), sendo a idade média do grupo 69,4 anos (desvio padrão=4,6 anos). Verifica-se que 58,5% dos sujeitos são casados e 29,3% viúvos, sendo que grande parte (65,9%) mora com o cônjuge e/ou filhos. Pode-se verificar que esta amostra apresenta graus de instrução bastante heterogêneos, uma vez que 53,7% distribuem-se até o grau ginásial completo, 4,9% têm o nível colegial incompleto, 9,8% têm o colegial completo e 31,7% chegaram a frequentar a faculdade. Observa-se que a renda mensal variou entre R\$0,00 e R\$8500,00, com média de R\$1402,85 (desvio padrão=R\$1608,86). Apesar da grande variação, nota-se que a maior parte dos sujeitos (n=26) concentra-se entre rendas de R\$260,00 e R\$1400,00, sendo aproximadamente 90% aposentados e/ou donas-de-casa.

TABELA 1 - Características sócio-demográficas dos participantes do PAAF, em frequência e porcentagem

VARIÁVEL	Categoria	N	%
Idade (anos)	62-65	12	29,2
	66-70	11	26,9
	71-75	17	41,5
	86	1	2,4
Gênero	Feminino	29	70,7
	Masculino	12	29,3
Estado civil	Casado	24	58,5
	Solteiro	2	4,9
	Viúvo	12	29,3
	Divorciado	3	7,3
Mora sozinho	Sim	14	34,1
	Não	27	65,9
Renda (R\$)	0,00-151,00	3	7,3
	260,00-400,00	7	17,0
	450,00-650,00	7	17,0
	700,00-1000,00	6	14,6
	1100,00-1400,00	6	14,6
	1700,00-2000,00	5	12,2
	2400,00-3000,00	5	12,2
	6000,00-8500,00	2	4,9
Ocupação	Empregado	4	9,8
	Desempregado	0	0
	Aposentado	31	75,6
	dona-de-casa	6	14,6

Continua

TABELA 1 - Características sócio-demográficas dos participantes do PAAF, em frequência e porcentagem (cont.)

VARIÁVEL	Categoria	N	%
Escolaridade	Analfabeto	0	0
	Sabe ler e escrever	1	2,4
	1ºg. incompleto	15	36,6
	1ºg. completo	6	14,6
	2ºg. incompleto	2	4,9
	2ºg. completo	4	9,8
	Superior incompleto	3	7,3
	Superior completo	10	24,4
Total		41	100

Das características sócio-demográficas apresentadas, observa-se que a maior parte dos sujeitos que aderiram ao programa foram mulheres, o que corrobora dados encontrados na literatura (FARIA JÚNIOR, 1994; SLESZYNSKI & BLONSKA, 1994; WHALEY & EBBECK, 1997), que apontam maior predominância de mulheres idosas participando de programas supervisionados de AF em relação à participação masculina. Pode-se dizer que o alto percentual de mulheres em grande parte dos programas está além de uma certa correspondência com o maior percentual de mulheres idosas atualmente. Para SLEZYNSKI & BLONSKA (1994), o homem com mais de 60 anos encontra mais oportunidades de pontos de encontro do que a mulher, como por exemplo, clubes, grêmios recreativos, praças, bares etc. Uma outra possível explicação é que muitas vezes os homens consideram alguns programas oferecidos, como ginástica, hidroginástica, Yoga etc., inadequados, por acharem que atendem exclusivamente às necessidades femininas, exigindo pouco ou nenhum esforço físico.

Um estudo de WHALEY & EBBECK (1997) encontrou diferenças evidentes para homens e mulheres no que se refere às restrições para participação em um programa de AF. Para as mulheres, as restrições mais apontadas foram problemas de saúde, o que coincide com aquelas mencionadas pelas três mulheres que desistiram do programa antes do final. Já para os homens, as restrições mais citadas foram tipo de aula oferecido (baixa intensidade das atividades), falta de tempo disponível e falta de conhecimento e informações sobre os programas, razões que talvez também possam explicar o pequeno percentual de homens neste estudo.

Estes resultados são diferentes daqueles levantados para o segmento de adultos mais jovens, em que se observa maior concentração de homens em relação às mulheres em programas supervisionados de AF. Tal fato levanta uma outra questão: será que os homens mais velhos deixam de fazer AF ou será que eles a fazem sem supervisão? Esta é uma questão que merece investigação. Assim, um primeiro aspecto do perfil do praticante idoso em programas de AF supervisionado começa a se delinear: há mais mulheres idosas do que homens idosos neste tipo de programa.

Em relação ao estado civil, a maioria (58,5%) é casada e mora com marido/esposa e/ou filhos (65,9%). Parece que estes sujeitos podem ter valores mais altos de apoio social para prática de AF por parte da família do que indivíduos idosos solteiros, que têm sido associados com índices menores de adesão a programas (YOUNG et alli, 1995). É interessante notar que na amostra desta pesquisa, apenas dois indivíduos eram solteiros, o que vai ao encontro dos dados descritos anteriormente.

Sobre o grau de instrução, vários estudos (DISHMAN & SALLIS, 1994; KING et alli, 1992; RHODES et alli, 1999; STEPHENS & CASPERSEN, 1994) apontam para uma correlação positiva entre esta variável e adesão à AF, tanto na fase

adulta como na velhice, já que existe maior probabilidade, devido a este fato, das pessoas terem maior acesso à informações sobre benefícios da AF e até maiores condições financeiras para participarem dos programas. Entretanto, os dados encontrados nesta amostra são diferentes, já que mais da metade não tinha alto nível de escolaridade, o que só ocorreu para aproximadamente 30% dos sujeitos. É interessante notar que 53,7% da amostra concentraram-se até o grau ginásial completo. Isto pode significar que para indivíduos idosos, talvez nível de escolarização não seja um fator predisponente para a prática de AF, como o é em grupos etários mais jovens, o que talvez possa delinear um perfil diferente de adesão para indivíduos idosos em relação a este aspecto.

Quanto ao *status* sócio-econômico dos sujeitos desta pesquisa, os resultados parecem bastante diferentes daqueles encontrados na literatura relativos à população adulta, já que há uma variação de renda bastante grande (R\$0,00 e R\$8.500,00), o que evidencia pessoas de várias classes sociais participando deste programa. Talvez esta grande variabilidade possa ser explicada pelas formas de divulgação do curso, que ocorreu tanto através do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, que atende pessoas de baixa renda, quanto pela Rádio USP, Jornal da USP, Universidade Aberta à 3ª Idade da USP, e particularmente, por indicação de ex-alunos do PAAF.

A alta variabilidade de renda dos participantes observada através dos resultados deste estudo mostra que baixa renda não se caracterizou como uma barreira para prática de AF dos sujeitos, diferentemente do que foi observado por outros estudos (DISHMAN & SALLIS, 1994; KING et alli, 1992). Assim, a variável alta renda ou alto nível sócio-econômico não se confirma como uma das características dos idosos aderentes a este programa de AF.

DISHMAN & SALLIS (1994) relatam alguma relação entre adesão à AF e renda. Os autores mostram que grupos de baixa

renda podem participar menos de programas de AF, uma vez que têm maior probabilidade de serem relativamente desinformados sobre os benefícios para a saúde advindos da AF e sobre sua forma e quantidades apropriadas. Além disso, pode-se dizer que nem todos têm condições de pagar taxas ou mensalidades, muitas vezes, relativamente altas, que cobram clubes e academias.

Quando se trata da população idosa, entretanto, parece mais difícil estabelecer relações, devido ao evento da aposentadoria, que tem como primeira consequência para a pessoa uma mudança no modo de utilizar seu tempo e na quantidade de recursos disponíveis. Parece que esta variável "aposentadoria" é um forte determinante para a adesão à AF na velhice, visto que permite um tempo livre ampliado, o que por sua vez, permite a inclusão de atividades na rotina dos idosos. É importante ressaltar que não praticar AF por falta de tempo é uma justificativa para grande parte da população adulta.

Segundo DUMAZEDIER (1994), a experiência de um tempo livre dominante na velhice pode permitir melhor aprofundar o sentido das atividades voluntárias de lazer, para a realização de si próprio. De acordo com este autor, o desenvolvimento de práticas corporais orientadas para a saúde, a forma e o prazer do próprio corpo aumentam cerca de 37% para homens e mulheres após a aposentadoria e têm uma amplitude e um caráter ao mesmo tempo mais lúdico e mais existencial. Estas práticas têm para o aposentado um sentido profundo, do qual depende freqüentemente seu estado de satisfação pessoal, seu estado de saúde geral e sua inserção social.

Pode-se dizer que para a amostra deste estudo, alto nível de escolaridade e renda não foram determinantes que influenciaram a adesão ao programa, já que mais da metade dos sujeitos têm baixo grau de instrução e há pessoas de todos os níveis sociais, o que talvez possa ser pensado como uma realidade da população idosa brasileira quando se observa

outros programas supervisionados de AF em instituições como centros comunitários, unidades do SESC, entre outros.

