

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
Universidade Nova de Lisboa



## **ACTIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO ACTIVO**

O incremento da prática de Actividade Física através de Consultoria

Isabel Pedrosa Soares

Maio 2011

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientador:  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Amália Botelho  
Faculdade de Ciências Médicas

*“Eu não tenho idade. Tenho vida.”*  
(Vânia Toledo)

## **AGRADECIMENTOS**

Neste momento em que chega ao fim mais uma etapa tão importante do meu percurso académico, marco fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional, gostaria de deixar o meu agradecimento a todos aqueles que de forma directa e indirecta contribuíram para a realização deste trabalho.

À Directora Executiva dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa Norte por ter permitido a realização do estudo nas Unidades de Saúde Familiar de Carnide e de Benfica.

À psicóloga Alexandra Pires, sempre disponível e atenciosa para com as minhas necessidades.

Um especial agradecimento aos utentes que colaboraram no estudo, pelo seu tempo e participação activa.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Amália Botelho, pelas suas palavras sempre sábias e pelo constante apoio e motivação

Um agradecimento muito especial aos meus, a minha família e amigos, portos seguros de todas as minhas aventuras, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim, suportaram o meu desânimo, assim como desculparam e compreenderam as minhas ausências.

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	4
ABSTRACT.....	5
I – INTRODUÇÃO .....	6
1.1 – OBJECTIVOS.....	6
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	7
2.1 – ENVELHECIMENTO.....	7
2.2 – ACTIVIDADE FÍSICA.....	13
2.3 – QUALIDADE DE VIDA.....	20
2.4 – CONSULTORIA EM ACTIVIDADE FÍSICA.....	20
III – METODOLOGIA .....	24
3.1 – TIPO DE ESTUDO .....	24
3.2 – PARTICIPANTES .....	25
3.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	25
3.4 – INSTRUMENTOS.....	25
3.5 – PROCEDIMENTOS.....	27
3.6 – ANÁLISE DE DADOS.....	29
IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	29
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	29
4.2 – ACTIVIDADE FÍSICA.....	31
V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	46
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
VIII – ANEXOS.....	57
ANEXO B – Carta para a Psicóloga da Unidade de Saúde Familiar .....	59
ANEXO C – Consentimento Informado.....	60
ANEXO D – Questionário Internacional de Actividade Física .....	61
ANEXO E – Entrevista Semi-Estruturada Inicial.....	66
ANEXO F – Guião para Consultoria em Actividade Física .....	69
ANEXO G – Ficha de Auto-Monitorização da Actividade Física.....	70
ANEXO H – Guião para Contacto Telefónico 2 meses .....	71
ANEXO H – Guião para Contacto Telefónico 4 meses .....	72
ANEXO I – Questionário de Satisfação .....	73
ANEXO J – Entrevista Semi-Estruturada Final.....	75

## ÍNDICE DE QUADROS

- QUADRO 1: Projecções da População Residente 2008-2060
- QUADRO 2: Composição do Questionário Internacional de Actividade Física
- QUADRO 3: Duração do Acompanhamento – Entrevistas
- QUADRO 4: Análise sócio-demográfica da amostra

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1: Distribuição de Resultados relativos a “Hábitos Tabágicos”
- GRÁFICO 2: Distribuição de Resultados relativos a “Auto-Avaliação da Saúde”
- GRÁFICO 3: Distribuição de Resultados relativos ao “Significado da Actividade Física”
- GRÁFICO 4: Distribuição de Resultados relativos a “Importância da Actividade Física para a sua Saúde”
- GRÁFICO 5: Distribuição de Resultados relativos a “Benefícios da Actividade Física”
- GRÁFICO 6: Distribuição de Resultados relativos a “Barreiras à prática da Actividade Física”
- GRÁFICO 7: Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física no Trabalho” – Caminhada;
- GRÁFICO 8: Distribuição de Resultados relativos à utilização de Transportes como meio de deslocação;
- GRÁFICO 9: Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física como Meio de Transporte” – Caminhada;
- GRÁFICO 10: Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física em Casa” – Actividades moderadas dentro de casa;
- GRÁFICO 11: Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física em Casa” – Actividades moderadas no jardim ou quintal;
- GRÁFICO 12: Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física de Tempo Livre” – Caminhada;
- GRÁFICO 13: Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física de Tempo Livre” – Actividades Físicas moderadas;
- GRÁFICO 14: Distribuição de Resultados relativos a “Tempo Gasto Sentado”;
- GRÁFICO 15: Distribuição de Resultados relativos ao Tempo Total de Caminhada;
- GRÁFICO 16: Distribuição de Resultados relativos a “Necessidades” exploradas na sessão de Consultoria;

- **GRÁFICO 17:** Distribuição de Resultados relativos a “Interesses” explorados na sessão de Consultoria;
- **GRÁFICO 18:** Distribuição de Resultados relativos a “Compromissos” assumidos na sessão de Consultoria;
- **GRÁFICO 19:** Distribuição de Resultados relativos às dimensões exploradas na primeira Entrevista Telefónica;
- **GRÁFICO 20:** Distribuição de Resultados relativos às dimensões exploradas na segunda Entrevista Telefónica;
- **GRÁFICO 21:** Distribuição de Resultados relativos a “Mudança de Comportamento” decorrente da participação no Programa;
- **GRÁFICO 22:** Distribuição de Resultados relativos ao “Resumo da Participação” no Programa;
- **GRÁFICO 23:** Distribuição de Resultados relativos a “Satisfação” com o Programa;
- **GRÁFICO 24:** Distribuição de Resultados relativos a “Aspectos a melhorar” em Programas futuros

## RESUMO

Num quadro de profundas transformações demográficas, o envelhecimento populacional coloca muitas questões à sociedade. A promoção da saúde e de comportamentos saudáveis desempenha um papel importante numa perspectiva de Envelhecimento Activo.

Hoje em dia existem inúmeras evidências científicas de que a Actividade Física regular tem importantes benefícios, tanto a nível físico como psicológico, com um impacto significativo no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas em todas as idades.

Para fomentar a prática de Actividade Física há um envolvimento cada vez maior dos profissionais de saúde, visto serem figuras de referência para os pacientes.

Desta forma, foi objectivo do nosso estudo verificar a existência de uma associação positiva entre a prática de Actividade Física e a Consultoria em Actividade Física, baseado nas seguintes variáveis: análise sócio-demográfica dos indivíduos; percepções e práticas de Actividade Física.

Para tal estudámos uma amostra de conveniência, seleccionada a partir dos utentes de ambulatório das Unidades de Saúde Familiar de Benfica e Carnide, constituída por 5 pessoas, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos, que se encontravam clinicamente estáveis.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes: Entrevista Semi-Estruturada Inicial e Final, Questionário Internacional de Actividade Física – Versão Longa, e Questionário de Satisfação.

Com os resultados obtidos podemos concluir que a Consultoria em Actividade Física contribuiu para o aumento da consciência das pessoas para a necessidade de movimentos e de Actividade Física para melhorar a saúde a nível físico, psicológico e social.

**Palavras-chave:** *actividade física, envelhecimento activo, promoção da saúde, bem-estar, qualidade de vida, consultoria em actividade física.*

## **ABSTRACT**

In a context of profound demographic changes, population aging poses many questions to society. Health promotion and healthy behaviors play an important role in an Active Ageing perspective.

Nowadays there are plenty of scientific evidence that regular physical activity has important benefits, both physically and psychologically, with significant impact on the well-being and quality of life for people of all ages.

To encourage the practice of physical activity there is an increasing involvement of health professionals, because they are reference figures for the patients.

Thus, the aim of our study was to verify the existence of a positive association between the practice of Physical Activity and Physical Activity Consulting, based on the following variables: social demographic features of individuals, perceptions and practices of Physical Activity.

To this end we studied a convenience sample, selected from outpatients of Family Health Units in Benfica and Carnide, consisting of 5 persons, all female, aged between 50 and 65, who were clinically stable.

The assessment instruments used were the following: Initial and Final Semi-Structured Interview, International Physical Activity Questionnaire - Long Version, and Satisfaction Questionnaire.

With these results we can conclude that Physical Activity Consulting contributed to increase people's awareness of the need for movement and physical activity, in order to improve health at the physical, psychological and social level.

**Key Words:** physical activity, active aging, health promotion, well being, life quality, physical activity consulting.

## I – INTRODUÇÃO

Num quadro de profundas transformações a nível demográfico, o crescimento continuado de pessoas idosas é um enorme desafio (WHO, 2002).

O envelhecimento populacional coloca muitas questões fundamentais à sociedade, nomeadamente “Como se podem ajudar as pessoas a permanecer activas e independentes à medida que envelhecem?”; “Uma vez que as pessoas vivem até mais tarde, como se pode promover a Qualidade de Vida?”; “Como se podem prevenir os custos, impactos negativos e efeitos do envelhecimento nas sociedades?” (WHO, 2002).

A promoção da saúde desempenha um papel muito importante no Envelhecimento Activo. Muitas doenças que ocorrem com o avançar dos anos podem ser prevenidas, ao mesmo tempo que a promoção da saúde pode ajudar a que pessoas com doenças crónicas permaneçam activas e independentes, evitando assim o declínio da saúde e a institucionalização.

Mas afinal o que é o Envelhecimento Activo/Favorável/Bem Sucedido/Saudável? Phelan & Larson (2002, cit. in Teixeira & Neri, 2008), ao realizarem uma revisão de literatura, encontraram as seguintes características que se podem associar ao Envelhecimento Activo: satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social activa, alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva. Quanto aos indicadores de sucesso, os autores identificaram os seguintes: nível educacional elevado, prática regular de Actividade Física, sensação de auto-eficácia, participação social e ausência de doenças crónicas.

A prática de Actividade Física é benéfica para a saúde em todas as idades, aumentando as possibilidades de socialização, criação de redes sociais e identificação cultural (WHO, 2006). Deste modo, é necessário o envolvimento e a cooperação entre todos os níveis do governo (nacional, regional e local) para criar condições para a prática de Actividade Física, promovendo um Envelhecimento Activo.

Assim, um Envelhecimento Activo pode ser um marco no bem-estar das pessoas idosas (WHO, 2006).

### 1.1 – OBJECTIVOS

#### ***Objectivo geral***

O presente estudo tem como objectivo verificar a existência de uma associação positiva entre a prática de Actividade Física e a Consultoria em Actividade Física.

### **Objectivos específicos**

- Analisar o Significado que as pessoas atribuem à prática de Actividade Física;
- Analisar as Percepções dos participantes sobre os contributos da Actividade Física a nível físico, psicológico e social;
- Analisar as Motivações e as Barreiras associadas à prática de Actividade Física;
- Determinar as variáveis sócio-demográficas que influenciam a prática de Actividade Física;
- Analisar qual o contributo da Consultoria em Actividade Física para o incremento da prática da mesma;
- Acompanhar a evolução da prática de Actividade Física ao longo da realização do estudo.

## **II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 – ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento humano pode ser definido como o “*processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social que, iniciando-se antes mesmo do nascimento, se desenvolve ao longo da vida*” (Direcção Geral de Saúde, 2004, p.3). Desta forma, o envelhecimento não é abordado como um problema, mas sim uma parte natural do ciclo de vida. O desejável é que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o máximo tempo possível. É um processo que acompanha toda a vida humana, inevitável e inerente à própria vida, que se traduz no declínio de capacidades e funções, conduzindo à diminuição da capacidade de adaptação a agentes stressantes internos e externos (Sousa & Figueiredo, 2003).

Apesar de na idade adulta e na velhice muitas das mudanças serem marcadas por declínios, tanto na capacidade como na frequência de respostas comportamentais, o desenvolvimento na segunda metade da vida também é marcado por progresso, aperfeiçoamento, acumulação e integração de conhecimentos, por uma compreensão mais profunda dos outros e pelo aumento de oportunidades de relacionamento interpessoal (Clarke-Stewart, Perlmutter & Friedman, 1988, cit. in Fonseca, 2005).

Segundo Fernandes (2001), hoje em dia estamos em condições de afirmar que as pessoas com mais de 60 anos dispõem de “*maiores probabilidades de sobrevivência, têm*

*mais saúde, mais meios económicos, culturais e sociais, maior difusão de infra-estruturas de apoio médico-sanitário e diversidade de terapêuticas médicas”* (p.43).

De acordo com Simões (2005), o envelhecimento normal é um conjunto de mudanças características de cada espécie, não estando etiologicamente associado a doenças, embora possa implicar susceptibilidade a estas.

Os padrões de declínio biológico no corpo humano são diferentes nos vários aparelhos e sistemas, isto é, existe heterogeneidade entre os diferentes órgãos, resultando do somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de factores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças (Rendas, 2001; Fonseca, 2005).

### **2.1.1 – Envelhecimento Demográfico**

O envelhecimento populacional é caracterizado pelo declínio da mortalidade infantil, pela diminuição de mortes de adultos por doenças infecciosas, pelo prolongamento da vida das pessoas com doenças crónicas e pelo declínio das taxas de natalidade (Neri, 2004).

Segundo relatório da ONU (2005, cit. *in* Benedetti *et al.*, 2007b), em 2005 a percentagem mundial de pessoas acima dos 60 anos era de 11,7%. Portugal encontrava-se entre os países com maior percentagem de idosos, 26,1%. De acordo com projecções do Instituto Nacional de Estatística (Quadro 1), esta tendência para o aumento da população com mais de 65 anos irá manter-se.

**QUADRO 1:** Projecções da População Residente em Portugal 2008-2060

	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2050</b>	<b>2060</b>
<b>0-54</b>	7.483.484	7.154.009	6.673.302	6.169.357	5.929.699	5.673.746
<b>55-64</b>	1.270.070	1.442.842	1.584.318	1.621.606	1.342.519	1.339.366
<b>65+</b>	1.902.102	2.229.539	2.635.089	3.079.156	3.415.535	3.351.045
<b>Total</b>	<b>10.655.656</b>	<b>10.826.390</b>	<b>10.892.709</b>	<b>10.870.119</b>	<b>10.687.753</b>	<b>10.364.157</b>

Fonte: INE (2009)

Este aumento da longevidade causa um profundo impacto na saúde pública (Direcção Geral de Saúde, 2004), provocando o aparecimento de novos desafios e problemas (Neri, 2004). Assim, assiste-se hoje a uma tendência, provavelmente irreversível, de envelhecimento da população (Fontaine, 2000), fenómeno que se observa tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento, afectando a sociedade a todos os níveis.

A maior esperança de vida conquistada no século passado em quase todos os países do mundo é considerada uma vitória na área da saúde. No entanto, o aumento da esperança de vida e o aumento populacional trazem consequências a nível económico e

social, as quais exigem medidas políticas (Benedetti, *et al.*, 2007b). De acordo com os mesmos autores, todos os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento têm aprovado leis e criado estratégias de intervenção para assegurar um envelhecimento saudável e com dignidade.

### **2.1.2 – Envelhecimento Activo**

Botelho (2005) e Simões (2005) consideram que a velhice bem sucedida é a velhice saudável, uma vez que os estudos mostram que a saúde está associada a bem-estar e felicidade.

De acordo com a WHO (2002), o Envelhecimento Activo é um processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança no decurso da vida, de modo a promover Qualidade de Vida à medida que se envelhece; refere-se à participação activa dos indivíduos a nível social, económico, cultural, espiritual e cívico, e não apenas a actividades físicas ou laborais. Segundo a mesma fonte, no processo de Envelhecimento Activo, ou Bem Sucedido, a perda de capacidades é mínima, tendo os factores extrínsecos um papel neutro ou positivo (ex: Exercício Físico ao longo da vida com um papel positivo). À medida que a pessoa envelhece surgem limitações, sendo solicitadas nesse momento reservas e a capacidade de adaptação do indivíduo para se ajustar de uma forma coerente a essa nova situação de vida (Fontaine, 2000).

De acordo com o mesmo autor, a velhice bem sucedida está associada à reunião de três grandes condições: reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia; manutenção de um elevado nível funcional nos domínios cognitivo e físico; e manutenção de empenho social e de bem-estar subjectivo.

Assim, o Envelhecimento Activo depende de uma variedade de influências ou determinantes que envolvem não apenas os indivíduos, mas também as suas famílias e as próprias nações (Direcção Geral de Saúde, 2004). Nesta linha de pensamento, a existência de redes de apoio informal é essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação com a vida, factores essenciais para um envelhecimento activo (Paúl & Ribeiro, 2011).

As pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (WHO, 2002). Assim, a “chave de um envelhecimento bem sucedido” parece estar em manter um estilo de vida activo (Botelho, 2005; Matsudo, 2006).

Nesta linha de pensamento, Fernández-Ballesteros (1999) defende que para que os idosos tenham uma adaptação adequada no seu processo de envelhecimento é necessário

que se mantenham com os mesmos níveis de actividade da idade adulta. Para isso devem fortalecer os seus compromissos sociais ou até mesmo estabelecer novos vínculos. Este reforço do compromisso social conduz a um ajuste psicológico óptimo, sendo que as pessoas mais activas são aquelas que apresentam maior bem-estar e melhor Qualidade de Vida. O envelhecimento activo requer uma pessoa activa num mundo activo. Assim, uma pessoa que envelhece activamente é um agente activo e complexo em interacção com um contexto a vários níveis: família, comunidade e sociedade (Fernández-Ballesteros, 2009).

De acordo com a Teoria da Actividade (Havighurst, 1963, cit. *in* Fernández-Ballesteros, et. al 1999), apenas se é feliz e se está satisfeito quando se é activo, quando se produz algum rendimento e quando a pessoa se sente útil às outras pessoas. Esta teoria defende que o Exercício Físico e actividades que requerem compromisso e responsabilidade podem contrariar a deterioração, tanto física como cognitiva, que pode ocorrer durante o envelhecimento.

Um envelhecimento bem sucedido deve de ser vivenciado ao longo da vida, nomeadamente aprendendo a enfrentar acontecimentos de vida causadores de stress (Sousa & Figueiredo, 2003). De acordo com os mesmos autores, um dos indicadores sugeridos para avaliar se o envelhecimento está a ser ou não bem sucedido é a Qualidade de Vida. Esta apresenta-se como um conceito subjectivo, que se baseia nas percepções pessoais sobre saúde e bem-estar, sendo necessário considerar que cada indivíduo tem uma ideia diferente dos factores que para ela contribuem (Victor *et al.*, 2000, cit. *in* Sousa & Figueiredo, 2003).

Não existe um padrão segundo o qual as pessoas envelhecem com satisfação. Tanto os idosos, como os jovens, escolhem as actividades que lhe proporcionam maior desenvolvimento pessoal e que estão de acordo com os seus valores e padrões (Neugarten, 1972, cit. *in* Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999).

Brandtstadter & Greve (1994, cit. *in* Fonseca, 2005) consideram que o envelhecimento bem sucedido envolve obrigatoriamente uma série de processos que permitem ao indivíduo prosseguir com o seu desenvolvimento pessoal, independentemente do avanço da idade e das limitações a ele associadas.

Nesta linha de pensamento, Fonseca (2005) advoga que *“nem todos se adaptam ao envelhecimento da mesma forma e não há formas “melhores” do que outras para alcançar essa adaptação, cujo êxito está dependente de condições moderadoras muito diversas e que variam substancialmente de pessoa para pessoa”* (p.199).

De acordo com Fonseca (2005), uma vez que as pessoas adultas e idosas evidenciam uma grande plasticidade, é possível desenvolver Programas de Estimulação (âmbito cognitiva, social, física, etc.) que permitam retardar ou mesmo inverter o declínio das capacidades. Além desta, existem outras estratégias que potencialmente favorecem um

envelhecimento bem sucedido (Baltes & Baltes, cit. *in* Fonseca, 2005; Phelan & Larson, 2002, cit. *in* Teixeira & Neri, 2008), sendo elas: a preservação de um estilo de vida saudável; a manutenção de uma visão optimista da vida; a adopção de soluções individuais e sociais adaptadas a cada caso; a escolha de ambientes amigáveis para a manutenção de estilos de vida apropriados à idade; a manutenção e/ou incentivo pela realização de actividades enriquecedoras sob o ponto de vista cognitivo e social; considerar alternativas para lidar com as perdas; e recorrer a estratégias que facilitem a adopção de comportamentos realistas face às capacidades individuais.

Assim, e de acordo com Fernández-Ballesteros (2009), pode considerar-se o envelhecimento activo como o produto do “*processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um óptimo funcionamento físico, cognitivo, emocional-motivacional e social*” (p.97). A promoção do envelhecimento activo implica, por um lado, a optimização das condições por meio de intervenções bio-médicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais, e por outro lado a prevenção das doenças e da incapacidade, assim como a maximização do bem-estar e da Qualidade de Vida na velhice. Deste modo, envelhecer bem está intimamente ligado com os comportamentos que se têm (Fernández-Ballesteros, 2009).

### **2.1.3 – Determinantes do Envelhecimento Activo**

Existem vários determinantes associados ao Envelhecimento Activo: económicos, sociais, ambiente físico, pessoais, comportamentais e de serviços sociais e de saúde (WHO, 2002).

A cultura e o género são factores transversais, uma vez que a cultura rodeia todos os indivíduos e todas as populações, modulando o modo como se envelhece, influenciando todos os outros determinantes do envelhecimento. Os valores culturais e as tradições determinam o modo como a sociedade vê os seus idosos e o processo de envelhecimento. Quanto à variável género, esta é determinante no processo de envelhecimento porque permite compreender as diferentes apropriações que são feitas por homens e mulheres no decurso do mesmo.

Relativamente aos sistemas de saúde e serviços sociais, para que estes promovam o Envelhecimento Activo é necessário um enfoque das suas políticas na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acesso equitativo aos cuidados de saúde primários e aos cuidados continuados (WHO, 2002). A saúde é a componente mais importante da felicidade dos idosos (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999).

Quanto aos determinantes comportamentais (WHO2, 2002), estes contemplam a adopção de estilos de vida saudáveis e uma participação activa, importante em todos os estádios do desenvolvimento humano. A prática regular de Exercício Físico está contemplada nestes determinantes. Estes comportamentos são importantes na prevenção de doenças, na diminuição de declínio funcional, no aumento da longevidade e na promoção da Qualidade de Vida.

No que respeita aos factores pessoais, é necessário referir os biológicos, os genéticos e os da personalidade. Apesar de o envelhecimento ser um processo biológico determinado geneticamente, é consensual que as trajectórias de vida individuais no que respeita à saúde e à doença são o resultado da combinação de factores genéticos, ambientais, de estilo de vida, nutrição e oportunidades (Kirkwood, 1996, cit. *in* WHO, 2002). Quanto aos factores de personalidade, a inteligência e a capacidade cognitiva, nomeadamente no que respeita à adaptação à mudança e à perda, são fortes determinantes do Envelhecimento Activo (Smith *et al.*, 1999, cit. *in* WHO, 2002). A auto-eficácia também é preditiva das escolhas que as pessoas fazem ao longo do processo de envelhecimento e no momento da reforma. Estilos de *coping* adaptados e adaptativos determinam a diferença entre uma boa adaptação à mudança e uma crise no decurso do envelhecimento. A auto-estima é um dos factores mais preditivos da felicidade. Se uma pessoa está satisfeita com ela própria, supõe-se que estará satisfeita com a sua vida (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999).

Relativamente aos determinantes associados ao ambiente físico, a segurança da casa, a acessibilidade, a existência de equipamentos e de condições sanitárias básicas e a proximidade aos serviços podem determinar a diferença entre o isolamento e a integração, entre o fechar-se em casa e o circular pelo ambiente com segurança (WHO, 2002).

Quanto aos determinantes relacionados com o ambiente social, aspectos como o suporte social, as oportunidades a nível de educação e aprendizagem ao longo da vida, a paz e a protecção da violência e do abuso são factores chave quando se fala de um ambiente social que proporciona saúde (WHO, 2002). A ausência ou a negligência destas situações pode determinar a solidão, o isolamento social, a iliteracia, o abuso e a exposição a situações de conflito que serão certamente factores de risco para a morbilidade e para a mortalidade.

A WHO (2002) refere também que relativamente aos determinantes económicos, há a destacar os rendimentos, a protecção social e do trabalho. Um idoso com baixos rendimentos é particularmente vulnerável, especialmente se for mulher, viver sozinha ou viver numa zona rural. Parece existir uma relação entre rendimentos e felicidade até ao ponto de estarem satisfeitas as necessidades básicas (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999).

Em relação ao suporte social, regra geral são as famílias quem cuida em primeiro lugar dos seus idosos. No entanto, com a revolução demográfica e com as profundas mudanças a

nível das estruturas das famílias, foi necessário a nível social desenvolverem-se sistemas de suporte, tanto para os idosos como para as famílias. Assim, aposta-se cada vez mais em medidas que permitam a conciliação do apoio formal e do apoio informal, reformas para os idosos e incentivos ao prolongamento no mercado de trabalho (OCDE, 1998, cit. *in* WHO, 2002). Ainda em relação ao mercado de trabalho, incentivar as pessoas a trabalhar até mais tarde, mesmo não sendo através da tradicional forma de trabalho, permite o desenvolvimento de um sentimento de utilidade e de valor, promovendo a transmissão de conhecimentos, valores e cultura.

Assim, todos estes determinantes se inter-relacionam, não se podendo afirmar a primazia ou a independência de uns em relação aos outros. Deste modo, ao estudar a Actividade Física não se podem descurar variáveis pessoais, ambientais, sociais, entre outras, capazes de determinar a diferença entre o sedentarismo e a adesão à Actividade Física (WHO, 2002).

## **2.2 – ACTIVIDADE FÍSICA**

Baixos níveis de Actividade Física estão associados a um incremento do risco de problemas de saúde, nomeadamente doenças cardiovasculares (Faria, 2001), obesidade, hipertensão, diabetes, diferentes tipos de cancro, osteoporose, depressão e ansiedade (U.S. Department of Health and Human Services, 1996, cit. *in* De Cocker *et al.*, 2009; Comissão Europeia, 2008).

A Actividade Física varia em função da idade, do sexo, da forma física, de factores ambientais, sociais, culturais e psicológicos, constituindo-se como um elemento de abordagem multidisciplinar (Bouchard & Shepard, 1993, cit. *in* Videira, 2005).

O Exercício Físico é a medida preventiva mais importante que se pode realizar com pessoas idosas (Cantera, 2004).

### **2.2.1 – Medidas da Actividade Física**

Existem duas formas de medir a Actividade Física: formas objectivas e formas subjectivas (Faria, 2001). As primeiras utilizam marcadores fisiológicos ou sensores de movimento para a mensuração directa de actividades num determinado período de tempo, enquanto as segundas se baseiam as informações dadas pelos sujeitos (Reis *et al.*, 2000). De acordo com o mesmo autor, e atendendo à diversidade de abordagens possíveis, não existe nenhum instrumento que seja considerado padrão para a validação e construção de

outros instrumentos, podendo dizer-se que cada método apresenta vantagens e desvantagens, e a escolha entre um ou outro depende muito do tipo de actividade e do grupo a estudar.

Os questionários são formas viáveis e económicas de medir (Rabacow *et al.*, 2006), embora seja discutível a fidedignidade dessas medidas por serem auto-administradas (Benedetti *et al.*, 2007a). No entanto, se os questionários forem aplicados em forma de entrevista individual, em vez de serem auto-administrados, melhora a estabilidade das medidas (Benedetti *et al.*, 2004).

De acordo com Ainsworth *et al.* (1994, cit. *in* Faria, 2001), os questionários são fáceis de administrar, não alteram os hábitos de vida dos sujeitos, não suscitam reacções directas por parte dos mesmos e geralmente não necessitam de muita motivação e esforço para os completar. Permitem estudar a prevalência de Actividade Física numa determinada população, assim como a evolução do padrão da mesma durante um determinado período de tempo.

Relativamente às limitações, Montoye *et al.* (1996, cit. *in* Faria, 2001), referem que os sujeitos nem sempre mencionam as suas actividades da forma mais precisa e fiável, podendo sobreestimar o tempo e a intensidade das mesmas.

Rabacow *et al.* (2006) considera que é de extrema importância que os questionários de medida de Actividade Física apresentem mecanismos para identificar as diferentes formas de Actividade Física (lazer, trabalho, desporto, actividades domésticas).

### **2.2.2 – Distinção entre Actividade Física, Exercício Físico e Condição Física**

Segundo Casperon *et al.* (1985, cit. *in* Faria, 2001), a Actividade Física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que se traduz num aumento de dispêndio energético, acima do nível de repouso. Engloba os movimentos realizados no trabalho, nas actividades domésticas, nos tempos livres, nas deslocações, etc., podendo ser descrita em termos de duração, frequência e intensidade. O seu principal objectivo é melhorar o estado de saúde. Esta complexidade ao nível da definição tem dificultado a construção de instrumentos que possam assegurar maior precisão na medida da Actividade Física (Reis *et al.*, 2000).

De acordo com Matsudo *et al.* (2001), o Exercício Físico pode ser definido como uma subcategoria da Actividade Física que é planeada, estruturada e repetitiva, resultando na manutenção ou melhoria de um ou mais aspectos da condição física. Este é o exercício realizado com a intenção de melhorar a forma física.

Quanto à Condição Física, esta caracteriza-se pelas “*potencialidades de resposta e integração de um indivíduo, no âmbito bio-motor, face ao seu envolvimento bio-social*” (Pereira, 1997, p.147). Matsudo *et al.* (2001) consideram que a condição física é uma característica que o indivíduo tem ou atinge, como sendo a capacidade aeróbia, a resistência muscular, a força muscular, a composição corporal e a flexibilidade. De acordo com Warburton *et al.* (2006), a condição física é um estado fisiológico de bem-estar que permite à pessoa realizar as tarefas do dia-a-dia, ou ter um bom desempenho desportivo, ou ambas.