7.1.2 Percepção de saúde

O conceito saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre a qualidade de funcionamento de sua saúde física e mental (DE VITTA, 2001). Com relação a este determinante, 92,7% dos sujeitos consideraram sua saúde boa, tomando como indicadores para fazer tal avaliação tanto aspectos de bem-estar, presença/ausência de dores, uso de medicamentos, etc., como comportamentos que eles adotam para manter sua boa saúde como "não cometer excessos", "ter amor pela vida", etc. As razões mencionadas são apresentadas em ordem de prevalência, com as respectivas frequências:

- ter boa disposição (7)
- cuidar da alimentação (7)
- visitar periodicamente o médico; realizar exames de rotina; controlar as doenças (6)
- ter muita energia; ser muito ativo (6)
- sempre ter feito AF (6)
- sentir-se bem (5)
- não sentir dores (4)
- ter bom humor (3)
- não cometer excessos (3)
- não tomar remédio (2)
- dormir bem (2)
- ser independente (2)
- ter amor pela vida (2)
- não ter problemas (1)
- ter tido a juventude regrada (1)
- ter vontade de viver (1)

- ser muito contente (1)
- enfrentar os problemas com otimismo e alto astral

(1)

- ter coração bom (1)
- sentir dores que permitem fazer AF (1)
- nunca ter tido doença grave (1)

Dentre os motivos apresentados por aqueles (7,3% dos sujeitos) que responderam não ter boa saúde encontram-se algumas doenças como: artrose, problemas de coluna, ansiedade, depressão, problemas cardíacos, respiratórios e medo.

Como pode ser verificado na FIGURA 1, das doenças relacionadas, as mais comuns em pelo menos 25% dos sujeitos foram: hipertensão, osteoporose, artrose, dores na coluna, dores articulares, problemas de visão e depressão.

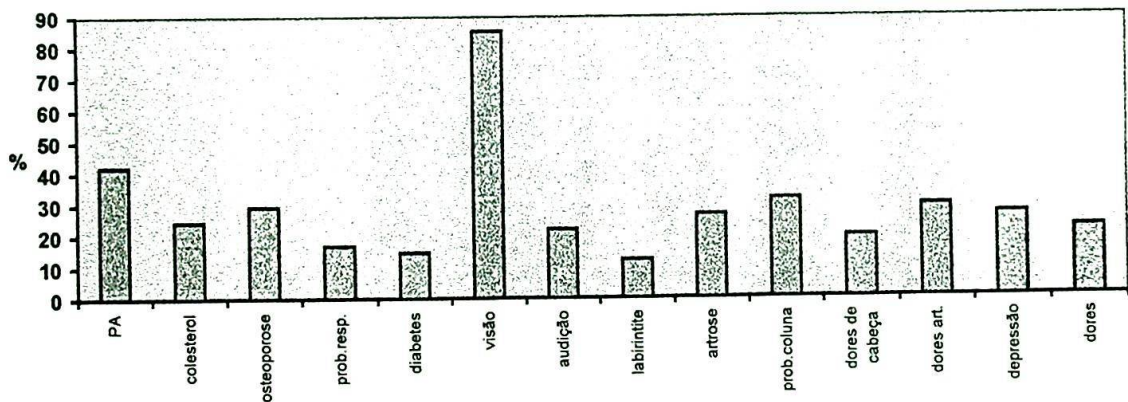


FIGURA 1 - Problemas de saúde prevalentes na amostra, apontados pelos sujeitos

Aqui é importante notar que mesmo sujeitos que assinalaram um grande número de problemas de saúde, classificaram sua saúde como boa. Estes achados são concordantes com aqueles encontrados por DE VITTA (2001), já que a noção de que os idosos teriam a saúde percebida diminuída por apresentarem grande número de doenças não foi confirmada,

uma vez que se mostraram satisfeitos com a própria saúde. Segundo o autor, estes achados podem ser explicados pelo fato de que os idosos aceitam as perdas de sua capacidade funcional como consequência do envelhecimento e não como piora de sua saúde percebida.

Parece que os sujeitos do presente estudo relacionaram boa saúde muito mais com cuidados com qualidade de vida e estados emocionais positivos como ter energia, ser feliz, ter bom humor, vontade de viver, ser otimista, do que com problemas clínicos de saúde. Hábitos de vida saudáveis, que excluem consumo de cigarro e de álcool, alimentação adequada, intervenções médicas, vínculo social, senso de controle e de auto-eficácia, crescimento pessoal contínuo e prática de AF são fatores que influenciam tanto a percepção de saúde como o bem-estar físico e subjetivo. De acordo com DE VITTA (2001), níveis mais altos de saúde percebida em indivíduos ativos quando comparados a sedentários, podem ser devidos aos efeitos da AF sobre a saúde física e psicológica. Melhoras na capacidade fisiológica para a realização das AVDs, a redução de doenças crônicas e dos níveis de depressão e do aumento do senso de controle e de auto-eficácia fazem com que o indivíduo se perceba como mais saudável. A percepção destes benefícios da AF podem ter influenciado os sujeitos desta pesquisa na avaliação da própria saúde, já que quando questionados sobre as razões pelas quais continuaram participando do PAAF até seu final, entre os motivos apontados, foram relacionados os benefícios percebidos da AF para saúde, como será discutido mais adiante.

Apesar dos dados apontados pela literatura serem inconclusivos em relação à condição de saúde e adesão à AF, já que segundo algumas pesquisas (SALLIS & HOVELL, 1990) tanto ter boa saúde como ter saúde ruim tem sido consideradas razões para evitar e se engajar em programas de AF, para o grupo que aderiu ao programa neste estudo parece que "boa saúde" influenciou positivamente sua participação. Estes resultados são

semelhantes aos encontrados por JETTE, ROOKS, LACHMAN, LIN, LEVENSON, HEISLEIN, GIORGETTI & HARRIS (1998) que avaliaram 102 indivíduos sedentários de idades entre 60 e 94 anos, participantes de um treinamento de resistência e revelaram que atitudes positivas e um senso de controle sobre a AF, níveis mais baixos de estados depressivos e menor incidência de novos problemas de saúde durante o programa foram relacionados com níveis mais altos de adesão.

De acordo com KING et alli (1992), parece que o conhecimento de incapacidade ou falta de habilidade, baixa aptidão física ou fatores de risco para a saúde são insuficientes para levar à participação em AFs, sendo que pessoas que se consideram saudáveis são mais ativas fisicamente do que pessoas com problemas médicos.

Outros estudos (PEREIRA & SOUZA, 1994; RHODES et alli, 1999; SHEPHARD, 1987; YOUNG et alli, 1995) relatam que pessoas idosas que consideram sua saúde pobre e percebem-se frágeis fisicamente são improváveis participantes de programas de AF, sendo esta a razão mais relatada por idosos para justificar sua inatividade.

Quanto a este determinante, é interessante notar que tanto as pessoas que aderiram ao PAAF, quanto aquelas que não aderiram consideravam sua saúde boa, apresentando basicamente os mesmos problemas clínicos como os mais prevalentes. A princípio, poder-se-ia dizer que este não foi um fator que interferiu nos comportamentos de adesão ou não adesão ao programa. Entretanto, quando se analisa as razões apontadas pelas três mulheres para não terem participado do PAAF até seu final, encontram-se problemas de saúde pessoais, o que sugere que estes interferiram diretamente no comportamento de não adesão.

7.1.3 Participação passada em programas de AF

Com relação à participação anterior dos sujeitos em programas supervisionados de atividade física em diferentes fases do ciclo de vida, como pode ser verificado na TABELA 2, apenas 4,9% dos sujeitos participaram deste tipo de programa até os 12 anos; 17,1% participaram entre 12 e 20 anos; 14,6% entre 21 e 30 anos; 36,6% entre 31 e 50 anos; e 36,6% entre 51 e 60 anos. É interessante notar que 17 sujeitos (41,4%) só iniciaram sua participação em programas supervisionados de AF após os 60 anos.

TABELA 2 - Participação anterior dos sujeitos em programas de AF supervisionados

Período	N	%
< 12 anos	2	4,9%
12 aos 20 anos	7	17,1%
21 aos 30 anos	6	14,6%
31 aos 50 anos	15	36,6%
51 aos 60 anos	15	36,6%
> 60 anos	17	41,4%

Sobre a participação em aulas de Educação Física escolar, 13 sujeitos (31,7%) não a tiveram como disciplina do currículo escolar, enquanto que 28 (68,3%) a tiveram. Destes, 27 sujeitos (65,9%) relataram ter participado das aulas de Educação Física na escola.

Analisando os resultados, observa-se que a porcentagem de sujeitos que participou de programas supervisionados foi maior a partir dos 31 anos, sendo bastante baixa nos estágios anteriores. Além disso, mais de 40% dos sujeitos só iniciaram sua participação após os 60 anos.

Estes achados não confirmam aqueles encontrados na literatura (DISHMAN, 1993; MORGAN & O'CONNOR, 1988; YOUNG et alli, 1995) que afirmam que para programas de AF supervisionada, a participação passada é o preditor mais confiável de participação presente e futura para homens e mulheres adultos. Estes estudos sugerem que experiências de AF no passado têm uma correlação positiva com os padrões de AF na fase adulta, contribuindo em conhecimento, habilidade e predisposição para participação em AFs nos anos seguintes, bem como na velhice (RHODES et alli, 1999). COUSINS & KEATING (1995) e WHALEY & EBBECK (1997) sugerem que adultos que têm um repertório de AFs limitado podem ter desvantagens para prosseguir ou iniciar com estas durante a velhice, principalmente as mulheres.