### **2.2.3 – Benefícios e Riscos da prática de Actividade Física**

De acordo com Themudo Barata (1997), a prática de Actividades Físicas é valorizada em termos sociais, pois nem todas as pessoas podem integrar essa prática nos seus padrões de vida, e valorizada também pelos seus potenciais benefícios para a saúde. De acordo com o mesmo autor, “*mais importante do que a intensidade a que deve ser praticada determinada actividade física, é que essa actividade seja na realidade praticada, ainda que mais ligeiramente*” (p.136). Isto está associado à ideia de que os benefícios da prática de Exercício Físico para a saúde resultam da sua regularidade, uma vez que se trata de processos adaptativos do organismo.

Segundo o mesmo autor, a prática de Actividades Físicas regulares aumenta a longevidade média. Assim, a acção preventiva do exercício é mais eficaz do que a curativa, isto é, um estilo de vida activo tem uma acção preventiva sobre um conjunto de doenças cardio-vasculares e metabólicas. Segundo Shepard (1997), o envolvimento em Actividade Física de forma regular pode retardar o declínio das capacidades funcionais e uma consequente perda de independência, existindo assim uma protecção em relação à perda de capacidades. Marques (1996, cit. *in* Videira, 2005) defende que a Actividade Física, ao minorar a perda de capacidade funcional, quer física quer psicológica, contribui para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, a perda de autonomia e independência, o qual representa uma das principais causas de degradação da Qualidade de Vida do idoso.

Benedetti *et al.* (2007a) defendem que a Actividade Física regular reduz o risco de mortalidade e de morbilidade, ao passo que a inactividade física é um factor de risco importante para o aparecimento de doenças crónico-degenerativas. De acordo com WHO (2002), a Actividade Física é um importante determinante de saúde e está associada com uma diminuição do risco de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e algumas formas de cancro, ou seja, as principais causas de morte nos países desenvolvidos; previne

e retarda a incapacidade, mesmo em idades mais avançadas (Fernández-Ballesteros, 2009).

Nesta linha de pensamento, Paffenbarger *et al.* (1986, cit. *in* Benedetti *et al.*, 2007a) observaram uma diminuição progressiva do risco dessas doenças quando o gasto energético total em Actividade Física semanal aumentava. De acordo com os mesmos autores, pessoas com gastos de energia semanais superiores a 2000kcal a andar, subir escadas e praticar desporto viviam em média mais dois anos e meio do que os outros com gastos semanais inferiores a 500kcal. Assim, independentemente do tipo de actividade, as investigações indicam que existe uma associação entre a boa forma física e o estado de saúde

A Actividade Física parece desempenhar um importante papel ao promover modificações selectivas na composição corporal, na aptidão metabólica e na aptidão física, assumindo, deste modo, um papel fundamental tanto na manutenção e promoção da saúde, como na independência do idoso para realizar as tarefas diárias. As Actividades Físicas visam contrariar as perdas de massa muscular, relacionados com o processo de envelhecimento. Este aumento da capacidade funcional do idoso traduz-se na melhoria da Qualidade de Vida (Martins & Gomes, 2002, cit. *in* Videira, 2005).

De uma forma resumida, e de acordo com Smith & Jacobson (1989, cit. *in* Ogden, 2004; Cantera, 2004), os benefícios físicos do exercício são melhoria da função cardiovascular; aumento do tamanho e da força dos músculos e da força dos ligamentos para aumentar a postura, prevenindo a instabilidade das articulações e diminuição das dores músculo-esqueléticas; melhoria no esforço do trabalho; e mudança da constituição do corpo.

Os benefícios do Exercício Físico estão geralmente associados ao bem-estar físico e psicológico dos seus participantes (Faria & Silva, 2000; Ogden, 2004). De acordo com os mesmos autores, o Exercício Físico melhora o estado de espírito, a disposição e a energia vital, podendo facilitar também o sentido de humor, ajudando os sujeitos a enfrentar a tensão e o desafio de uma forma mais eficaz e positiva; melhora também a auto-estima e a auto-confiança, isto é, a prática de Exercício Físico pode resultar em sentimentos de realização e de auto-eficácia aumentados.

Ogden (2004) sugere a existência de uma associação entre o nível de Exercício Físico praticado e os níveis de depressão, isto é, o exercício aeróbio está relacionado com uma diminuição da depressão, sendo o efeito maior nos indivíduos com níveis iniciais mais elevados de depressão (McDonald & Hodgdon, 1991, cit. *in* Ogden, 2004).

O Exercício Físico também pode conduzir a uma redução da ansiedade, funcionando também como mediador em relação à resposta ao stress (Ogden, 2004).

Segundo Berger & McInman (1993, cit. *in* Oliveira, 2006), o Exercício Físico na terceira idade parece estar associado a importantes benefícios psicológicos: características da

personalidade mais desejáveis; promoção e melhoria da auto-eficácia, da satisfação com a vida, da felicidade e da Qualidade de Vida; e diminuição dos níveis de tensão, ansiedade e depressão.

De acordo com os mesmos autores, nem todo o tipo de exercício produz benefícios, sendo que o exercício de competição gera exaustão, podendo conduzir a elevados níveis de stress. Themudo Barata (2003, cit. *in* Videira, 2005) defende que há uma altura a partir da qual a Actividade Física não produz efeitos benéficos, passando a constituir-se como um factor de risco.

Heath (2000, cit. *in* Caetano, 2004) defende que a Actividade Física deve ser adaptada às características e limitações de cada um; a avaliação da aptidão física e fisiológica antes de se iniciar um programa de Actividade Física é determinante para o sucesso do mesmo.

Segundo Carvalho (1999), os benefícios da actividade física pressupõem uma prática racional, controlada e adaptada ao estado de saúde e de condição física de cada um, de forma a não sobrecarregar excessivamente o sistema cardiovascular e locomotor.

Os programas de Actividade Física para os idosos devem ser orientados no sentido de melhorar a capacidade física geral do indivíduo, atenuando o efeito deletério do envelhecimento. Heath (1993, cit. *in* Caetano, 2004) recomenda que o Exercício Físico seja adaptado às condições físicas, doenças e limitações dos idosos.

A Actividade Física no idoso encerra vários objectivos aos níveis físico e fisiológico, social e psicológico, que se resumem num objectivo principal que é a melhoria do bem-estar e da Qualidade de Vida do sujeito idoso (Carvalho, 1999).

#### **2.2.4 – Barreiras à prática de Actividade Física**

Segundo Shepard (1994, cit. *in* Oliveira, 2006), a intenção de praticar Exercício Físico nem sempre se torna num comportamento activo, sendo as barreiras mais comuns percebidas pelos adultos a pressão no trabalho, a preguiça e a falta de tempo. Weinberg & Gould (1995, cit. *in* Oliveira, 2006) citam também a falta de energia e a falta de motivação como importantes barreiras à prática de Actividade Física.

### **2.2.5 – Adesão e Manutenção da Actividade Física**

De acordo com Barbanti (1994, cit. *in* Tahara *et al.*, 2003), a adesão à prática é “a participação mantida constante em programas de exercícios, considerados nas formas individual e colectiva, previamente estruturados ou não” (p.8).

Intervenções no âmbito da saúde confrontam-se muitas vezes com problemas de falta de adesão das pessoas (Matos, 2007). De acordo com o mesmo autor, é necessário promover conhecimentos globais, desenvolver conhecimentos locais específicos e complementares, investir em capital humano e institucional.

De acordo com Cid *et al.* (2007), os motivos de adesão à prática de Actividade Física passam pelo sentimentos de bem-estar que esta proporciona, por ajudar a combater o stress e a libertar a tensão. Assim, e de acordo com os mesmos autores, os motivos mais importantes de adesão e participação em programas de Actividade Física encontram-se fortemente relacionados com questões de saúde e de bem-estar.

O Exercício Físico parece realçar a auto-eficácia em grupos de meia-idade, o que por sua vez motiva o seu maior envolvimento no exercício (McCauley, 1994, cit. *in* Shepard, 1997).

Haynes e colaboradores (1979, cit. *in* Ogden, 2004) e Ley (1988, cit. *in* Ogden, 2004) consideraram que os níveis de satisfação dos doentes resultavam de várias componentes da consulta, particularmente aspectos afectivos (por exemplo apoio emocional e compreensão), comportamentais (esclarecimentos adequados) e competência do técnico de saúde (recomendações adequadas e de acordo com as necessidades), sendo sugerido que estes aspectos ligados à satisfação dos doentes poderiam estar correlacionados com a adesão às indicações dadas durante a consulta.

De acordo com Ley (1989, cit. *in* Ogden, 2004), um dos meios para melhorar a adesão à terapêutica relaciona-se com o aperfeiçoamento da comunicação oral, nomeadamente os conteúdos, a clareza e a simplicidade com que as informações são transmitidas, e o seguimento da consulta com entrevistas adicionais.

A adesão à prática de Actividade Física é um comportamento voluntário, sendo este um processo de tomada de decisão por parte do próprio sujeito (Duarte, 1999). Assim, antes de tomarem uma decisão, as pessoas analisam os custos e os benefícios da sua prática. De acordo com o mesmo autor, é necessário que os benefícios se tornem evidentes para que as pessoas pretendam envolver-se. Deste modo, a educação e promoção para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização das pessoas, pretende levá-las a sentirem-se mais competentes, felizes e valorizadas ao adoptar e manter estilos de vida saudáveis (Matos, 2007).

Segundo Oliveira & Duarte (1999), as atitudes dos idosos face à Actividade Física variam consoante a importância atribuída à mesma.

Considerando Matos (2007), a participação das pessoas na promoção da saúde é uma importante estratégia na adopção e manutenção de comportamentos saudáveis, aliada à informação dada pelos técnicos de saúde. As pessoas parecem envolver-se activamente nos seus processos de mudança se forem consideradas as suas definições e respeitado o seu ritmo pessoal de mudança (Reis, 2007). De acordo com Ogden (2004), devem ser encorajadas pequenas mudanças nos estilos de vida e não campanhas agressivas e intensas de grandes aumentos dos níveis de exercício praticado.

### **2.2.6 – Actividade Física e Envelhecimento Activo**

De acordo com Baker *et al.* (2008), promover um estilo de vida activo é a abordagem ideal para combater os elevados níveis de inactividade que se têm vindo a verificar na população a nível mundial. O aumento de passos dados diariamente resulta num decréscimo do tempo que as pessoas passam sentadas (De Cocker *et al.*, 2008).

Melo & Barreiros (2002, cit. *in* Caetano, 2004) apresentam três medidas para estimular um Envelhecimento Activo: promover o envolvimento do idoso em Programas de Actividade Física adaptados às suas condições fisiológicas, capacidades funcionais, motivação e estrutura psicológica; encorajar a participação do idoso em actividades do dia-a-dia, como por exemplo ir às compras e cozinhar; e ajustar as características do meio envolvente às necessidades específicas do idoso. Estas medidas são preconizadas pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas como as três grandes estratégias de intervenção no Envelhecimento Activo (Direcção Geral de Saúde, 2004).

A Actividade Física surge como um meio de modificar os hábitos de vida dos idosos, ao retardar o aparecimento de doenças crónicas e ao mantê-los por mais tempo funcionalmente capazes de realizar as tarefas do dia-a-dia (Benedetti *et al.*, 2007b). De acordo com os mesmos autores, observa-se em todo o mundo um aumento crescente da implantação de Programas de Actividade Física, sendo de destacar “*a importância do envolvimento social e a necessidade de criar hábitos saudáveis de vida por meio da prática regular de actividades físicas*” (p.393).

Os resultados dos Programas de Actividade Física mostram que os ganhos não são apenas económicos, mas sobretudo na melhoria da Qualidade de Vida das pessoas, seja a nível físico, psicológico ou social (Benedetti *et al.*, 2007b). Assim, manter uma vida activa é essencial para manter um Envelhecimento Saudável e Activo.

A Actividade Física deve ser estimulada não apenas no idoso, mas também no adulto, com o intuito de prevenir e controlar as doenças crónicas não transmissíveis que aparecem mais frequentemente durante a terceira idade, e como forma de manter a independência funcional (Matsudo *et al.*, 2001).

### **2.3 – QUALIDADE DE VIDA**

Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida são conceitos que se encontram estritamente relacionados. Ter um estilo de vida activo traz muitos benefícios a nível psicológico e social e tem uma relação directa com a Actividade Física e com a esperança de vida (Comissão Europeia, 2008). Assim, e de acordo com a mesma fonte, as populações fisicamente activas tendem a viver mais tempo do que as sedentárias. As pessoas sedentárias que se tornam fisicamente activas referem sentimentos de satisfação, tanto de um ponto de vista físico como mental, e apresentam uma melhor Qualidade de Vida.

Qualidade de Vida é um conceito multidimensional que engloba critérios objectivos e mensuráveis, como o funcionamento psicológico e a manutenção das actividades de vida diárias (Paúl *et al.*, 2005, cit. *in* Gonçalves *et al.*, 2006), assim como critérios subjectivos, designados por satisfação de vida (Aberg *et al.*, cit. *in* Gonçalves *et al.*, 2006). Pode ser definida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Fleck *et al.*, 2000, p.179, cit. *in* Caneiro *et al.*, 2007). Trata-se de um termo que abrange muitos significados que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo *et al.*, 2000).

Factores como o funcionamento físico, social, cognitivo e emocional, a produtividade pessoal e a intimidade podem influenciar a Qualidade de Vida de um indivíduo (Shepard, 1997). Caspersen, Powell & Merritt (1994, cit. *in* Shepard, 1997) comprovaram a existência de uma influência positiva da Actividade Física no bem-estar pessoal dos idosos.

### **2.4 – CONSULTORIA EM ACTIVIDADE FÍSICA**

O aconselhamento tem como objectivo capacitar a pessoa do domínio de situações de vida, empenhar-se em actividades que produzam crescimento e a tomada de decisões eficazes. “*Como resultado do processo, o aconselhamento aumenta o controlo do indivíduo sobre as adversidades actuais e as oportunidades presentes e futuras*” (Patterson &

Eisenberg, 2003, p.1). De acordo com os mesmos autores, o objectivo final do processo de aconselhamento é ajudar a pessoa a realizar algum tipo de mudança que ela julgue satisfatória, algum tipo de mudança que resulte em crescimento. Geralmente a mudança real e duradoura surge quando a pessoa desenvolve novas percepções de si, sobre as pessoas significativas e sobre a sua vida.

Deste modo, e de acordo com os mesmos autores, o conselheiro assume-se como um facilitador do crescimento da pessoa em direcção à auto-responsabilidade; a realidade da pessoa é a base para as suas interacções com o mundo em geral; o aumento de *insight*, da consciência perante a realidade, resulta num comportamento mais efectivo. Em todo o caso, a pessoa é sempre a última responsável pelo seu comportamento, que é voluntário.

“PRECEDE” é um modelo que pretende diagnosticar e intervir em factores que influenciam os comportamentos relacionados com saúde (Green, 1980, 1991, cit. *in* Huete, 2004), nomeadamente predisponentes, facilitadores e reforçadores dos comportamentos.

Quanto aos predisponentes, para que um comportamento se possa implementar ou manter é necessário a pessoa dispor de informação, sendo que as consequências do comportamento estão relacionadas com motivação.

Relativamente à Actividade Física, é necessário analisar qual a informação de que a pessoa dispõe relativamente aos malefícios do sedentarismo e aos benefícios da Actividade Física para depois se poder intervir no sentido de implementar ou manter um comportamento saudável.

De acordo com este modelo, também é necessário conhecer as atitudes, os valores e as crenças, nomeadamente através do discurso da pessoa, tanto os positivos como os negativos, sendo elementos fundamentais para a realização ou extinção de determinado comportamento. Além destes aspectos, também importa considerar o contexto em que a pessoa se encontra.

Relativamente aos factores facilitadores, os quais podem facilitar ou dificultar a acção, tanto na pessoa como no meio, há que considerar as acessibilidades e as habilidades. Quanto ao primeiro aspecto, é necessário analisar os recursos que a comunidade possui e qual a possibilidade da pessoa usufruir deles. Em relação ao segundo aspecto, é necessário informar a pessoa do tipo de exercícios que são adequados para si, em relação à sua condição física, às suas necessidades e interesses e considerando também o meio envolvente.

Quanto aos factores reforçadores, estão relacionados com as consequências da acção e são fundamentais para a manutenção de um determinado comportamento. Assim, é fundamental que a pessoa percepcione consequências positivas a curto prazo, decorrentes da Actividade Física, para assim aumentarem as possibilidades de manutenção desse

comportamento. As pessoas significativas também podem influenciar de forma expressiva a manutenção de um determinado comportamento por parte da pessoa, nomeadamente o companheiro, a família, os amigos e qualquer outro elemento de relevo na vida da pessoa, através das respostas que dão à pessoa por estar a empreender determinado comportamento; ou através dos próprios comportamentos, funcionando nesse caso como modelos de conduta.

#### **2.4.1 – Papel dos profissionais de saúde no aconselhamento para a prática de Actividade Física**

Os médicos e outros profissionais de saúde deveriam aconselhar habitualmente os seus doentes para a adopção e manutenção de uma Actividade Física regular (Constantino, 1998). De acordo com o mesmo autor, a posição e valorização social do estatuto destes grupos profissionais é extremamente importante, uma vez que as suas indicações e conselhos são tomados em consideração pelas pessoas.

Os pacientes esperam que o seu médico de cuidados primários lhes disponibilize informações sobre prevenção em saúde. Os conselhos dos profissionais podem ser um forte estímulo externo para a acção preventiva na saúde (Whitlock *et al.*, 2002, cit. in Jacobson *et al.*, 2005).

Apesar de existirem evidências inconclusivas do aconselhamento por parte dos médicos de cuidados primários no aumento da Actividade Física dos pacientes, em 1996 a *US Preventive Services Task Force* recomendou o aconselhamento por parte destes técnicos para promover Actividade Física regular em todas as crianças e adultos, baseado na evidência dos benefícios decorrentes do aumento da Actividade Física (Eden *et al.*, 2002). Estes autores concluíram que os adultos que receberam Aconselhamento/Consultoria nos cuidados de saúde primários aumentaram e mantiveram a Actividade Física.

No entanto, apesar de existirem evidências que sugerem que o aconselhamento é eficaz em algumas situações, estas ainda são insuficientes para generalizar a conclusão de que o aconselhamento é eficaz.

De acordo com a Comissão Europeia (2008), os médicos dos cuidados primários podem ajudar os seus pacientes idosos a compreender os benefícios da Actividade Física, motivando-os para aumentarem os seus níveis de prática através de recomendações de Exercício Físico adequado às suas necessidades. Jacobson *et al.* (2005) defende que os profissionais de cuidados primários deveriam reforçar a importância da Actividade Física regular junto dos seus pacientes.

De acordo com Kreuter *et al.* (2000), a Consultoria médica sugere uma relação mais interactiva, de maior proximidade entre médico e utente, ao passo que dar um conselho pode ser entendido apenas como uma sugestão para adoptar ou modificar um comportamento.

Petrella & Latanzio (2002) concluíram que as intervenções dos médicos de saúde primária podem influenciar a prática de Actividade Física dos pacientes, especialmente quando é fornecido material escrito; quando as estratégias de mudança são específicas para o indivíduo; e quando a formação e os recursos são dados pelos profissionais de saúde. Assim, uma abordagem recente da adesão à prática de Actividade Física passa por um esquema de prescrição em que o médico dos cuidados primários encaminha determinados pacientes-alvo (Ogden, 2004).

Segundo Donaldson *et al.* (1996, cit. *in* Smith *et al.*, 2002), o potencial impacto das intervenções dos profissionais de saúde primária na promoção de actividade física é uma das áreas mais intensamente estudadas relativamente à intervenção destes profissionais junto das populações. Isto prende-se com o facto de estes profissionais conseguirem chegar às populações, acrescido da importância percebida destes nas crenças e comportamentos de saúde dos pacientes.

#### **2.4.2 – Orientações para a prática de Actividade Física**

De acordo com Blair *et al.* (2004), ao longo dos anos têm surgido diversas recomendações para a prática de Actividade Física. No entanto a quantidade específica de Actividade Física necessária para promover uma boa saúde continua por determinar. De acordo com os mesmos autores, um Exercício Físico de intensidade elevada produz muitos ganhos a nível de condição física, ao passo que um Exercício Físico de intensidade moderada incrementa a capacidade de trabalho, mas não tanto como um exercício de intensidade elevada. Apesar disso, exercícios de intensidade moderada conduzem a importantes adaptações fisiológicas.

Atendendo a estas informações, estes autores consideram que é difícil desenvolver uma recomendação de saúde pública relacionada com Actividade Física que corresponda às necessidades individuais de todas as pessoas. Apesar destes constrangimentos, as actuais recomendações de saúde pública para a prática de Actividade Física são de cerca de trinta minutos de Actividade Física de intensidade moderada, a qual promove benefícios substanciais a vários níveis da saúde em indivíduos sedentários (Bergman *et al.*, 2008). No entanto, esta dose de exercício pode ser insuficiente para prevenir o aumento de peso em muitas pessoas.

As orientações internacionais recomendam para adultos saudáveis, entre os 18 e os 65 anos, trinta minutos de Actividade Física de intensidade moderada em pelo menos cinco dias da semana, ou então vinte minutos de Actividade Física de intensidade vigorosa em três dias da semana (Haskell *et al.*, 2007; Comissão Europeia, 2008). No entanto, apenas uma pequena percentagem de população tem hábitos de Actividade Física regular, sendo que a maioria da população idosa é sedentária (Videira, 2005).

### **2.4.3 – Importância do Aconselhamento Personalizado**

A realização de um Programa de Caminhadas, com base num pedómetro, em conjunto com Consultoria/Aconselhamento individual em Actividade Física, aumentou a prática de caminhada em adultos pouco activos durante doze semanas. No grupo controlo não foram encontrados resultados significativos ao longo do tempo. De acordo com os autores (Baker *et al.*, 2008), estes resultados sugerem que este tipo de intervenção é um método favorável na promoção da prática de caminhada.

De acordo com Jacobson *et al.* (2005), os médicos estão interessados, e poderão ficar habilitados, para fornecerem conselhos de Actividade Física específicos e direccionados para cada paciente em particular, prescrevendo exercícios.

Ogilvie *et al.* (2007) encontraram claras evidências de que as pessoas podem mais facilmente ser encorajadas a caminhar mediante intervenções “feitas à medida” das suas necessidades e interesses, uma vez que diferentes tipos de pessoas podem responder a diferentes abordagens.

Um aconselhamento individual permite a avaliação dos casos individualmente, mantendo um desenho apropriado e o devido acompanhamento ao longo do tempo (Fernández-Ballesteros, 2009).

## **III – METODOLOGIA**

### **3.1 – TIPO DE ESTUDO**

Estudo exploratório, mediante a aplicação longitudinal de Entrevista em quatro momentos: dois presenciais e dois telefónicos.

### **3.2 – PARTICIPANTES**

Faz parte do universo amostral do estudo a população das Unidades de Saúde Familiar de Benfica e Carnide. Dentro desse universo foram considerados os utentes que frequentavam ou já tinham frequentado a consulta de psicologia; a partir destes foi constituída a nossa amostra, considerando os critérios de inclusão previamente definidos e a disponibilidade dos utentes para participar no estudo.

É constituída por indivíduos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos de idade, referenciados pelo médico assistente para a consulta de Psicologia.

Foi constituído critério de inclusão o utente encontrar-se clinicamente estável e não estar a participar simultaneamente noutros estudos.

### **3.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Foi pedida autorização à Directora Executiva dos Agrupamentos de Centro de Saúde de Lisboa Norte para a realização do estudo nas Unidades de Saúde Familiar supra citadas (Anexo A), assim como pedida colaboração à psicóloga das respectivas Unidades de Saúde Familiar (Anexo B).

Os utentes foram informados pela psicóloga das Unidades de Saúde da existência do estudo e convidados a participar no mesmo. Todos os participantes foram voluntários e assinaram uma declaração de consentimento informado (Anexo C).

### **3.4 – INSTRUMENTOS**

Os dados foram recolhidos mediante uma Entrevista Semi-Estruturada, com vista à caracterização sócio-demográfica dos indivíduos, assim como às suas percepções e prática de Actividade Física.

Foi considerada variável independente a Consultoria em Actividade Física. Foram consideradas variáveis dependentes idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade (UNESCO, 2006), situação profissional (IEFP, 2001), hábitos tabágicos (INE & INSA, 2009) e Actividade Física.

A caracterização da Actividade Física foi realizada através da aplicação do Questionário Internacional de Actividade Física – Versão Portuguesa Longa (Anexo D).

O Questionário Internacional de Actividade Física (Quadro 2) é um questionário que permite estimar o tempo semanal dispendido em Actividades Físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do quotidiano: trabalho, transportes, tarefas domésticas e actividades de lazer, e ainda o tempo gasto em actividades passivas, realizadas em posição sentada (Benedetti *et al.*, 2007a & Bergman *et al.*, 2008). De acordo com estes autores, este questionário (semana usual, auto-administrado em forma de entrevista individual) é um instrumento com boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos epidemiológicos com adultos jovens, de meia-idade e com mulheres idosas. É de fácil aplicação, baixo custo e já foi testado em mais de doze países.

**QUADRO 2:** Composição do Questionário Internacional de Actividade Física

<i>Contextos do Quotidiano</i>	<i>Variáveis analisadas</i>
<b>Secção A – Actividade Física no Trabalho</b>	Trabalhar ou fazer Trabalho Voluntário fora de casa Caminhar como parte do Trabalho Actividades Moderadas como parte do Trabalho Actividades Vigorosas como parte do Trabalho
<b>Secção B – Actividade Física como Meio de Transporte</b>	Andar de transportes públicos para ir de um local para outro Andar de bicicleta para ir de um local para outro Caminhar para ir de um local para outro
<b>Secção C – Actividade Física em Casa: Tarefas Domésticas, Trabalho no Jardim e Quintal e Cuidar da Família</b>	Actividades Moderadas dentro de casa Actividades Moderadas no Jardim ou Quintal Actividades Vigorosas no Jardim ou Quintal
<b>Secção D – Actividades Físicas de Tempo Livre, Desporto, Exercício e Lazer</b>	Caminhar no Tempo Livre Actividades Moderadas no Tempo Livre Actividades Vigorosas no Tempo Livre
<b>Secção E – Tempo Gasto Sentado</b>	Estar sentado durante um dia de semana Estar sentado durante um dia de fim-de-semana

Faziam parte da Entrevista Semi-Estruturada Inicial questões relativamente ao significado da Actividade Física para o participante, a importância que atribuía à mesma para a sua saúde, assim como os benefícios e as barreiras percebidos para a prática

de Actividade Física (Anexo E). De acordo com literatura (Benedetti *et al.*, 2007a; Fernández-Ballesteros, 2009; Weinberg & Gould, 1995, cit. *in* Oliveira, 2006), foram apresentados seis benefícios e oito barreiras à prática de Actividade Física, tendo sido solicitado aos participantes que os ordenassem por ordem decrescente de importância.

Para realizar a Consultoria em Actividade Física recorreu-se a um guião construído para o efeito, com base nas orientações internacionais na área da Actividade Física (Haskell *et al.*, 2007). Além das recomendações internacionais, este guião também contemplava uma parte destinada às necessidades e aos interesses dos participantes no estudo, assim como ao compromisso que assumiam (Anexo F).

Foram construídas Fichas de Auto-Monitorização da Actividade Física (documento adaptado de [www.rituais.iol.pt](http://www.rituais.iol.pt)), que permitiam ao participante o preenchimento do dia, hora, intensidade, tipo de actividade, duração e observações relativas à Actividade Física realizada (Anexo G).

Relativamente à Entrevista Telefónica, foi construído um guião para o efeito. O objectivo desse contacto telefónico era relembrar as orientações dadas na Consultoria presencial, incentivar o preenchimento das Fichas de Auto-Monitorização da Actividade Física e responder a quaisquer perguntas que surgissem. Foi elaborado um guião para os dois meses e outro para os quatro meses (Anexo H).

Foi construído um Questionário de Satisfação com o objectivo de avaliar o impacto do Programa na prática de Actividade Física, assim como a satisfação dos utentes ao participarem no mesmo (Anexo I).

Também foi elaborada uma Entrevista Semi-Estruturada Final cujas questões incidiam na caracterização da prática de Actividade Física por parte dos indivíduos, permitindo desse modo uma comparação de resultados nos dois momentos analisados (Anexo J).

### **3.5 – PROCEDIMENTOS**

A recolha de dados e a Consultoria foram realizadas pelo investigador.

A selecção de utentes a participar no estudo foi feita pela psicóloga das Unidades de Saúde de acordo com os critérios de inclusão definidos para a amostra.

Num primeiro momento foi feita a cada participante a Entrevista Semi-Estruturada Inicial e aplicado o Questionário Internacional de Actividade Física através de Entrevista Individual. Após estes procedimentos, e considerando que já se conheciam as práticas de Actividade Físicas e as concepções dos elementos em estudo sobre esta temática, procedeu-se à sessão de Consultoria, onde foram discutidas necessidades, interesses e limitações relativas à Actividade Física, tendo cada participante em estudo assumido um compromisso no sentido de aumentar a prática de Actividade Física no seu dia-a-dia, fomentando comportamentos activos já praticados. O objectivo era integrar as actividades físicas nas rotinas diárias, não provocando deste modo rupturas nem desequilíbrios. Houve lugar para o esclarecimento de dúvidas sempre que solicitado.

Após as sugestões acordadas entre o participante e o investigador, foram concedidas àquele Fichas de Auto-Monitorização da Actividade Física, a devolver no momento da Entrevista Semi-Estruturada Final.