De acordo com SEEFELDT (1986), indivíduos que participaram de programas de EF escolar podem aumentar seus níveis de aptidão física e adquirir conhecimento necessário, bem como níveis de divertimento que são essenciais para adesão a programas de AF no futuro. MARTIN & SINDEN (2001) encontraram que para idosos, a história de AF no passado foi um preditor confiável de adesão à AF no futuro.

Considerando a pequena porcentagem de sujeitos que participou de programas de AF em outras fases da vida e que 17 sujeitos (41,4%) iniciaram sua participação apenas após os 60 anos, parece que, como afirma DISHMAN (1988), a associação entre participação em AF no passado e participação no presente pode ser menos direta para idosos devido à atividades ocupacionais e econômicas que sofrem alterações com a idade. Ou seja, pode-se dizer que com a chegada da velhice, tanto para homens e mulheres, na maioria das vezes, ocorre um aumento do tempo livre para atividades de auto-cuidado e de lazer, em função de eventos como aposentadoria, diminuição de responsabilidades domésticas para as mulheres, como cuidar da casa e maternidade devido ao crescimento dos filhos etc., o que

pode ter criado disponibilidade para participar de programas de AF nesta fase da vida.

Uma outra explicação para estes resultados pode ser o fato da "popularização" da AF nos últimos anos, com o aumento de espaços para esta prática, como academias, clubes, centros recreativos e uso de espaços públicos. Também pode-se considerar o aumento da divulgação dos benefícios da prática regular da AF, através da mídia, das recomendações dos médicos, dentre outros, o que é algo recente. Ambos os fatores, inexistentes em épocas passadas podem ter sido uma condição que não estimulava as pessoas a praticarem AF, diferente do que se tem atualmente. Esta mudança de comportamento da sociedade possivelmente também influenciou o comportamento deste grupo para a prática da AF. Entretanto, esta é uma condição a ser investigada em futuros estudos.

7.1.4 Razões para fazer AF

Neste item, são apresentadas as razões relatadas pelos sujeitos para se inscrever e iniciar o programa e aquelas que os fizeram permanecer no PAAF até seu final, já que a adesão inicial e a manutenção da adesão a um programa de AF são comportamentos influenciados por fatores distintos.

Quando se perguntou aos sujeitos por quê eles ingressaram no PAAF, as principais razões apontadas foram relacionadas à indicação de amigos, crença nos benefícios da AF para saúde, indicação médica e busca de convívio social. Abaixo, são descritas as principais razões para iniciar o programa e a frequência com que elas apareceram (TABELA 3).

TABELA 3 - Razões apresentadas pelos sujeitos para iniciarem sua participação no PAAF

<u>Categoria</u>	<u>Frequência</u>
Indicação de amigos	17
Melhorar a saúde (as principais doenças apontadas foram: mal de Parkinson; bronquite; depressão; problemas posturais; dores nos braços)	10
Busca de convívio social (problemas de solidão)	6
Indicação médica	4
Ter intenção de fazer AF	3
Gostar de AF	2
Melhora da qualidade de vida	2
Incentivo de familiares	2
Emagrecer	1
Próximo de casa	1
Acompanhar o marido	1
Interesse através de palestra sobre AF	1
Busca de experiências novas	1
Convite da universidade	1
Problemas de depressão	1

Nota-se que a razão "indicação de amigos" foi a mais mencionada para os sujeitos iniciarem o programa. Dezesete deles relataram que vieram para o programa através da indicação de ex-alunos do PAAF dos anos anteriores, que o recomendaram ressaltando, principalmente, a qualidade do programa e dos professores. Parece que a filosofia do PAAF e o tipo de relação professor-aluno que foi estabelecida nestes grupos anteriores foram ao encontro das suas necessidades e expectativas, a ponto de recomendarem o programa para outras pessoas. A mesma identificação com os professores e com o programa pode ser

observada quando os sujeitos deste estudo relatam suas razões para permanecerem no programa, o que será discutido mais adiante.

Quanto às demais razões apontadas, pode-se dizer que os resultados para adesão inicial são concordantes com achados na literatura. Após a "indicação de amigos", a segunda razão mais apontada foi "melhorar a saúde". Segundo WEINBERG & GOULD (1995), um ponto importante que faz as pessoas iniciarem um programa de AF é o conhecimento de seus diversos benefícios, tanto em nível fisiológico como psicológico. Indivíduos que acreditam que a AF tem pouco valor para sua saúde e qualidade de vida, muitas vezes, desistem antes mesmo de iniciarem um programa.

Outra razão apontada "indicação médica", também aparece nos estudos de DISHMAN (1988) e PINTO, GOLDSTEIN, DE PUE & MILAN (1998), que consideram a promoção efetiva da AF pelos médicos um forte determinante de adesão para pessoas idosas. Com relação à "busca de convívio social", observa-se que é uma razão bastante importante apontada por outras pesquisas realizadas com idosos, como FARIA JÚNIOR (1994) E RAMILO (1994).

As razões que os fizeram permanecer no programa (TABELA 4), foram divididas em três categorias: 1) fatores relacionados ao programa em si; 2) benefícios percebidos; 3) aspectos sociais.

TABELA 4 - Razões apresentadas pelos sujeitos para permanecerem no PAAF

Categoria	Frequência
1. fatores relacionados ao programa em si	
Professoras competentes, pacientes e dedicadas	10
Programa agradável	6
Aulas boas e variadas	6
Programa bem desenvolvido	4
Programa com teoria e prática - possibilidade de autonomia para fazer AF	3
Exercícios adequados	1
Trabalho individualizado	1
Programa muito profundo	1
Trabalho direcionado ao idoso	1
Total	33
2. benefícios percebidos	
Alívio dos sintomas de doença; ganhos de saúde	7
Aumento do bem-estar e da disposição	4
Percepção da importância da AF	3
Ter aprendido muito	3
Ganhos na condição física	2
Melhora da postura	2
Percepção de estar se desenvolvendo	2
Sensação de leveza	1
Aquisição de maior agilidade	1
Possibilidade de realização de atividades cada vez mais complexas	1
Aprendizado sobre o próprio corpo	1
Rejuvenescimento	1
Total	28

Continua

TABELA 4 - Razões apresentadas pelos sujeitos para permanecerem no PAAF (cont.)

Categoria	Frequência
3. aspectos sociais	
Amizades (importância do grupo com a mesma faixa etária)	11
Sensação de acolhimento pelas professoras	2
Companheirismo	2
Identificação com o grupo, com o curso e com as professoras	1
Sair de casa	1
Total	17

De fato, notam-se diferenças bastante significativas entre os fatores que influenciaram a adesão inicial dos sujeitos e aqueles referentes à manutenção da adesão. Vários estudos (DISHMAN, 1988; WEINBERG & GOULD, 1995) mostram que o conhecimento e a crença nos vários benefícios da AF sobre a saúde podem motivar a adoção de um programa de AF, mas esta relação não é clara no caso de se reforçar a adesão. Enquanto as razões mais apontadas para começar o programa foram relacionadas à indicação de amigos, motivos de saúde, indicação médica e busca de convívio social, os fatores apontados como fundamentais para permanência no programa foram relacionados ao tipo de conduta dos professores para com os alunos, ao tipo de programa oferecido, aos benefícios percebidos advindos da AF e aos aspectos sociais vividos no grupo.

Observando a categoria 1 da TABELA 4 (fatores relacionados ao programa), pode-se dizer que a ação pedagógica, através das propostas do PAAF e do modo como os professores se

relacionavam com os alunos, constituiu-se fator importante para a adesão.

Quanto às propostas do programa, oferecer ao aluno aulas variadas, com atividades com níveis de complexidade que ao mesmo tempo eram desafiadores e acessíveis a ele, individualizar o trabalho de acordo com suas características pessoais, mas ao mesmo tempo manter uma coesão no grupo que possibilitasse sensações de acolhimento e de companheirismo entre alunos e professores, parece ter sido fator decisivo para que estes sujeitos continuassem no PAAF. A mesma percepção foi observada no estudo de OKUMA (1997), com outros participantes do PAAF 1995.

Em relação ao papel dos professores, foi mencionado como importante para que muitos alunos continuassem participando do programa. Resultado semelhante foi encontrado por OKUMA (1997), em que a preocupação dos professores para com os alunos, a forma de atendê-los em suas necessidades pessoais, demonstrando carinho e respeito foram citados como fatores altamente estimulantes para continuar no programa de AF. A autora aponta que uma ação pedagógica na qual os professores demonstram respeito pelos alunos como pessoas com possibilidades e potencialidades, faz com que se sintam acolhidos e seguros. Os idosos devem ser considerados pelas suas vivências pessoais e a tolerância dos professores com as respostas individuais deve estar sempre presente. A relação professor-aluno deve propiciar vínculos afetivos que se tornem fator determinante para os alunos permanecerem no programa.

Sobre a categoria benefícios percebidos (TABELA 4), o aumento do bem-estar e da disposição, ganhos de saúde e na condição física, a percepção de aprender e estar se desenvolvendo, também foram apontados por outros estudos como importantes fatores para participação continuada. KING et alli (1992) e WEINBERG & GOULD (1995) relatam que a busca por saúde e melhor aptidão física são sempre os principais valores

atribuídos à AF, bem como os determinantes que mais levam as pessoas a aderirem aos programas. De acordo com OKUMA (1997), ter melhor aptidão física e motora, mais saúde e respostas corporais mais eficazes significam a possibilidade de melhor interagir com o mundo. Este ponto é muito importante para pessoas idosas, já que convivem com perdas físicas e motoras inerentes ao processo de envelhecimento. Um estudo realizado por HELLMAN (1997) com 349 idosos com diagnóstico cardíaco concluiu que, auto-eficácia percebida, percepção dos benefícios da AF e apoio interpessoal para AF foram preditores significativos de adesão ao programa.

Quanto à categoria aspectos sociais, nota-se que a possibilidade de desfrutar de amizades e do convívio com pessoas da mesma geração foi mencionada como uma experiência significativa para os sujeitos. Estes resultados corroboram as análises de DEPS (1993), que afirma que compartilhar de atividades grupais com pessoas da própria geração favorece o bem-estar do idoso porque facilita a emergência de significados comuns e a maior aproximação interpessoal, permitindo a ocorrência de catarse. Além disso, ESTABROOKS & CARRON (1999) concluíram que a coesão do grupo de AF desempenha importante função na participação dos alunos nas aulas e na adesão ao programa de AF em si, tanto a curto como a longo prazo.

Segundo GOLDSTEIN (1995), esta possibilidade permite aos idosos vivenciarem experiências tanto de apoio social como de interação social, fatores importantes para a manutenção da adesão em programas de AF. Além disso, permite ao idoso ter uma rede de ligações sociais, novas amizades, onde pode trocar afeto, sentir-se importante, acolhido, valorizado e amado. WANKEL (1993) afirma que a busca da interação social é uma das fortes razões para o envolvimento em AFs na velhice.

7.2 Fatores comportamentais - Ocupação profissional e tabagismo

Em relação à ocupação profissional, 9,8% dos sujeitos continuava trabalhando, 75,6% eram aposentados e 14,6% eram donas-de-casa.

Estudos com a população adulta relatam que a relação entre ocupação profissional e adesão à AF é bastante inconclusiva, estando diretamente ligada à renda e ao grau de instrução (KING et alli, 1992). Parece que pessoas com renda mais alta, maior nível educacional e *status* ocupacional mais elevado têm maior probabilidade de serem fisicamente ativas, podendo-se dizer, então, que tipo de ocupação profissional pode estar relacionado à adesão à AF na população adulta. Entretanto, quando se trata de idosos, estas relações tornam-se mais difíceis devido ao evento da aposentadoria, já que este na maior parte das vezes não só leva a uma diminuição bastante significativa na quantidade de recursos disponíveis, como também provoca alterações na quantidade de tempo livre para atividades de auto-cuidado e de lazer, já que há mudanças nas atividades ocupacionais do indivíduo aposentado, como já discutido anteriormente.

Quanto ao tabagismo, 92,7% não fumam atualmente e 85,4% relataram nunca ter fumado. Estes dados confirmam aqueles encontrados na literatura, em que tabagismo está negativamente relacionado à adesão à AF (DISHMAN, 1993; MARTIN & SINDEN, 2001; WEINBERG & GOULD, 1995). No que se refere à população idosa, especificamente, DISHMAN (1988) afirma que tabagismo tem se mostrado associado à inatividade e à desistência dos programas de AF, principalmente para aqueles de alta intensidade e alta frequência.

7.3 Fatores situacionais ou ambientais

7.3.1 Conveniência do programa

Dentre os fatores ambientais que influenciam o comportamento de adesão à AF incluem-se barreiras percebidas para a atividade.

Os resultados sobre dificuldades ou barreiras percebidas que poderiam ter interferido na participação dos sujeitos no programa, mostram que a maior parte (65,9%) não apontou dificuldade alguma para participar do PAAF, enquanto que 34,1% apontou uma ou mais dificuldades. Aquelas mencionadas com maior frequência foram:

- problemas de saúde pessoais e de familiares (9)
- dificuldades com alguns exercícios (5)
- distância da casa em relação ao local do programa (3)
- meio de transporte; trânsito; rodízio municipal de carros (3)
- medo de lesões (2)
- cuidar dos netos (2)
- horário das aulas (1)
- compromissos de trabalho (1)
- vergonha de fazer exercícios (1)
- calor (1)

As barreiras ou dificuldades percebidas pelos sujeitos deste estudo são semelhantes aos resultados encontrados nas pesquisas de WHALEY & EBBECK (1997) e ECCLESTONE et alli (1998) com sujeitos idosos, em que problemas de saúde, medo de lesões causadas pela AF, dificuldades no uso de transporte, inconveniência do horário das aulas, compromissos de trabalho, fatores relacionados ao clima, entre outros, foram as dificuldades percebidas como barreiras para a prática da AF. Entretanto, para os sujeitos desta pesquisa, embora as barreiras estivessem presentes, elas não os impediram de se manterem no PAAF.

Nota-se que apesar do fator "falta de tempo" estar relacionado com não-adesão e desistência dos programas na fase adulta (DISHMAN & SALLIS, 1994), não é percebido, ao menos diretamente, pelos sujeitos desta pesquisa como uma barreira. Talvez isso possa ser explicado pela maior disponibilidade de tempo para práticas de lazer e auto-cuidado que eles têm, pelo fato da maior parte ser aposentada. Esta condição possibilita aos sujeitos escolhas pessoais de atividades para seu repouso, distração, aperfeiçoamento em atividades corporais, manuais, artísticas, intelectuais e sociais (PEREIRA & SOUZA, 1994), o que é menos possível para pessoas de faixas etárias mais jovens, que ainda se encontram participantes do mercado de trabalho.

É interessante ressaltar que ao se perguntar aos sujeitos sobre as dificuldades percebidas para participar do PAAF, grande parte não percebia nenhuma dificuldade. Entretanto, quando a lista com 16 itens (ANEXO III) foi mostrada aos sujeitos, identificaram suas barreiras. Esta diferença de respostas pode ser resultante da falta de entendimento dos termos utilizados na apresentação da pergunta sobre "dificuldades/barreiras", o que só ocorreu quando a lista foi mostrada. É importante destacar também que apesar dos sujeitos terem dificuldades para freqüentar o programa, não as mencionaram de imediato, pois parece que elas de nenhuma forma, impediriam sua participação.

Verificou-se, também, o tempo médio gasto pelos sujeitos para chegarem até o local do programa (TABELA 5), já que este determinante vem sendo apontado como um fator de adesão importante, sobretudo para idosos (DISHMAN, 1993; KING et alli, 1992). Observou-se que o tempo médio foi de 50 minutos, sendo o tempo mínimo de 5 minutos e o máximo de 150 minutos. Quase 50% dos sujeitos (n=19) gastavam 40 minutos ou mais para chegarem à aula. Em relação aos meios de transporte

usados, a maior parte dos sujeitos utilizava ônibus (36,6%) ou carro próprio (36,6%).

TABELA 5 - Tempo (em minutos) gasto pelos sujeitos para chegarem ao PAAF

TEMPO (MINUTOS)	FREQUÊNCIA	%
5	1	2.4%
10	3	7.3%
15	7	17.1%
20	4	9.8%
25	2	4.9%
30	5	12.2%
40	2	4.9%
60	5	12.2%
75	2	4.9%
90	5	12.2%
120	3	7.3%
140	1	2.4%
150	1	2.4%
TOTAL	41	100.0%

Pode-se dizer que o tempo médio para chegar ao programa foi bastante alto e não interferiu na adesão destes sujeitos, contrariando resultados de outros estudos (KING et alli, 1992; ROBERTSON & MUTRIE, 1989) que apontam, como uma das principais causas de desistência dos programas, a distância entre o local do programa e o local de residência ou trabalho do indivíduo e o tempo gasto neste percurso. Se este não for próximo a um dos locais, a possibilidade de adesão é baixíssima, principalmente entre idosos. Entretanto, apesar do grande tempo que a maioria dos alunos levava para chegar ao PAAF, esta variável não foi obstáculo para impedir sua

participação, refletindo um alto grau de envolvimento dos sujeitos com o programa de AF. Resultados parecidos foram encontrados na pesquisa de OKUMA (1997), na qual apesar da maioria dos sujeitos residirem em locais distantes de onde ocorria o programa, não foi fator impeditivo para sua participação.

Vale considerar novamente a condição da ampliação do tempo livre com o advento da aposentadoria, que parece possibilitar ao indivíduo a utilização de mais tempo para locomover-se até o lugar da prática. Entretanto, embora esta condição possa favorecer a participação de idosos a programas de AF, ela não é suficiente para motivá-los a participar, se a qualidade do que for oferecido não vier ao encontro de suas expectativas e necessidades, como relatado por eles no estudo de OKUMA (1997).

7.3.2 Apoio social e participação da família

Em relação ao apoio social, procurou-se avaliar o quanto os sujeitos se sentiam incentivados por suas famílias e amigos para que participassem do PAAF e se isto era importante para que mantivessem sua participação.

Verificou-se que a maioria dos sujeitos (92,7%) relatou que a família os incentivava a participar do PAAF, sendo que para 82,9% este apoio era importante para manter sua participação. Apenas 7,3% disseram sentir atitudes negativas por parte da própria família, mas isso não pareceu ser percebido como barreira a sua participação.