Ao ser feita a distribuição das Fichas de Auto-Monitorização da Actividade Física apelou-se ao seu preenchimento diário, o que se acredita que contribui para uma maior consciencialização e informação sobre a Actividade Física diária e semanal, uma melhor percepção dos progressos e uma motivação adicional para a prática.

Num segundo momento, dois meses após o primeiro contacto, foi feita uma Entrevista Telefónica. Nesse contacto foram reforçadas as orientações discutidas na Consultoria em Actividade Física, realizada num primeiro momento; incentivado o registo diário, sempre que possível, na Ficha de Auto-Monitorização da Actividade Física; monitorizada a prática de Actividade Física; analisados os constrangimentos que estavam a ocorrer e esclarecidas as questões colocadas.

Num terceiro momento, dois meses após o segundo contacto e quatro meses após o contacto inicial, foi feita novamente uma Entrevista Telefónica. Os objectivos foram os mesmos da entrevista telefónica anterior.

Num quarto momento, que decorreu três meses após a segunda Entrevista Telefónica e sete meses após a Entrevista Semi-Estruturada Inicial, foi feita novamente uma Entrevista Presencial. Foi realizada a entrevista semi-estruturada final, aplicado o Questionário Internacional de Actividade Física e o Questionário de Satisfação. Os participantes no estudo devolveram as Fichas de Auto-Monitorização da Actividade Física.

### 3.6 – ANÁLISE DE DADOS

Recurso ao programa Microsoft Excel 2007 para análise das variáveis sócio-demográficas e questões relativas a Actividade Física que constam das Entrevistas Semi-Estruturadas Inicial e Final, do Questionário Internacional de Actividade Física e do Questionário de Satisfação.

Análise de conteúdo (Chizzotti, 2003) das questões abertas presentes nas Entrevistas Presenciais Inicial e Final, nas Entrevistas Telefónicas e no Questionário de Satisfação.

## IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os quatro momentos de recolha de dados decorreram entre 31 de Maio de 2010 e 17 de Janeiro de 2011 (Quadro 3).

**QUADRO 3:** Duração do Acompanhamento – Entrevistas

	<i>Média</i>	<i>Desvio-Padrão</i>
<b>1ª Entrevista Presencial</b>	52,8 minutos	14,2 minutos
<b>1ª Entrevista Telefónica</b>	5,8 minutos	3,1 minutos
<b>2ª Entrevista Telefónica</b>	6,4 minutos	4,3 minutos
<b>2ª Entrevista Presencial</b>	45,6 minutos	19,3 minutos
<b>Total das Entrevistas</b>	<b>110,6 minutos</b>	<b>34,5 minutos</b>

### 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A dimensão da amostra é cinco indivíduos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 55 e os 61 anos, duas casadas, duas divorciadas e uma solteira.

Os aspectos sócio-demográficos da amostra estão representados no Quadro 4.

Relativamente à escolaridade, a realçar o facto de duas pessoas terem a 4ª classe, escolaridade obrigatória no momento em que frequentaram o ensino.

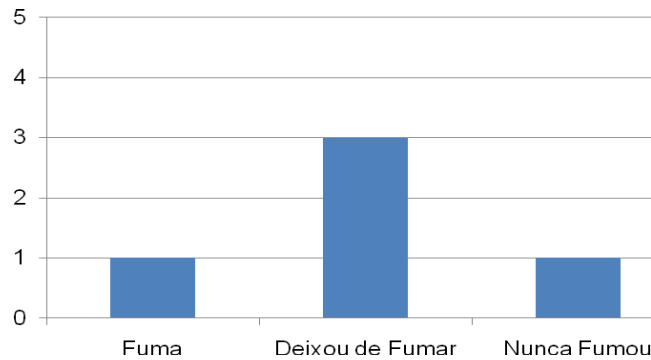
Quanto à situação profissional e funções desempenhadas a nível profissional, de referir que actualmente apenas uma se encontra a trabalhar, desempenhando funções na área administrativa.

**QUADRO 4:** Análise sócio-demográfica da amostra

<i>Escolaridade</i>		<i>Situação Profissional</i>		<i>Funções Desempenhadas</i>	
<b>4ª Classe</b>	<b>2</b>	Reforma	2	Serviços e vendedores	1
9º Ano	1	Pré-reforma	1	Profissões intelectuais	1
11º Ano	1	Desempregada	1	<b>Administração</b>	<b>3</b>
Mestrado	1	<b>Activa</b>	<b>1</b>		

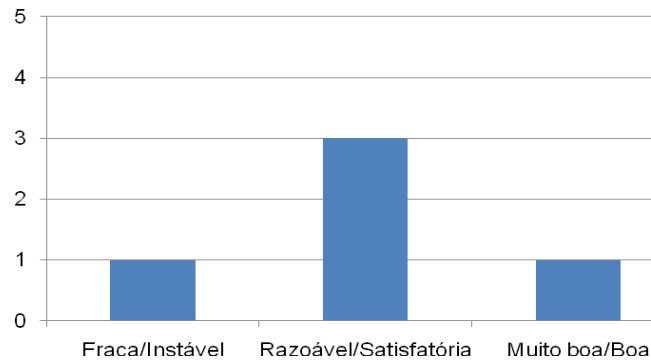
Em relação a hábitos tabágicos, apenas uma participante era fumadora actual. (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1:** Distribuição de Resultados relativos a “Hábitos Tabágicos”



Quanto à auto-avaliação da saúde, a destacar as respostas positivas que foram dadas por 4 das 5 pessoas em estudo (Gráfico 2).

**GRÁFICO 2:** Distribuição de Resultados relativos a “Auto-Avaliação da Saúde”



## 4.2 – ACTIVIDADE FÍSICA

Aquando a realização das Entrevistas Semi-Estruturadas Inicial e Final foram exploradas as percepções e práticas que as pessoas tinham relativamente à Actividade Física.

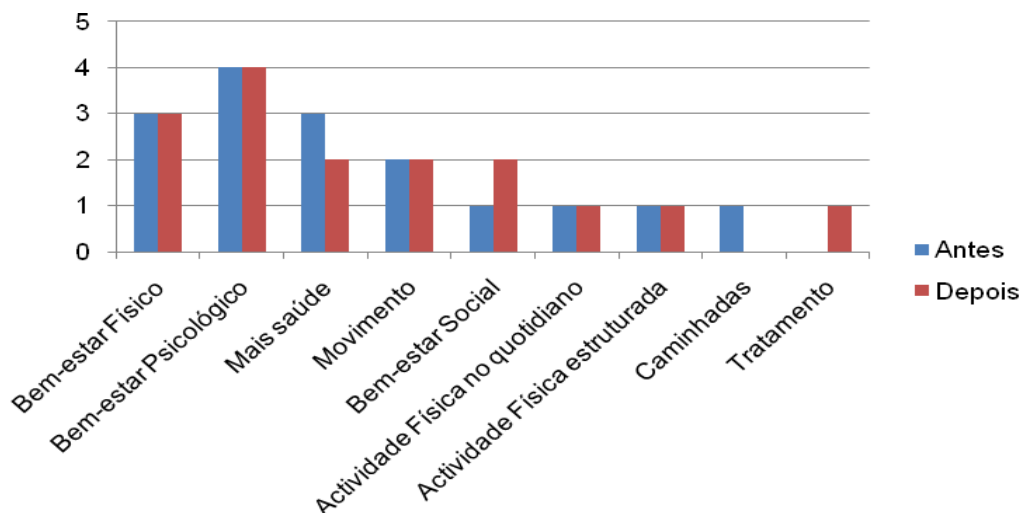
Todos os sujeitos da amostra referiram que praticavam Actividade Física regularmente, aspecto que foi explorado aquando o preenchimento do Questionário Internacional de Actividade Física nos dois momentos de Entrevista Presencial, isto é, Entrevistas Semi-Estruturadas Inicial e Final.

Da realização das Entrevistas Semi-Estruturadas Inicial e Final, os resultados para as dimensões "Significado", "Importância para a Saúde", "Benefícios da Actividade Física" e "Barreiras à prática de Actividade Física" são os que se apresentam de seguida.

Os resultados relativos ao "Significado da Actividade Física" encontram-se distribuídos por categorias, construídas a partir das respostas dadas pelos sujeitos. Respostas similares foram agrupadas na mesma categoria (Gráfico 3).

Tanto na Entrevista Semi-Estruturada Inicial como na Entrevista Semi-Estruturada Final, quando foi perguntado aos sujeitos o que significava para eles "actividade física", verificou-se uma relação entre actividade física e *bem-estar físico*, *bem-estar psicológico*, *mais saúde*, *movimento* e *bem-estar social*

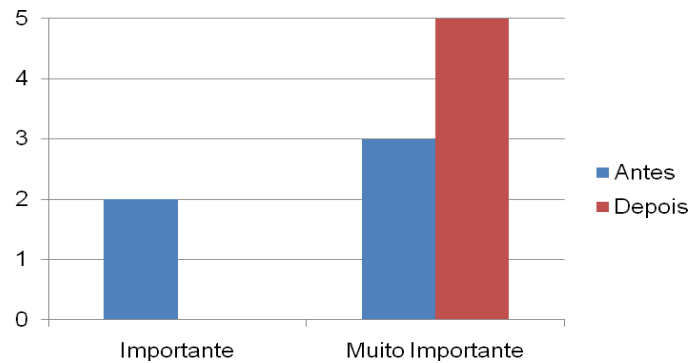
**GRÁFICO 3:** Distribuição de Resultados relativos ao "Significado da Actividade Física"



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Na Entrevista Semi-Estruturada Inicial a maioria das pessoas considerou a prática de Actividade Física “Muito Importante” para a sua saúde, sendo que na Entrevista Semi-Estruturada Final todas as pessoas entrevistadas a consideraram “Muito Importante”. Os resultados relativos à “Importância da Actividade Física para a sua Saúde” encontram-se representados no Gráfico 4.

**GRÁFICO 4:** Distribuição de Resultados relativos à “Importância da Actividade Física para a sua Saúde”



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Relativamente aos “Benefícios da Actividade Física” (Gráfico 5) e às “Barreiras à Prática de Actividade Física” (Gráfico 6), os resultados estão organizados por ordem decrescente de importância.

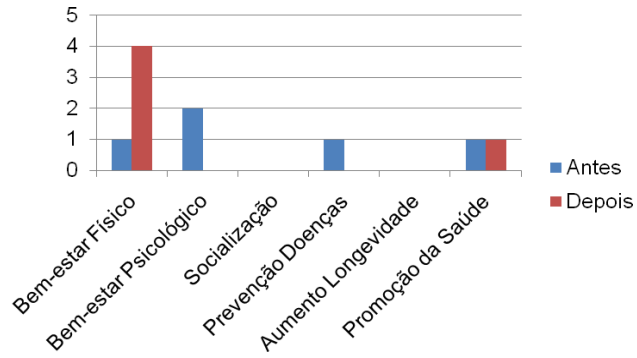
A partir das opções de resposta das Entrevistas Semi-Estruturada Inicial e Final, os sujeitos atribuíram um valor entre 1 e 6 para os “Benefícios da Actividade Física”, sendo que 1 corresponde ao principal benefício percebido decorrente da prática de Actividade Física e 6 ao menor benefício percebido.

Atribuíram um valor entre 1 e 8 para “Barreiras à prática de Actividade Física”, sendo que 1 corresponde à principal barreira percebida à prática de Actividade Física e 8 à menor barreira percebida.

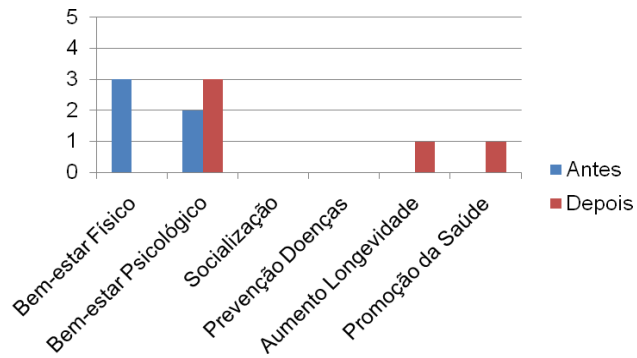
Tanto na Entrevista Semi-Estruturada Inicial como na Entrevista Semi-Estruturada Final os principais “Benefícios à prática de Actividade Física” enunciados foram o *bem-estar físico*, o *bem-estar psicológico*, a *prevenção de doenças* e a *promoção da saúde*.