Com base nas informações da literatura sabe-se que, apesar da falta de concordância entre os achados disponíveis, estudos têm mostrado que apoio social tem forte impacto positivo na adoção e manutenção de um programa de AF (CHOGAHARA et alli, 1998; DISHMAN & SALLIS, 1994; WANKELE et alli, 1994). Os resultados do presente estudo corroboram os encontrados por

estas pesquisas, apontando a influência positiva do apoio social para a adesão a um programa de AF.

SALLIS et alli (1989) e WANKEL et alli (1994) concluíram que o nível de AF de pessoas mais velhas foi mais fortemente determinado pelo apoio social do que para pessoas mais jovens (menos de 60 anos). O'BRIEN COUSINS (1995) chegaram a resultados parecidos, relatando que para mulheres com mais de 70 anos, apoio social é tão importante quanto auto-eficácia para explicar a adesão à AF.

Em relação ao apoio dos amigos, 70,7% dos sujeitos receberam incentivos de seus amigos para permanecerem no PAAF. Entretanto, parece que a importância deste apoio para eles foi menor, já que para 29,3% dos sujeitos este apoio não era importante, enquanto que 12,2% não consideraram este apoio tão importante e responderam "mais ou menos". Todos os sujeitos relataram ter recebido apoio de seus professores, sendo que para todos (100%) este apoio foi importante para sua permanência no programa. Este resultado vai ao encontro dos resultados observados na TABELA 4 sobre a ação pedagógica empregada pelos professores. A percepção de serem cuidados, atendidos na sua individualidade e respeitados como pessoas adultas e não tratados como crianças, parece ter sido sentido pelos sujeitos também como uma forma de apoio para permanecerem no PAAF.

Quanto à participação da família, 12 sujeitos (29,3%) relataram ter algum membro de sua família no PAAF. Quando perguntados se esta pessoa deixasse o programa, se eles também deixariam, três pessoas responderam que sim, duas não tinham certeza e sete disseram que não abandonariam o programa por esta razão. Isto sugere que, apesar da influência da família ser importante a fim de incentivar a continuação no programa, ela não foi decisiva para levar a uma possível desistência dos sujeitos deste estudo.

Estes resultados não confirmam aqueles apontados por outros trabalhos (KING et alli, 1992; LIMA et alli, 1994), em que participação da família foi forte preditor de manutenção em AF, principalmente, para mulheres adultas e idosas.

7.3.3 Características do programa

As características do programa se referem a aspectos como, tarefas propostas em aula, intensidade das aulas e sobre a relação professor-aluno, fatores estruturais que podem determinar o sucesso ou o fracasso de programas de AF, predispondo ou impedindo maiores níveis de adesão (WEINBERG & GOULD, 1995).

Quanto à relação professor-aluno, para 100% dos sujeitos da pesquisa, ela foi satisfatória e importante, sendo que a maioria (97,6%) confiava nas informações transmitidas pelos professores. Estes resultados são semelhantes àqueles de WEINBERG & GOULD (1995), em que se afirma que a simpatia e o conhecimento demonstrado pelo professor são importantes fatores para a adesão ao programa.

OKUMA (1997) encontrou que o papel do professor se desvelou de grande importância para que muitos alunos permanecessem no programa de AF. A preocupação do professor em individualizar o atendimento, adequando as tarefas às possibilidades de cada um e a grande carga emocional que permeou a relação professor-aluno, parecem ter sido fatores decisivos para a adesão ao programa neste estudo.

A respeito das tarefas propostas em aula, 90,2% dos sujeitos relataram que as realizavam com sucesso. A maior parte do grupo (90,2%) sentia orgulho de suas habilidades, sendo que 95,1% considerou este orgulho importante para que permanecessem no programa. Estes resultados corroboram achados da literatura, já que respostas sociais antecipadas, o prazer de participar e a auto-eficácia para realizar AFs são considerados fortes explicações para a manutenção da AF na velhice (COUSINS &

KEATING, 1995; MARTIN & SINDEN, 2001). De acordo com WANKELE (1988), dentre os principais determinantes para a participação continuada em um programa de AF, pode-se citar a adequação da complexidade das tarefas ao nível do aluno, o que deve gerar um sentimento de competência ao realizar as tarefas motoras. RESNICK & SPELLBRING (2000) encontraram que ensinar os idosos sobre os benefícios da AF, estabelecer metas apropriadas e aumentar as sensações agradáveis associadas à AF são essenciais para aumentar a adesão. Para WANKELE (1993), perceber-se capaz de realizar as tarefas propostas, sentir-se competente, tendo prazer, divertimento e satisfação, são fatores fundamentais para a continuação em um programa de AF.

Sobre o aspecto referente à intensidade das aulas, 75,6% dos sujeitos não se sentiam cansados ao final delas, sendo que 85,4% do grupo relataram ter mais disposição após o seu término. Com base nestes resultados, pode-se levantar duas hipóteses: 1) as atividades propostas nas aulas eram de intensidade leve a moderada, já que a maior parte dos alunos relatou não sentir cansaço ao seu final; 2) talvez os sujeitos não as percebam como intensas, dado o alto grau de motivação com que terminavam as aulas.

Este resultado é concordante com estudos de DISHMAN & SALLIS (1994), WEINBERG & GOULD (1995) e SNYDER et alli (1997), que indicam que AF de intensidade moderada está associada com valores maiores de adoção e participação continuada na maioria da população, especialmente para mulheres, indivíduos obesos e para idosos. Além disso, ROBERTSON & MUTRIE (1989) sugerem que a desistência dos programas aumenta conforme aumentam variáveis como número, intensidade e duração das sessões. Parece que AF de intensidade moderada proporciona maiores chances de manutenção da adesão, já que a fadiga crônica, provocada por atividades vigorosas pode criar uma barreira para a participação. Um outro aspecto importante é que a intensidade da atividade está relacionada a risco de lesões, o que parece

exercer grande influência na possibilidade de se adotar ou manter um programa de AF, uma vez que os valores de possíveis lesões oscilam em 50% por ano para aqueles indivíduos que praticam regularmente atividades de alta intensidade.

8 CONCLUSÕES

Considerando os resultados deste estudo, foi possível traçar um perfil dos sujeitos que aderiram ao PAAF até o seu final: a maior parte de seus integrantes era do sexo feminino, com predomínio de pessoas casadas e aposentadas, com grau de instrução e status sócio-econômico muito heterogêneo. A avaliação da saúde percebida foi positiva e a grande maioria nunca fumou. Quase metade dos sujeitos nunca tinha participado de programas supervisionados de AF anteriormente ao PAAF. As principais barreiras percebidas apontadas pelos sujeitos como fatores que dificultavam sua participação no programa, foram relacionadas a problemas de saúde pessoais e de familiares, dificuldades para realizar alguns exercícios e a distância de suas casas em relação ao local do programa. Relataram receber incentivos de familiares e amigos para participar do programa e ressaltaram a importância dos professores, do grupo de alunos e das características educacionais do PAAF para sua participação.

Foi possível observar diferenças entre as razões que os fizeram iniciar e aquelas apontadas para permanecerem no PAAF. As principais razões para adesão inicial foram relacionadas a indicação de amigos, melhora da saúde e busca de convívio social. Já quanto à manutenção da adesão, as razões mais citadas foram fatores relacionados ao programa em si e ao relacionamento entre alunos e professores, a possibilidade de estabelecer vínculos de amizade com pessoas da mesma faixa etária e alívio dos sintomas de doença e ganhos de saúde.

Considerando os resultados desta pesquisa e as características do PAAF, enquanto programa de educação física para idosos, é possível fazer algumas inferências sobre

estratégias que poderiam promover a manutenção da adesão em programas para este grupo etário, entre as quais:

- as atividades devem ser de intensidade moderada para diminuir as possibilidades de desistência do programa;

- a participação e a integração das pessoas no grupo devem ser encorajadas;

- a variedade e divertimento nas atividades do programa devem ser enfatizadas;

- as atividades com diferentes níveis de complexidade que possam ao mesmo tempo propiciar experiências de sucesso e desafio aos alunos devem sempre estar presentes nas aulas;

- os alunos devem ficar a par de seus progressos e alcance de metas pessoais;

- atividades teórico-práticas devem ser incluídas em programas de AF para idosos, a fim de que os alunos entendam o que está sendo proposto, reconhecendo o importante papel da AF no processo de envelhecimento;

- os professores que atendem este grupo etário devem estar qualificados para atuar com ele, conhecendo o processo de envelhecimento e as peculiaridades do trabalho da educação física com a população idosa.

Parece certo que, compreender as variáveis que influenciam a adesão à AF e as estratégias para mudança de comportamento, e aplicar este conhecimento a situações individuais, podem ajudar no desenvolvimento e manutenção de hábitos associados com um estilo de vida saudável. Entretanto, muito conhecimento ainda precisa ser elucidado, o que remete à necessidade de mais pesquisas futuras sobre as várias associações entre os determinantes e o comportamento de adesão à AF na velhice, como:

- pesquisas que identifiquem os determinantes de não-adesão à AF, talvez o fator mais importante a ser futuramente investigado, haja vista a necessidade de mudar comportamentos

de sedentarismo, prevalente na população como um todo, e particularmente entre idosos, para um comportamento de prática regular de AF;

- pesquisas que identifiquem a força de cada um dos determinantes levantados no comportamento de adesão;

- pesquisas com *designs* longitudinais e com amostras representativas de idosos, já que grande parte dos estudos consistem de *designs* transversais e com sujeitos voluntários que já estão motivados para AF;

- pesquisas que levem à compreensão de associações de características ou determinantes com adesão somente durante períodos de tempo específicos ou somente para certos tipos de programa, como por exemplo, programas de resistência muscular localizada, treinamento aeróbio, programas de flexibilidade, diferentes intensidades de exercício, entre outros.

Finalizando, pode-se dizer que vários segmentos da sociedade e diversas áreas do conhecimento devem se aprimorar na preparação de serviços que atendam às necessidades e interesses da população idosa, visto seu crescimento em nossos dias. Na área da Educação Física, faz-se primordial compreender os elementos ou fatores que interferem na incorporação de um estilo de vida fisicamente ativo na velhice, para que a partir daí estratégias mais efetivas de intervenção que visem a diminuição dos níveis de sedentarismo e o aumento do número de idosos participantes de programas de AF sejam elaboradas. Além disso, é essencial a criação de programas de Educação Física específicos e acessíveis para este segmento populacional, o que aponta para a relevância de esforços para o aprimoramento da preparação do profissional da Educação Física, proporcionando mais informações sobre velhice e envelhecimento, a partir de uma perspectiva de velhice bem-sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARDILA,A. Aspectos neuropsicologicos del envejecimiento. Neurologia em Colombia, v.6, n.2, p.33-42, 1982.
- BALTES,P.B.; SMITH,J. Toward a psychology of aging and its ontogenesis. In: STERNBERG,R.J., org. Wisdom: its nature, origins and development. Nova York, Cambridge University Press, 1990. p.87-120.
- BERGER,B.G. The role of physical activity in the life quality of older adults. In: SPIRDUSO,W.; ECKERT,H., eds. Physical activity and aging. Champaign, Human Kinetics, 1989. p.42-58.
- BERGER,B.G.; MCINMAN,A. Exercise and the quality of life. In: SINGER,R.N.; MURPHEY,M.; TENNANT,L.K., eds. Handbook of research on sport psychology. New York, McMillan, 1993. Cap.34, p.729-60.
- BLAIR,S.N. Exercise within a healthy lifestyle. In: DISHMAN,R. D., ed. Exercise adherence: its impact on public health. Champaign, Human Kinetics, 1988. Cap.3, p.75-89.
- CASPERSEN,C.; DIPIETRO,L. National estimates of physical activity among older adults. Medicine and Science in Sports and Exercise, v.23, p.S106, 1991.
- CASPERSEN,C.; POWELL,K.; MERRITT,R. Measurement of health status and well-being. In: BOUCHARD,C.; SHEPHARD,R.; STEPHENS, T., eds. Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement. Champaign, Human Kinetics, 1994. p.181-202.

- CASPERSEN, C.J.; CHRISTENSON, G.M.; POLLARD, R.A. Status of the 1990 physical fitness and exercise objectives-evidence from NHIS1985. Public Health Reports, v.101, p.587-592, 1986.
- CASPERSEN, C.J.; MERRITT, R.K.; HEATH, G.W.; YEAGER, K.K. Physical activity patterns of adults aged 60 years and older. Medicine and Science in Sports and Exercise, v.22, p.S79, 1990.
- CHOGAHARA, M.; O'BRIEN COUSINS, S.; WANKE, L.M. Social influences on physical activity in older adults: a review. Journal of Aging and Physical Activity, v.6, p.1-17, 1998.
- CHRISTMAS, C.; ANDERSEN, R.A. Exercise and older patients. Guidelines for the clinician. Journal of the American Geriatrics Society, v.48, n.3, p.318-24, 2000.
- COUSINS, S.O.; KEATING, N. Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active older women. Journal of Aging and Physical Activity, v.3, n.4, p.340-59, 1995.
- DANTAS, E. Aspectos motivacionais para a prática de atividades físicas por gerontes. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.5189-20.
- DEPS, V.L. Atividade física e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERI, A.L., org. Qualidade de vida e idade madura. Campinas, Papirus, 1993. p.57-108.

DE VITTA, A. Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos. Campinas, 2001. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

DISHMAN, R.K. Biologic influences on exercise adherence. Research Quarterly for Exercise and Sport, v.52, n.2, p.143-59, 1981.

_____. Determinants of physical activity and exercise for persons 65 years of age or older. American Academy of Physical Education Papers, n.22, 1988.

_____. Exercise adherence. In: SINGER, R.; MURPHEY, M.; TENNANT, L.K., eds. Handbook of research on sport psychology. New York, Macmillan, 1993. Cap.36, p. 779-98.

DISHMAN, R.K.; GETTMAN, L. Psychologic influences on exercise adherence. Journal of Sport Psychology, v.2, n.4, p.295-310, 1980.

DISHMAN, R.K.; SALLIS, J.F. Determinants and interventions for physical activity and exercise. In: BOUCHARD, C.; SHEPARD, R. J.; STEPHENS, T., eds. Physical activity, fitness and health: international proceedings and consenses statement. Champaign, Human Kinetics, 1994. Cap.13, p.215-38.

DUMAZEDIER, J. Após a idade do trabalho: nostalgia do trabalho? A revolução cultural do tempo livre. São Paulo, Studio Nobel, 1994. Cap.5, p.120-49.

- ECCLESTONE, N.A.; MYERS, A.M.; PATERSON, D.H. Tracking older participants of twelve physical activity classes over a three-years period. Journal of Aging and Physical Activity, v.6, p.70-82, 1998.
- ESTABROOKS, P.A.; CARRON, A.V. Group cohesion in older adult exercisers: prediction and intervention effects. Journal of Behavioral Medicine, v.22, n.6, p.575-88, 1999.
- EVANGELIST, W. A comparative study of aspects of sport and exercise for the third age in Europe. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.286-91.
- FARIA JÚNIOR, A.G. Idosos em movimento - mantendo a autonomia: população e expectativas. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.321-26.
- FIATARONE, M.; MARKS, E.C.; RYAN, N.D.; MEREDITH, C.N.; LIPSITZ, L.A.; EVANS, W.J. High intensity strength training in nonagenarians. Journal of the American Medical Association, v.22, p.3029-34, 1990.
- FLECK, S. Treinamento de resistência e envelhecimento. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v.7, n.2, p.68-72, 1993.
- GLADWIN, L.A. Stretching: a valuable component of functional mobility training in the elderly. Activities, Adaptation and Aging, v.20, n.3, p.37-47, 1996.

- GOLDMAN, J.; CÔTÉ, L. Aging of the brain: demencia of the Alzheimer's type. In: KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSEL, T.M., eds. Principles of neural science. 3.ed. Norwalk, Appleton & Lange, 1991. Cap.62, p. 974-83.
- GOLDSTEIN, L.L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A.L., org. Psicologia do envelhecimento. Campinas, Papirus, 1995. p.145-158.
- GREEN, J.S.; CROUSE, S. Endurance training, cardiovascular function and of the aged. Sports Medicine, v.16, n.5, p.331-41, 1993.
- GROVE, N.C.; SPIER, B.E.; Motivating the well elderly to exercise. Journal Community Health Nursing, v.16, n.3, p.179-89, 1999.
- HEATH, G.W. Programação de exercícios para idosos. In: BLAIR, S.N.; PAINTER, P.; RUSSEL, P.R.; SMITH, K.L.; TAYLOR, B.C., eds. Prova de esforço e prescrição de exercícios. São Paulo, Revinter, 1994. p.310-5.
- HELLMAN, E.A. Use of the stages of change in exercise adherence model among older adults with a cardiac diagnosis. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, v.17, n.3, p.145-55, 1997.
- JACOB FILHO, W.; SOUZA, R.R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M., eds. Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo, Atheneu, 1994. p.31-40.

JETTE, A.M.; ROOKS, D.; LACHMAN, M.; LIN, T.H.; LEVENSON, C.; HEISLEIN, D.; GIORGETTI, M.M.; HARRIS, B.A. Home-based resistance training: predictors of participation and adherence. Gerontologist, v.38, n.4, p.412-21, 1998.

KING, A.C.; BLAIR, S.N.; BILD, D.E.; DISHMAN, R.K.; DUBBERT, P.M.; MARCUS, B.H.; OLDRIDGE, N.B.; PAFFENBARGER, R.S.; POWELL, K.E.; YEAGER, K.K. Determinants of physical activity and interventions in adults. Medicine and Science in Sports and Exercise, v.24, n.6, p.S221-36, 1992.

LIMA, F.S.; KUSTER, Y.; SOUZA, C. Esporte e lazer para 3^a idade e idosos. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.380-91.

LOUGHLAN, C. Promoting active lifestyles in older people. A policy approach. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.530-31.

McARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e performance humana. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.

_____. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992.

- McAULEY,E. Physical activity and psychosocial outcomes. In: Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement. Champaign, Human Kinetics, 1994. p.551-68.
- McAULEY,E.; RUDOLPH,D. Physical activity, aging and psychological well-being. Journal of Aging and Physical Activity, v.3, p.67-96, 1995.
- MARCUS,B.H.; SELBY,V.C.; NIAURA, R.S.; ROSSI, J.S. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. Research Quarterly for Exercise and Sport, v.63,p.60-66, 1992.
- MARQUES,S. Sports habits influence in sports practice of aged people. In: MARQUES,A.T.; GAYA,A.; CONSTANTINO,J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.535.
- MARTIN,K.A.; SINDEN,A.R. Who will stay and who will go? A review of older adults adherence to randomized controlled trials of exercise. Journal of Aging and Physical Activity, v.9, p.91-114, 2001.
- MARTINSEN,E.W. Physical activity and depression: clinical experience. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, v.377, p.23-27, 1994.
- MATSUDO,S.M.; MATSUDO,V.K.R. Exercício, densidade óssea e osteoporose. Revista Brasileira de Ortopedia, v.27, n.10. p. 730-44, 1992.