**GRÁFICO 5:** Distribuição de Resultados relativos a “Benefícios da Actividade Física”

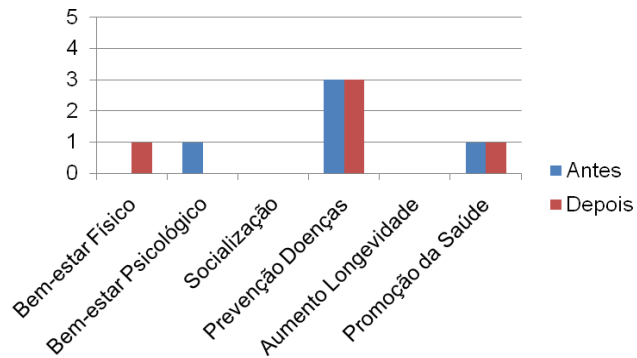
**1º Benefício**



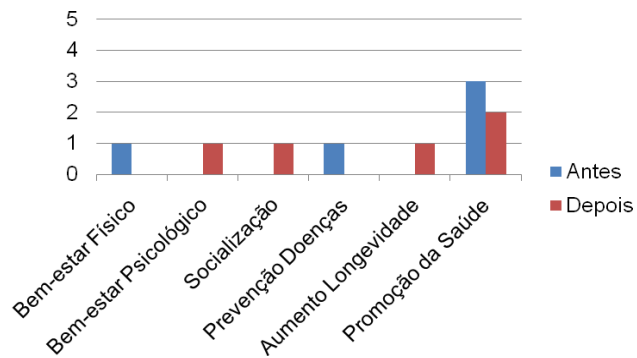
**2º Benefício**



**3º Benefício**



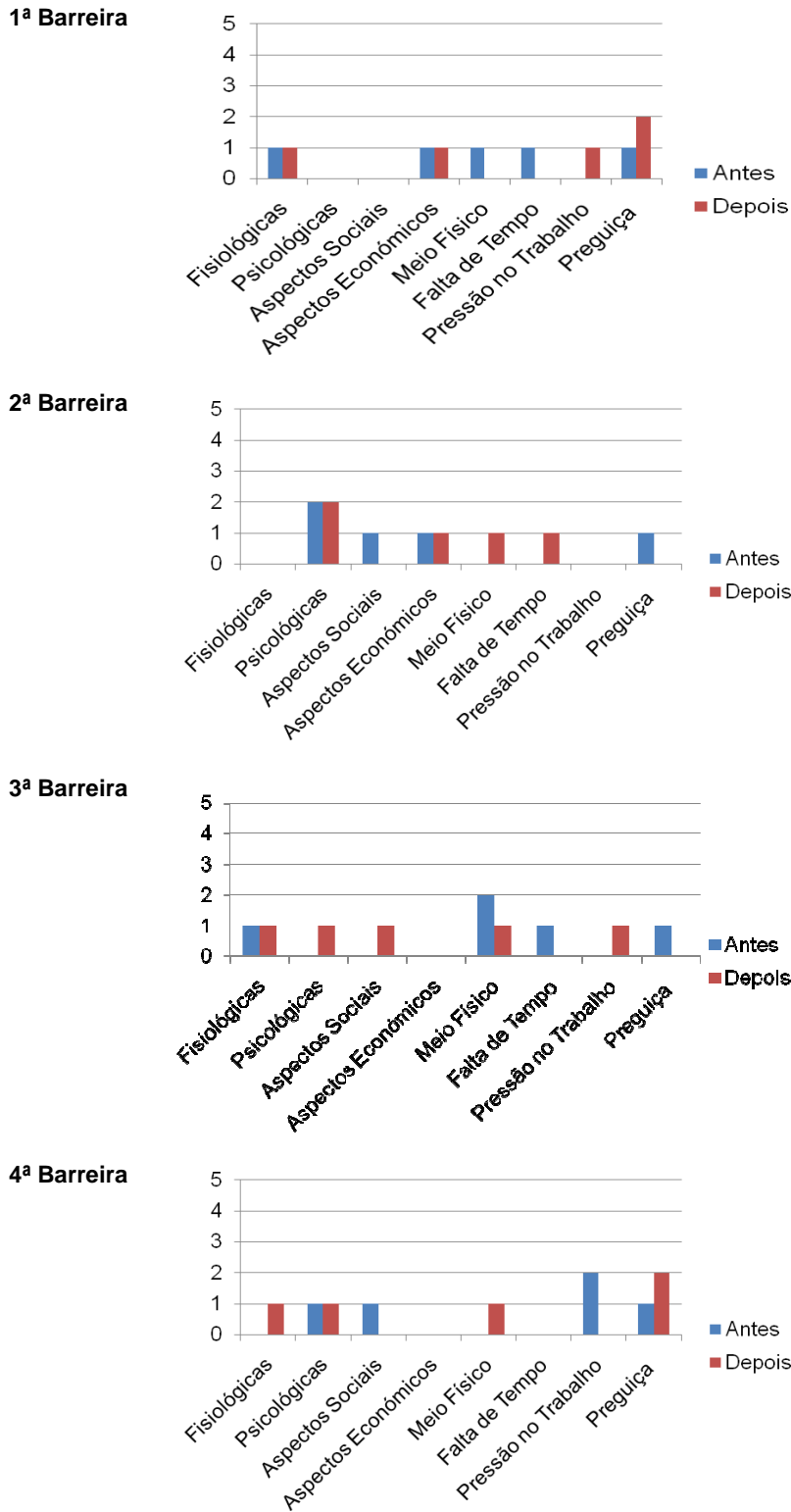
**4º Benefício**



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Em ambos os momentos de Entrevista Presencial as principais “Barreiras à prática de Actividade Física” enunciadas foram a *preguiça*, os *aspectos psicológicos* e o *meio físico*.

**GRÁFICO 6:** Distribuição de Resultados relativos a “Barreiras à prática da Actividade Física”

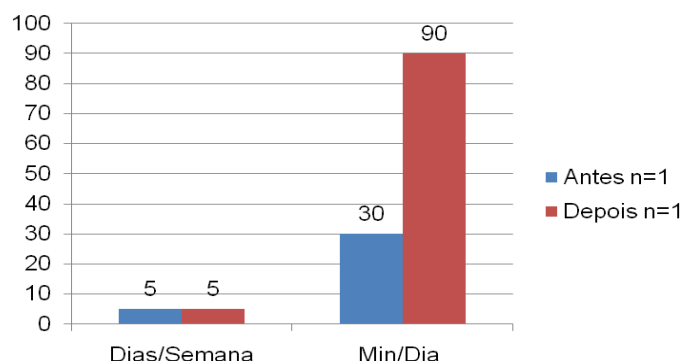


**Legenda:** Antes – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; Depois – Entrevista Semi-Estruturada Final

Após a realização das Entrevistas Semi-estruturadas Inicial e Final procedeu-se à aplicação do Questionário Internacional de Actividade Física, cujos principais resultados a destacar são os que se apresentam de seguida.

Tanto na Entrevista Semi-Estruturada Inicial como na Entrevista Semi-Estruturada Final manteve-se o número de pessoas que realizavam actividade física no trabalho, ou seja, caminhar como parte do trabalho. Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se um aumento do tempo total dispendido por dia nessas actividades (Gráfico 7).

**GRÁFICO 7:** Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física no Trabalho” - Caminhada



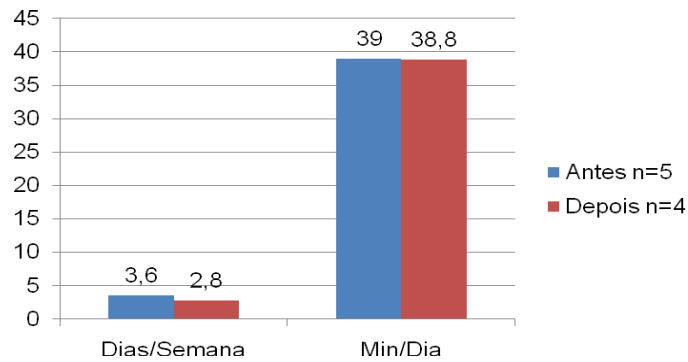
Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se uma diminuição do número de pessoas que utilizavam os transportes, assim como uma redução do número de dias por semana em que os utilizavam e do tempo total dispendido em cada dia de utilização (Gráfico 8).

Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se um aumento do número de pessoas que caminhavam como meio de transporte, apesar de caminharem durante menos dias numa semana e durante menos tempo em cada dia (Gráfico 9).

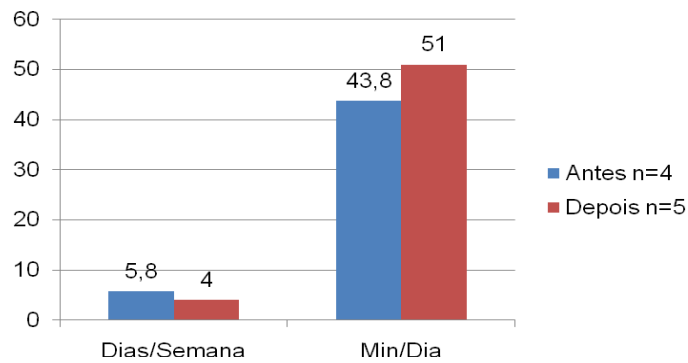
Tanto na Entrevista Semi-Estruturada Inicial como na Entrevista Semi-Estruturada Final não é referido o uso da bicicleta como meio de transporte.

**GRÁFICO 8:** Distribuição de Resultados relativos à utilização de Transportes como meio de deslocação



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

**GRÁFICO 9:** Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física como Meio de Transporte”  
– Caminhada

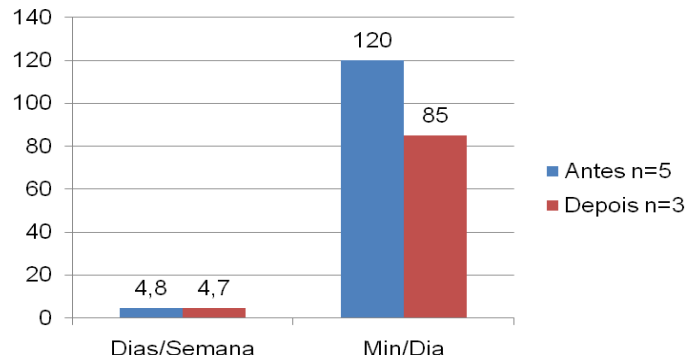


Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se uma diminuição do número de pessoas que realizavam actividades moderadas dentro de casa, assim como uma diminuição do número de dias em que realizavam essas actividades e do tempo total dispendido por dia nas mesmas (Gráfico 10).

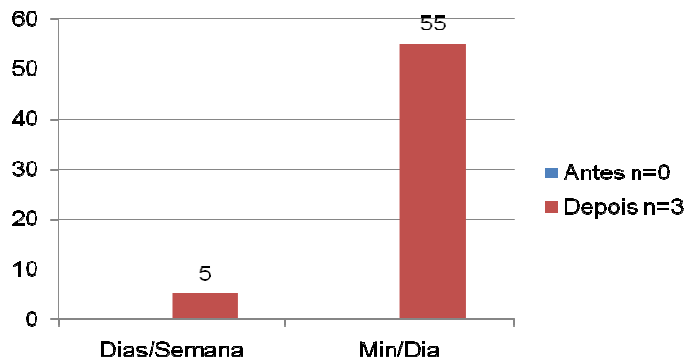
Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se um aumento do número de pessoas que realizavam actividades moderadas no jardim ou no quintal, assim como um aumento do número de dias em que realizavam essas actividades e do tempo total dispendido por dia nas mesmas (Gráfico 11).

**GRÁFICO 10:** Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física em Casa”  
– Actividades moderadas dentro de casa



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

**GRÁFICO 11:** Distribuição de Resultados relativos a “Actividade Física em Casa”  
– Actividades moderadas no jardim ou quintal

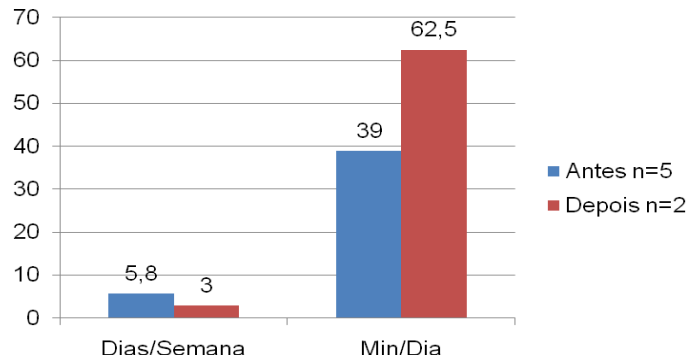


Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se uma diminuição do número de pessoas que realizavam caminhadas nos tempos livres, assim como uma redução do número de dias em que as realizavam e do tempo total dispendido em cada dia em caminhadas (Gráfico 12).

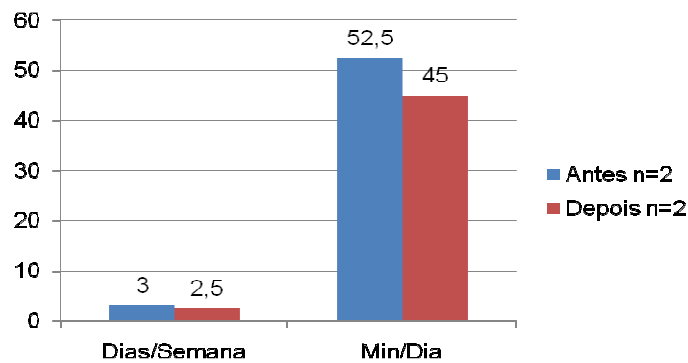
Tanto na Entrevista Semi-Estruturada Inicial como na Entrevista Semi-Estruturada Final manteve-se o número de pessoas que realizavam Actividades Físicas de intensidade moderadas nos tempos livres. Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se uma diminuição do número de dias em que realizavam essas actividades, assim como do tempo total dispendido por dia nas mesmas (Gráfico 13)

**GRÁFICO 12:** Distribuição de Resultados relativos a “Atividade Física de Tempo Livre”  
– Caminhada



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

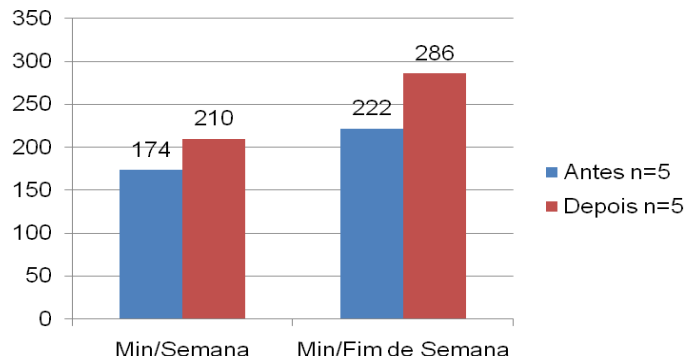
**GRÁFICO 13:** Distribuição de Resultados relativos a “Atividade Física de Tempo Livre”  
– Atividades Físicas moderadas



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se um aumento do tempo total gasto sentado, tanto durante a semana como durante o fim-de-semana (Gráfico 14).

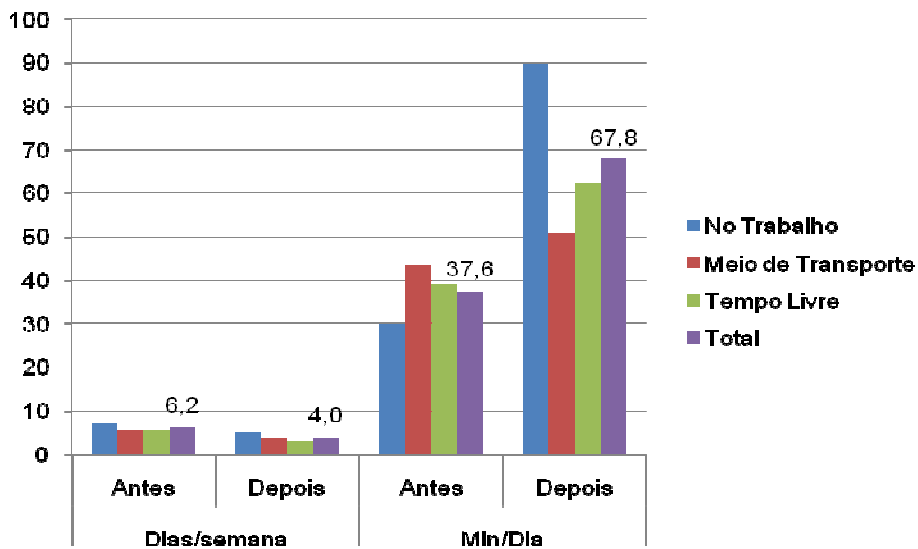
**GRÁFICO 14:** Distribuição de Resultados relativos a “Tempo Gasto Sentado”



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

Assim, e considerando o Questionário de Actividade Física em todas as suas dimensões, na Entrevista Semi-Estruturada Final verificou-se, por um lado, uma diminuição dos dias em que as pessoas em estudo realizavam caminhadas, e, por outro lado, um aumento do tempo total dispendido por dia em caminhadas (Gráfico 15).