- MATTOS, P. Neuropsicologia do envelhecimento normal e das demências. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.42, n.1, p.9-14, 1993.
- MORGAN, W.P.; O'CONNOR, P.J. Exercise and mental health. In: DISHMAN, R., ed. Exercise adherence: its impact on public health. Champaign, Human Kinetics, 1988. Cap.4, p.91-121.
- NERI, A.L. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, Papirus, 2001.
- _____. Envelhecer num país de jovens. Campinas, Editora da Unicamp, 1991.
- _____. Psicologia do envelhecimento. Campinas, Papirus, 1995.
- O'BRIEN COUSINS, S. Social support for exercise among elderly women in Canada. Health Promotion International, v.10, n.4, p.273-82, 1995.
- OKUMA, S.S. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. São Paulo, 1997. 380p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- OKUMA, S.S.; CAMPOS, C.C.; SARTORI, A.E.; TOLAINE, S.R.; VIEIRA, D.R.; FINOTTI, R.L.; WERNECK, M.M.; CAMARGO, M.Z. Estudo comparativo das atitudes para a prática da atividade física entre adultos e adolescentes. In: Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, 17., São Caetano do Sul, 1990. Anais. São Caetano do Sul, CELAFISCS/FEC do ABC, 1990. p.158.

- OKUMA, S.S.; RINALDI, C.; MARCHETTI, E.; TEIXEIRA, L. Modelo teórico para a prática de atividade física significativa, consciente e autônoma. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.392-401.
- OLDRIDGE, N.B.; DONNER, A.P.; BUCK, C.W.; JONES, N.L.; ANDREW, G.M.; PARKER, J.O.; CUNNINGHAM, D.A.; KAVANAGH, T.; RECHNITZER, P.A.; SUTTON, J.R. Predictors of dropouts from cardiac exercise rehabilitation: Ontario exercise heart collaborative study. American Journal of Cardiology, v.51, p.70-74, 1983.
- PEREIRA, O.P.; SOUZA, T.B. Práticas de tempos livres realizadas pelo geronte. Estudo comparativo. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.352-73.
- PERLMUTTER, M.; HALL, E. Adult development and aging. 2.ed. New York, John Wiley, 1985.
- PHILIPS, W.; HASKELL, W. Muscular fitness: easing the burden of disability for elderly adults. Journal of Aging and Physical Activity, v.3, p.261-89, 1995.
- PINTO, B.M.; GOLDSTEIN, M.G.; De PUE, J.D.; MILAN, F.B. Acceptability and feasibility of physician based activity counseling. The PAL project. American Journal of Preventive Medicine, v.15, n.2, p.95-102, 1998.

PUGGARD, L. Physical conditioning in elderly people. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, v.4, p.47-56, 1994.

RAMILO, M.T. Programa de actividade física e adaptada. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.375-79.

RESNICK, B.; SPELLBRING, A.M. Understanding what motivates older adults to exercise. Journal of Gerontological Nursing, v.26, n.3, p.34-42, 2000.

ROBERTSON, J.; MUTRIE, N. Factors in adherence to exercise. Physical Education Review, v.12, n.2, p.138-146, 1989.

RHODES, R.E.; MARTIN, A.D.; TAUTON, J.E.; RHODES, E.C.; DONNELLY, M.; ELLIOT, J. Factor associated with exercise adherence among older adults. an individual perspective. Sports Medicine, v.28, n.6, p.397-411, 1999.

SALLIS, J.F.; HOVELL, M.F. Determinants of exercise behavior. Exercise and Sport Sciences Review, v.18, p.307-330, 1990.

SALLIS, J.F.; HOVELL, M.F.; HOFSTETTER, C.R.; FAUCHER, P.; ELDER, J.P.; BLANCHARD, J.; CASPERSEN, C.J.; KENNETH, E.P.; CHRISTENSON, G.M. A multivariate study of determinants of vigorous exercise in a community sample. Preventive Medicine, v.18, p.20-34, 1989.

- SCHOUEIRI JÚNIOR, R.; RAMOS, L.R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO, M.N., eds. Geriatrics: fundamentos, clínica, terapêutica. São Paulo, Atheneu, 1994. p.9-29.
- SEEFELDT, V. Physical activity and well being. S.l., National Association for Sport and Physical Education, 1986.
- SERGEANT, E.H. The effects of exercise on stress and functional abilities in community dwelling elderly. Oregon, Microform Publications / Institute of Sport and Human Performance, 1996.
- SHEPHARD, R.J. Physical activity and aging. Rockville, Aspen, 1987.
- _____. Physiological basis of training in the elderly. Science & Sports, v.9, n.4, p.189-96, 1994.
- SLEZYNSKI, J.; BLONSKA, W. Physical Activity of the third age population. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M., eds. Physical activity and health in the elderly: proceedings of the first conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity). Oeiras, University of Porto, 1994. p.414-15.
- SMITH, M.L.; MITCHELL, J.H. Adaptações cardiorrespiratórias com o treinamento. In: BLAIR, S.N.; PAINTER, P.; RUSSEL, P.R.; SMITH, K.L.; TAYLOR, B.C., eds. Prova de esforço e prescrição de exercícios. São Paulo, Revinter, 1994. p.59-62.

- SNYDER, K.A.; DONNELLY, J.E.; JABOBSEN, D.J.; HERTNER, G.; JAKICIC, J.M. The effects of long-term, moderate, intensity, intermittent exercise on aerobic capacity, body composition, blood lipids; insulin and glucose in overweight females. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, v.21, n.12, p.1180-9, 1997.
- SPIRDUSO, W.W. Physical activity and aging: introduction. In: SPIRDUSO, W.; ECKERT, H., eds. Physical activity and aging. Champaign, Human Kinetics Books, 1989. p.1-5.
- _____. Physical dimensions of aging. Champaign, Human Kinetics, 1995.
- STAUDINGER, U.M.; MARSISKE, M.; BALTES, P.B. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In: NERI, A.L., ed. Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, Papirus, 1995. p.195-228.
- STEPHENS, T.; CASPERSEN, C.J. The demography of physical activity. In: BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.; STEPHENS, T., eds. Physical activity, fitness and health: international proceedings and consenses statement. Champaign, Human Kinetics, 1994. Cap.12, p.205-13.
- STONES, M.J.; KOZMA, A.; STONES, L. Fitness and health evaluations by older exercisers. Canadian Journal of Public Health, v.78, p.18-20, 1987.
- TRELLES, L. El envejecimiento del sistema nervioso: aspectos estructurales e bioquímicos. Revista de Neuropsiquiatria, v.49, n.4, p.192-202, 1986.

- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Revista de Saúde Pública, v.3, n.21, p.225-33, 1987.
- VERTINSKY, P.A. Stereotypes of aging women and exercise: a historical perspective. Journal of Aging Physical Activity, v.3, n.3, p.223-37, 1995.
- WANKEL, L.M. Exercise adherence and leisure activity: patterns of involvement and interventions to facilitate regular activity. In : DISHMAN, R.D., ed. Exercise adherence: its impact on public health. Champaign, Human Kinetics, 1988. Cap.14, p.369-96.
- _____. The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from physical activity. International Journal Sport Psychology, v.24, p.151-69, 1993.
- WANKEL, L.M.; MUMMERY, K.; STEPHENS, T.; CRAIG, C.L. Prediction of physical activity intention from social psychological variables: results from the Campbell's survey of well-being. Journal of Sport & Exercise Psychology, v.16, p.56-69, 1994.
- WEINBERG, R.; GOULD, D. Foundation of sport and exercise psychology. Champaign, Human Kinetics, 1995. Cap.20, p.379-98: Exercise adherence.
- WEYERER, S. Physical inactivity and depression in the community. Evidence from upper Bavarian field study. International Journal Sport Medicine, v.13, n.6, p.492-96, 1992.
- WHALEY, D.E.; EBBECK, V. Older adults' classes constraints to participation in structured exercise. Journal of Aging and Physical Activity, v.5, n.3, p.190-212, 1997.

WILLOUGHBY,D.S.; ROOZEN,M.; BARNERS,R. Effects of aerobic exercise on the functional capacity and cardiovascular efficiency of elderly post-CABG patients. Journal of Aging and Physical Activity, v.5, n.2, p.87-97, 1997.

YOUNG,D.R.; KING,A.C.; OKA,R.K. Determinants of exercise level in the sedentary versus underactive older adult: implications for physical activity program development. Journal of Aging and Physical Activity, v.3, n.1, p.4-25, 1995.

ZILENOVSKI,A.M. O declínio das funções cerebrais associado à idade. Revista Brasileira de Neurologia, v.25, n.1, p.94-108, 1989.

ANEXO I - Termo de consentimento de participação

Eu, _____,
voluntária e conscientemente concordo em participar do estudo denominado "Fatores que influenciam a adesão de idosos a um programa supervisionado de educação física".