**GRÁFICO 15:** Distribuição de Resultados relativos ao Tempo Total de Caminhada



Legenda: **Antes** – Entrevista Semi-Estruturada Inicial; **Depois** – Entrevista Semi-Estruturada Final

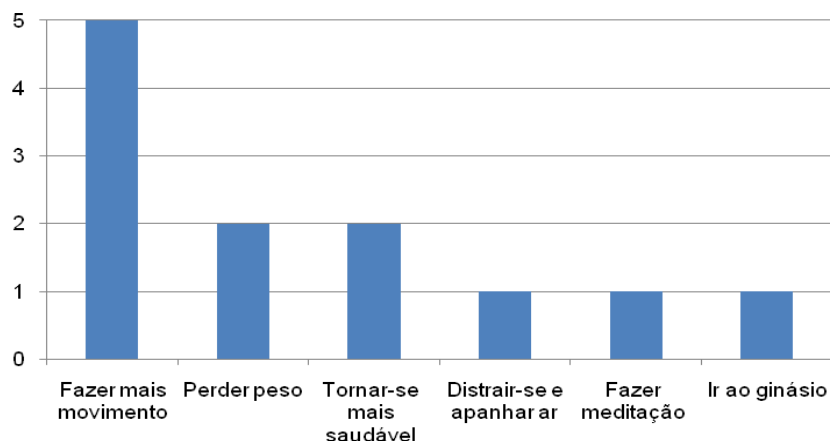
Tanto na Entrevista Semi-Estruturada Inicial como na Entrevista Semi-Estruturada Final não é referida a realização de actividades vigorosas em qualquer uma das dimensões analisadas no Questionário Internacional de Actividade Física.

Após a aplicação do Questionário Internacional de Actividade Física procedeu-se à sessão de Consultoria. Uma vez que o investigador já tinha conhecimento das concepções e práticas de Actividade Física dos intervenientes no estudo, foram exploradas as Necessidades, os Interesses e as limitações em relação à Actividade Física, assim como o Compromisso que cada pessoa estava disposta a assumir para aumentar o tempo total gasto por dia em Actividade física.

As respostas dadas pelos sujeitos foram agrupadas em categoria, para assim se proceder à sua análise, sendo que os principais resultados a considerar são os que se apresentam de seguida.

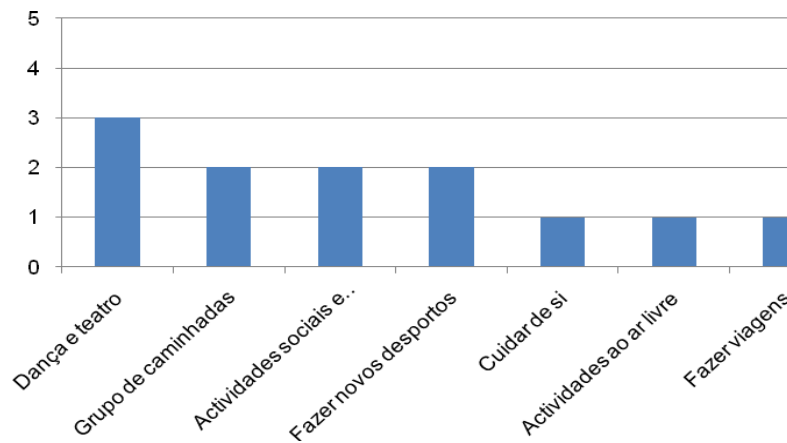
Fazer mais movimento foi uma “Necessidade” apontada por todos os sujeitos do estudo, seguida de perder peso e tornar-se mais saudável (Gráfico 16).

**GRÁFICO 16:** Distribuição de Resultados relativos a “Necessidades” exploradas na sessão de Consultoria



Relativamente a “Interesses”, dança e teatro, caminhadas, actividades sociais e de voluntariado e fazer novos desportos são os principais referidos pelos sujeitos em estudo (Gráfico 17).

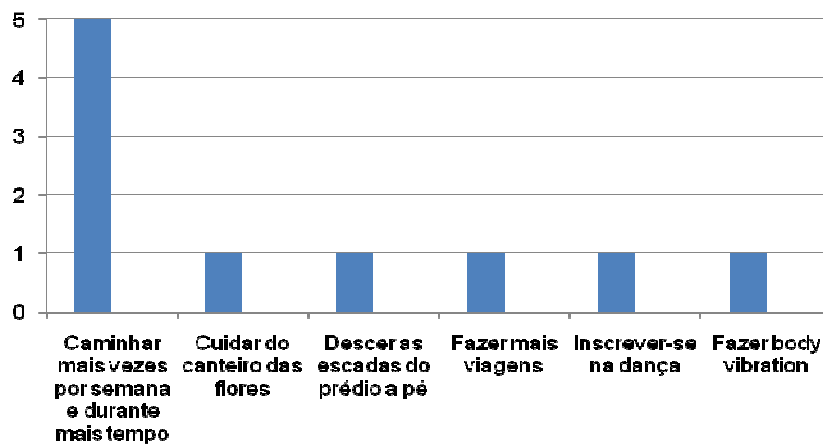
**GRÁFICO 17:** Distribuição de Resultados relativos a “Interesses” explorados na sessão de Consultoria



Todas as pessoas que participaram no estudo comprometeram-se a caminhar durante mais dias por semana e durante mais tempo em cada dia.

Cuidar do canteiro das flores, descer as escadas do prédio a pé e fazer mais viagens foram “Compromissos” assumidos por algumas das pessoas em estudo (Gráfico 18).

**GRÁFICO 18:** Distribuição de Resultados relativos a “Compromissos” assumidos na sessão de Consultoria



Após a realização da sessão de Consultoria, foram realizadas Entrevistas Telefónicas cujos objectivos passavam por reforçar as orientações dadas na sessão de Consultoria em Actividade Física; perceber a evolução da prática de Actividade Física por parte dos sujeitos, nomeadamente em relação aos compromissos assumido na sessão de Consultoria em Actividade Física; conhecer eventuais situações complicadas e/ou limitações que poderiam estar a condicionar a prática de Actividade Física; incentivar o preenchimento da Ficha de

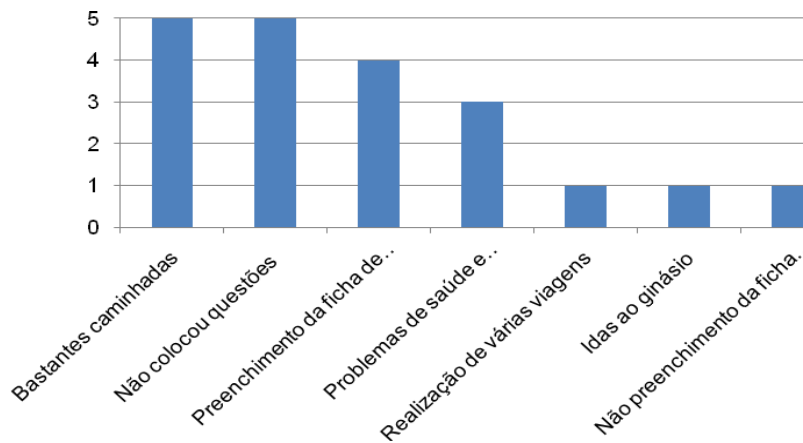
Auto-Monitorização da Actividade Física; e esclarecer as dúvidas colocadas pelos sujeitos em estudo.

As respostas dadas pelos sujeitos foram organizadas em categorias, construídas a partir do agrupamento de respostas dadas pelos sujeitos.

Decorrente da realização da primeira Entrevista Telefónica (Gráfico 19) os resultados a destacar são os seguintes:

- Todos os participantes em estudo referiram que andavam a realizar bastantes mais caminhadas, algumas delas com companhia;
- Alguns dos participantes em estudo referiram estar a vivenciar problemas de saúde e situações complicadas a nível familiar, o que estava a condicionar a realização de Actividade Física, não estando a dedicar tanto tempo à prática da mesma quanto desejariam;
- Nenhum dos participantes colocou questões ou apresentou dúvidas;
- A maioria referiu estar a preencher a Ficha de Auto-Monitorização da Actividade Física.

**GRÁFICO 19:** Distribuição de Resultados relativos às dimensões exploradas na primeira Entrevista Telefónica

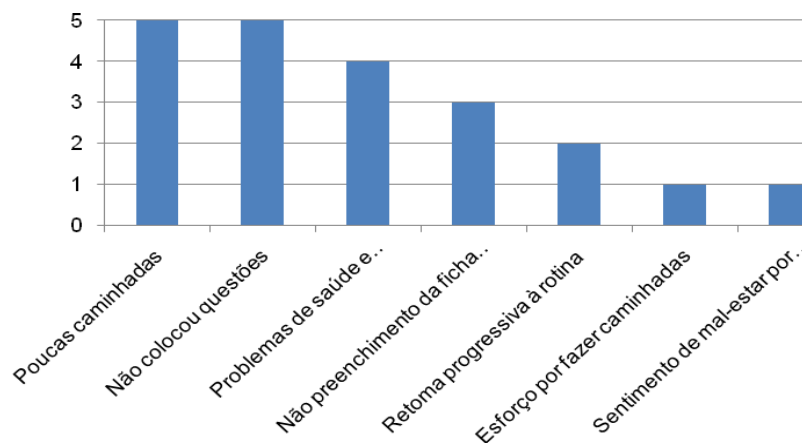


Em relação à segunda Entrevista Telefónica (Gráfico 20) os resultados a destacar são os seguintes:

- Todos os participantes referiram estar a realizar poucas caminhadas;
- Um dos participantes em estudo referiu estar a esforçar-se por fazer caminhadas;

- A maioria dos participantes em estudo referiu estar a vivenciar problemas de saúde e situações complicadas a nível familiar, o que estava a condicionar a realização de Actividade Física, não estando a dedicar tanto tempo à prática da mesma como desejado;
- Alguns dos participantes referiram estar em fase de retoma progressiva à rotina após episódios complicados a nível de saúde e familiares;
- Um dos participantes em estudo referiu estar a vivenciar um sentimento de mal-estar pelo não cumprimento dos objectivos delineados na sessão de Consultoria;
- Nenhum dos participantes colocou questões ou apresentou dúvidas;
- A maioria dos participantes em estudo referiu não estar a preencher de momento a Ficha de Auto-Monitorização da Actividade Física.

**GRÁFICO 20:** Distribuição de Resultados relativos às dimensões exploradas na segunda Entrevista Telefónica

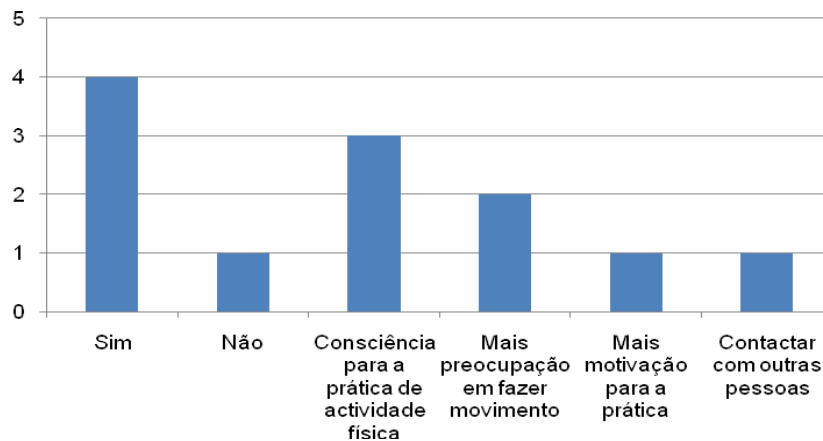


Em relação ao Questionário de Satisfação, documento preenchido aquando a Entrevista Semi-Estruturada Final, os principais resultados são os que se apresentam de seguida.

Relativamente a “Mudanças Comportamentais” e ao “Resumo da Participação no Programa” as respostas dadas pelos sujeitos foram agrupadas em categoria, para assim se proceder à sua análise, sendo que os principais resultados a considerar são os que se apresentam de seguida.

A maioria das pessoas em estudo referiu mudança no seu comportamento ou na sua forma de pensar decorrente da participação no programa (Gráfico 21), nomeadamente na *consciência que este despertou para a Actividade Física*, na *preocupação em fazer movimento* e na *motivação para a prática de Actividade Física*.

**GRÁFICO 21:** Distribuição de Resultados relativos a “Mudança de Comportamento” decorrente da participação no Programa

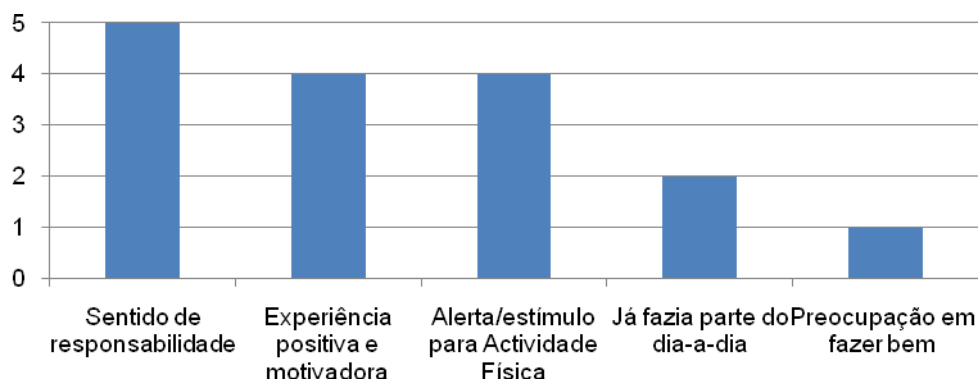


As pessoas em estudo descrevem a *experiência como positiva e motivadora*, ao mesmo tempo que constituiu um *estímulo para a prática de Actividade Física*.

Algumas pessoas em estudo referiram que *a prática de Actividade Física já fazia parte do seu dia-a-dia* e que por isso *não foi complicado cumprirem com o compromisso estabelecido na sessão de Consultoria*;

Todas as pessoas em estudo referiram que *a participação na investigação despertou o seu sentido de responsabilidade* e o *querer devolver feedback* foi um pensamento que esteve sempre presente enquanto decorreu a investigação (Gráfico 22).

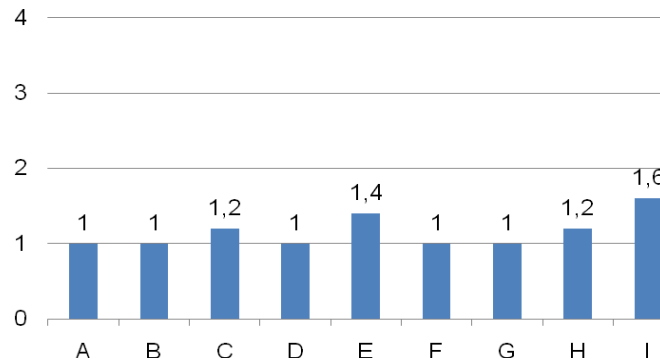
**GRÁFICO 22:** Distribuição de Resultados relativos ao “Resumo da Participação” no Programa



As dimensões relativas a “Satisfação com o Programa” (Gráfico 23) foram avaliadas numa escala de 1 a 4, sendo que 1 correspondia a “Muito Satisfeito” e 4 a “Nada Satisfeito”.