Entendo que serei solicitado (a) a:

1. responder questões que abordarão minhas características pessoais, tais como: idade, gênero, grau de instrução, renda, estado civil, percepção de saúde e aptidão física, participações anteriores em programas de atividade física, razões para participação no programa, conhecimentos e crenças nos benefícios da atividade física para saúde, benefícios percebidos com a atividade física, hábito de fumar, tipo de ocupação (emprego);
2. responder questões referentes a fatores sobre o ambiente social em que vivo, como: apoio social recebido para participar de programas de atividade física, participação de familiares em programas de atividade física, tempo disponível para prática de atividade física, conveniência do local da prática;
3. responder questões referentes às características do programa de atividade física e sobre o professor responsável por ele.

É de meu inteiro entendimento que:

1. a entrevista será realizada com hora marcada na EFEUSP;
2. meus dados pessoais permanecerão anônimos e minha identidade não será revelada;
3. terei acesso a todos os dados referentes à minha participação neste estudo, incluindo, se assim for de meu interesse, uma cópia do relatório final;
4. todas as informações retiradas do questionário serão única e exclusivamente utilizadas para fins acadêmicos e científicos, incluindo publicação em literatura especializada;
5. tenho plena liberdade para afastar-me do estudo em questão, a qualquer momento que desejar, sem nenhuma obrigatoriedade de

ANEXO I - Termo de consentimento de participação (cont.)

prestar quaisquer esclarecimentos e sem um único ônus à minha pessoa.

São Paulo, ____ de _____ de 200_.

Participante

Prof. responsável

ANEXO II - Questionário

As questões que você irá responder agora são referentes ao tempo em que você frequentava o programa de Educação Física realizado aqui na escola. Por favor, seja o mais sincero possível em suas respostas.

Data: _____	1. Sujeito: _____
Entrevistador(a): _____	2. Idade: _____
3. Sexo: () F-1 () M-2	
4. Estado civil: <input type="checkbox"/> casado-1 <input type="checkbox"/> solteiro-2 <input type="checkbox"/> viúvo-3 <input type="checkbox"/> divorciado-4 <input type="checkbox"/> outro-5	
5. Você mora sozinho? <input type="checkbox"/> Sim-1 <input type="checkbox"/> Não-0 Com quem? _____	
6. Você se encontra: <input type="checkbox"/> empregado-1 ocupação: _____ <input type="checkbox"/> desempregado-2 ocupação: _____ <input type="checkbox"/> aposentado-3 ocupação anterior: _____ <input type="checkbox"/> dona-de-casa-4 (não trabalho)	

ANEXO II - Questionário (cont.)

7. Qual o seu grau de instrução?

- () analfabeto-0
 () sabe ler e escrever-1
 () primário incompleto-2 até que ano? _____
 () primário completo (4ª série)-3
 () ginásio incompleto-4 até que ano? _____
 () ginásio completo (8ª série)-5
 () colegial incompleto-6 até que ano? _____
 () colegial completo (3º ano)-7
 () faculdade incompleta-8 até que ano? _____
 () faculdade completa-9
 () pós-graduação-10

8. Qual sua renda mensal aproximada? _____

9. Qual a renda mensal aproximada do chefe da família? _____ Quantas pessoas vivem com esta renda? _____

10. Você fuma?

- () sim-1 Quantos cigarros por dia? _____
 () não-0 Já fumou? () sim-1 () não-0
 Há quanto tempo parou? _____
 Quanto tempo fumou? _____
 Quantos cigarros por dia? _____

11. Você tem boa saúde?

- () sim-1
 () não-0

Por que? _____

ANEXO II - Questionário (cont.)

12. Dos problemas relacionados abaixo, assinale se você os tem ou não, ou se você não sabe:

	SIM-1	NÃO-0	NÃO SEI-2
Pressão alta			
Colesterol alto			
Angina			
Osteoporose			
Diabetes			
Enfisema pulmonar			
Bronquite			
Asma			
Visão			
Audição			
Neurológico			
Labirintite			
Artrose			
Artrite			
Tendinite			
Desvio na coluna			
Dores de cabeça			
Dores articulares			
Depressão			
Dores em geral			
Outros			

ANEXO II - Questionário (cont.)

13. Quando você frequentou a escola, havia aulas de educação física?

() não fui à escola-3

() sim-1

() não-0

14. Você participava das aulas de educação física escolar?

() não fui à escola-3

() sim-1

() não-0

15. Você já participou de programas de atividade física com orientação (ginástica, natação, dança, jogos coletivos com bola etc.) em clubes, academias, centros comunitários, em fases anteriores de sua vida?

Período	Atividade
< 12 anos	
12 aos 20 anos	
21 aos 30 anos	
31 aos 50 anos	
51 aos 60 anos	
> 60 anos	

ANEXO II - Questionário (cont.)

16. Adesão:

• () Sim-1

Quais os motivos que o levaram a entrar no PAAF? _____
_____Quais os motivos que o levaram a permanecer no PAAF até seu final? _____

() Não-0

Quais os motivos que o levaram a entrar no PAAF? _____
_____Por que você parou de participar do PAAF? _____
_____Após quanto tempo de programa parou? _____
Atualmente, você participa de outro programa?

• 17. Houve dificuldades para sua participação no PAAF? (LISTA)

() Sim-1

Quais? _____

() Não-0

ANEXO II - Questionário (cont.)

18.Em geral, como você se deslocava para o local onde o programa é realizado?

- () a pé-1
- () metrô-2
- () ônibus-3 quantos?_____
- () trem-4
- () carro próprio-5
- () carona (de carro)-6

19.Quanto tempo você gastava (em minutos), em média, de sua casa até o local do programa, na maioria das vezes?_____

20.Minha família me incentivava a continuar participando do programa de atividade física.

- () sim-2
- () não-0
- () mais ou menos-1

21.O apoio familiar era importante para minha participação no programa de atividade física.

- () sim-2
- () não-0
- () mais ou menos-1

22.Sentia atitudes negativas por parte de minha família em relação à minha participação no programa de atividade física.

- () sim-0
- () não-2
- () mais ou menos-1

ANEXO II - Questionário (cont.)

23. Meus amigos me incentivavam a continuar participando do programa de atividade física.

() sim-2

() não-0

() mais ou menos-1

24. O apoio de meus amigos era importante para minha participação no programa de atividade física.

() sim-2

() não-0

() mais ou menos-1

25. Sentia atitudes negativas por parte de meus amigos em relação à minha participação no programa de atividade física.

() sim-0

() não-2

() mais ou menos-1

26. Algum membro de sua família participava do PAAF?

() sim-1 Quem? _____

() não-0

27. Se esta pessoa deixasse de participar do programa, eu também deixaria.

() sim-0

() não-2

() não tenho certeza-1

() não houve a pessoa-3

28. Algum membro de sua família participava de algum outro programa de atividade física, quando você frequentou o PAAF?

() sim-1 Quem? _____

() não-0

ANEXO II - Questionário (cont.)

29.Sentia incentivo de meus colegas do programa de atividade física para que eu continuasse minha participação no programa. () sim-2 () não-0 () mais ou menos-1
• 30.Percebia o apoio de meu professor para que eu continuasse participando do programa de atividade física. () sim-2 () não-0 () mais ou menos-1
• 31.Este incentivo por parte do meu professor era importante para minha participação no programa. () sim-2 () não-0 () mais ou menos-1
• 32.Confiava nas informações que eram transmitidas pelo meu professor a respeito de atividade física e exercícios. () sim-2 () não-0 () mais ou menos-1
• 33.Considero que meu relacionamento com o professor de educação física foi muito satisfatório. () sim-2 () não-0 () mais ou menos-1
34.Este relacionamento foi importante para minha participação no programa de atividade física. () sim-2 () não-0 () mais ou menos-1

ANEXO II - Questionário (cont.)

35. Geralmente eu conseguia realizar com sucesso as tarefas propostas em aula.

() sim-2

() não-0

() mais ou menos-1

36. Quando eu participava do PAAF, sentia orgulho de minhas habilidades esportivas (físicas/motoras).

() sim-2

() não-0

() mais ou menos-1

37. O fato de me sentir orgulhoso de meu desempenho nas aulas era importante para minha participação no programa.

() sim-2

() não-0

() mais ou menos-1

38. Geralmente, ao final das aulas de educação física, eu me sentia cansado.

() sim-0

() não-2

() mais ou menos-1

39. No final da maioria das aulas eu me sentia mais disposto e relaxado.

() sim-2

() não-0

() mais ou menos-1

ANEXO III - Lista de dificuldades/barreiras - questão 17

1. Afazeres domésticos
2. Atividade física suficiente na vida diária (Já trabalho muito em casa)
3. Compromissos de trabalho ou cursos
4. Falta de interesse em atividade física
5. Falta de oportunidades e condições de vida (falta de dinheiro)
6. Falta de tempo
7. Falta de transporte disponível
8. Horário inconveniente das aulas
9. Medo de me machucar
10. Medo de fazer exercícios
11. Muitas mulheres na turma
12. Preguiça
13. Problemas de saúde
14. Tinha que cuidar dos netos
15. Tipo de aula oferecida (exercícios muito fracos ou muito fortes)
16. Vergonha de fazer exercícios