Em relação à satisfação com a investigação, a *capacidade para recordar as orientações dadas na sessão de Consultoria* foi a dimensão avaliada com um nível mais baixo de satisfação.

**GRÁFICO 23:** Distribuição de Resultados relativos a “Satisfação” com o Programa

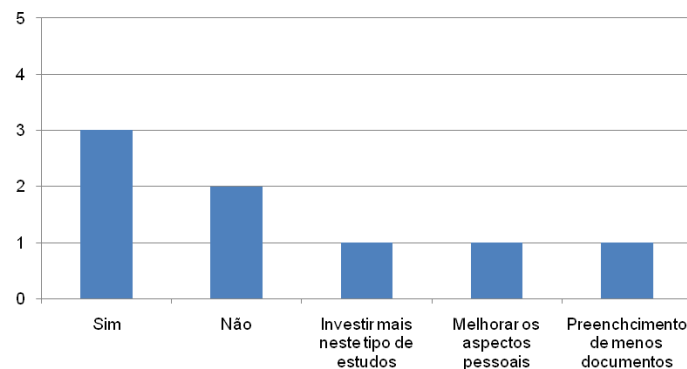


Legenda: Os valores entre 1 a 4 correspondem à escala de pontuação dos itens relativos a “Satisfação” com o Programa, sendo 1 a melhor pontuação.

**A** – Clareza de apresentação da investigação; **B** – Esclarecimentos prestados presencialmente; **C** – Esclarecimentos prestados por telefone; **D** – Atendimento discreto e educado; **E** – Interesse despertado pelos temas abordados; **F** – Capacidade da psicóloga para estimular o interesse; **G** – Contribuição da psicóloga para uma boa compreensão do Programa; **H** – Capacidade pessoal para manter uma atitude atenta e participativa; **I** – Capacidade pessoal para recordar as orientações dadas.

Relativamente a sugestões e propostas de melhoria do programa (Gráfico 24), 3 das 5 pessoas apresentaram sugestões. Estas passaram por *investir mais recursos humanos e tempo neste tipo de estudos* e a *diminuição de documentação*, uma vez que acaba por se tratar de um processo com muita burocracia.

**GRÁFICO 24:** Distribuição de Resultados relativos a “Aspectos a melhorar” em Programas futuros



## V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados desta investigação. Assim, tendo presente a revisão bibliográfica, e com base nos dados recolhidos, nomeadamente através das Entrevistas, Questionários e Sessão de Consultoria, procurou-se reflectir sobre as percepções e práticas em relação à Actividade Física da população adulta, assim como o impacto de um Programa de Consultoria nessas dimensões.

Os resultados obtidos neste trabalho são exploratórios, uma vez que a metodologia utilizada não permite fazer generalizações. No entanto, os resultados obtidos servirão para direccionar novos trabalhos, dado o horizonte temporal de sete meses entre a Entrevista Semi-Estruturada Inicial e a Entrevista Semi-Estruturada Final.

O encaminhamento das pessoas para este Programa foi feito pela psicóloga das Unidades de Saúde onde foi feita a investigação e de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos para a amostra.

Um dos critérios de inclusão da amostra foi a presença de um quadro de saúde clinicamente estável. Esta informação foi confirmada através da psicóloga que tinha procedido aos encaminhamentos, tendo sido desenhado, a partir dessa informação, o perfil da amostra a nível de estado de saúde.

Relativamente ao género, previsões do INE (2009) apontavam para a existência de mais mulheres do que homens entre os 50 e os 65 anos em 2010 (1.095.830 e 997.519, respectivamente). Em relação aos utentes da consulta de psicologia das Unidades de Saúde onde foi realizado o estudo, dum total de 187, 130 são do sexo feminino e 57 do sexo masculino. Se formos analisar por idades, 17 mulheres e 2 homens têm idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos. Assim, e em relação ao género, estes dados ajudam a explicar o facto de a nossa amostra ser apenas constituída por mulheres.

Em relação ao N da amostra, para além dos critérios de inclusão previamente definidos, um aspecto importante a considerar é a motivação pessoal e o interesse em participar. Todos os participantes foram voluntários e no momento não estavam a participar em mais nenhum estudo.

Quando se fala em envelhecimento, cada vez mais o termo Envelhecimento Activo surge. A relação entre saúde, bem-estar e felicidade está cada vez mais patente em diversos estudos realizados (Fontaine, 2000; WHO, 2002).

Um dos grandes desafios para uma sociedade envelhecida é a existência de idosos activos, saudáveis e autónomos. Torna-se premente garantir um estilo de vida activo, nomeadamente através da promoção da prática de Actividade Física.

No entanto, um estilo de vida activo deve ser vivenciado ao longo de toda a vida (Sousa & Figueiredo, 2003).

Decorrente destas premissas, optou-se por trabalhar com pessoas entre os 50 e os 65 anos. Para esta faixa etária desafios como a saída dos filhos de casa e a aposentadoria já foram colocados, para os quais foram necessárias adaptações e optimizações; além do facto da prática de Actividade Física ser benéfica para a saúde em todas as idades, aumentando as possibilidades de socialização, criação de redes sociais e identificação cultural (WHO, 2006).

Vários aspectos podem determinar o Envelhecimento Activo. Dimensões económicas, sociais, pessoais, comportamentais e ambiente físico, entre outros, são alguns desses exemplos (WHO, 2002).

A nossa amostra apontou como barreiras importantes à prática de Actividade Física os aspectos económicos e o meio físico, ou seja, poucos recursos económicos para praticar Actividades Físicas estruturadas e a ausência de infra-estruturas ou de segurança para praticar Actividades Físicas ao ar livre.

A escolaridade, especialmente no caso das pessoas com a 4ª classe, aliada à situação profissional actual, nomeadamente nos casos de desemprego e de situações de reforma e pré-reforma, maioritariamente provenientes do sector administrativo, pode condicionar as escolhas que se fazem relativamente à adopção de estilos de vida saudáveis e de uma participação activa na sociedade.

Shepard (1994, cit. *in* Oliveira, 2006) considera que as barreiras mais comuns percebidas pelos adultos à prática de Actividade Física são a pressão no trabalho, a falta de tempo e a preguiça. As duas primeiras não assumem expressão significativa nesta investigação porque quatro das cinco pessoas em estudo actualmente não estão no activo; no entanto, o terceiro aspecto, a preguiça, é uma das barreiras percebidas como mais importante pelos sujeitos em estudo.

Apesar de todos os condicionalismos assinalados anteriormente que podem influenciar a prática de Actividade Física, os aspectos pessoais (personalidade, biológicos, genéticos) assumem um lugar de destaque. A personalidade pode ter uma forte influência positiva num processo de Envelhecimento Activo, associada a uma elevada auto-estima e sentimento de auto-eficácia (WHO, 2002). Como exemplo concreto disso temos o caso de uma das pessoas em estudo que referiu que para ela não existiam barreiras, que a sua força de vontade era a sua principal motivação para praticar Actividade Física. A mesma pessoa referiu também que os seus problemas de saúde eram atenuados/minimizados sempre que

praticava Actividade Física, funcionando esta como um tratamento, sendo deste modo fundamental para o seu bem-estar.

Para medir a Actividade Física recorreu-se ao Questionário Internacional de Actividade Física. Os questionários permitem estudar a prevalência da Actividade Física numa determinada população, assim como a evolução do padrão da mesma num determinado período de tempo (Ainsworth *et al.*, 1994, cit. *in* Faria, 2001). A opção pela aplicação do questionário em forma de entrevista permite melhorar a estabilidade das medidas em relação a uma auto-administração (Benedetti *et al.*, 2004). A escolha deste Questionário em concreto prendeu-se com a importância de identificar diferentes formas de Actividade Física, englobando assim os movimentos realizados no trabalho, nas actividades domésticas, nos tempos livres, nas deslocações, etc. (Rabacow *et al.*, 2006; Reis *et al.*, 2000).

Relativamente ao “Significado” da Actividade Física para as pessoas, *movimento*, *actividades estruturadas* e *actividades do quotidiano* foram algumas das categorias de respostas dadas, o que é corroborado pela literatura existente em relação a esta temática. Deste modo, a Actividade Física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num aumento do dispêndio energético acima do nível de repouso (Casperon *et al.*, 1985, cit. *in* Faria, 2001), sendo o Exercício Físico uma subcategoria da Actividade Física, planeada, estruturada e repetitiva (Matsudo *et al.*, 2001).

O envolvimento em Actividade Física regular pode retardar o declínio das capacidades funcionais, existindo assim uma protecção em relação à perda de capacidades (Shepard, 1997). Alguns dos sujeitos em estudo caracterizaram a Actividade Física como *mais saúde*. De acordo com a WHO (2002), a Actividade Física é um importante determinante da saúde, ao passo que a prática regular diminui o risco de mortalidade e de morbilidade (Benedetti *et al.*, 2007b).

Ainda em relação aos “Benefícios da Actividade Física”, as pessoas em estudo apontaram como principais o *bem-estar físico e psicológico*, *a prevenção de doenças* e *a promoção da saúde*, algo que é corroborado por Faria & Silva (2000), que considera que a prática de Actividade Física promove bem-estar físico e psicológico, melhoria do estado de espírito, da disposição e da energia vital, benefícios esses que resultam da regularidade da prática de Actividade Física. Themudo Barata (1997) também partilha desta opinião e acrescenta que a prática regular de Exercício Físico constitui acção preventiva num conjunto de doenças cardiovasculares e metabólicas.

De acordo com os resultados obtidos no Questionário Internacional de Actividade Física, todas as pessoas em estudo praticavam Actividade Física de uma forma regular e contínua.

Deste modo, manter um estilo de vida activo é essencial para promover um Envelhecimento Saudável e Activo (Benedetti *et al.*, 2007b), sendo que a Actividade Física deve ser estimulada no adulto com o intuito de prevenir e controlar as doenças não transmissíveis que aparecem mais frequentemente durante o processo de envelhecimento (Matsudo *et al.*, 2001). Promover Actividade Física nos adultos de meia-idade, isto é, com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos, é uma forma de manter a independência funcional.

Apesar de toda a documentação existente sobre Actividade Física e da informação disponibilizada pelos *media* em relação a este tema, a Actividade Física é um comportamento voluntário que implica um processo de decisão onde são analisados os custos e os benefícios da prática, tratando-se de uma decisão pessoal.

O aconselhamento tem como objectivo capacitar a pessoa do domínio de situações de vida, empenhar-se em actividades que produzam crescimento e a tomada de decisões eficazes.

Para otimizar este processo de decisão foram desenvolvidas as sessões individualizadas de Consultoria, uma vez que os conselhos dos profissionais de saúde podem ser um forte estímulo externo para a acção preventiva em saúde (Whitlock *et al.*, 2002, cit. *in* Jacobson *et al.*, 2005). Apesar das evidências que sugerem que o aconselhamento é eficaz ainda serem insuficientes para generalizar a conclusão em relação à sua eficácia (Eden *et al.*, 2002), os profissionais de saúde primária deveriam reforçar a importância da Actividade Física regular junto dos seus pacientes (Jacobson *et al.*, 2005). Neste panorama, os psicólogos em Unidades de Saúde Familiar assumem cada vez mais um importante papel ao garantirem e melhoraram a saúde individual, familiar e comunitária ao nível da promoção da saúde (adesão a comportamentos preventivos em diversas fases do ciclo de vida), da prevenção da doença, da assistência e da reabilitação (Trindade, 1997).

Na sessão de Consultoria foram assumidos “compromissos”, por parte dos participantes do estudo, de acordo com os seus interesses e necessidades, isto é, à medida de cada um. A caminhada foi a actividade referida por todos como aquela que deveria ser praticada mais dias por semana e durante mais tempo. Ogilvie *et al.* (2007) & Araújo (2011) defendem que as pessoas podem mais facilmente ser encorajadas a caminhar mediante intervenções “feitas à medida” das suas necessidades e interesses.

Nos dois momentos de aplicação do Questionário Internacional de Actividade Física, isto é, na Entrevista Semi-Estruturada Inicial e na Entrevista Semi-Estruturada Final, os participantes em estudo praticavam Actividade Física de acordo com as orientações internacionais, ou seja, trinta minutos de actividade física moderada em pelo menos cinco

dias da semana (Haskell *et al.*, 2007; Comissão Europeia, 2008), apesar da diminuição da prática de Actividade Física verificada entre um momento e o outro.

Possíveis explicações para estes valores são, além das barreiras referidas pelos sujeitos, o facto do primeiro momento de avaliação ter ocorrido entre Maio e Junho e o segundo em Janeiro. As condições climatéricas poderão ser uma das causas para a diminuição das Actividades Físicas, ainda para mais se considerar o facto da maioria das Actividades Físicas se centrar em caminhadas ao ar livre, sendo os aspectos sazonais importantes no momento de analisar a adesão à prática de Actividade Física.

Outra das possíveis explicações para esta situação poderá ser a existência de problemas de saúde, situações familiares complicadas e períodos de recuperação física e psicológica, aspectos mencionados nas Entrevistas Telefónicas. A diminuição, ou percepção, da diminuição da energia; as atitudes que predispõem ao descanso e não à actividade física como forma de restabelecer o equilíbrio a nível físico; e um número significativo de situações de vida ou outros acontecimentos stressantes podem funcionar como barreiras à prática de actividade física (Whitt & Kumanyika, 2002).

Relativamente às Entrevistas Telefónicas, estas fazem sentido quando se pretende analisar a evolução de um determinado Programa ao longo do tempo, uma vez que permitem um acompanhamento mais próximo. Assim, de acordo com Sluijs *et al.* (2005), a Consultoria através de entrevista telefónica estimula e resolve possíveis problemas ou esclarece questões.

No Questionário de Satisfação realizado os sujeitos em estudo classificaram com uma média de 1,2, numa escala de 1 a 4, sendo que 1 corresponde a muito satisfeito e 4 a nada satisfeito, a *Qualidade dos esclarecimentos prestado por telefone*, o que reitera a sua necessidade e pertinência no acompanhamento de Programas deste tipo.

Ainda relativamente ao Questionário de Satisfação, a dimensão *Capacidade pessoal para recordar as orientações dadas na sessão* foi a que apresentou um valor mais baixo de satisfação, 1.6. A escala era entre 1 e 4, sendo que 1 correspondia a “Muito Satisfeito” e 4 a “Nada Satisfeito”. Este resultado pode ser explicado pelas variáveis pessoais, nomeadamente *preguiça*, apontada como a principal barreira à prática de Actividade Física pela amostra em estudo. Crichton e colaboradores (1978, cit. *in* Ogden, 2004) consideraram que a capacidade de recordar informações depois da consulta poderá estar relacionada com a adesão à terapêutica. Este está estritamente relacionado com as informações anteriormente apresentadas.

Haynes e colaboradores (1979, cit. *in* Ogden, 2004) e Ley (1988, cit. *in* Ogden, 2004) concluíram que os níveis de satisfação dos doentes resultavam de várias componentes da

consulta, nomeadamente aspectos afectivos, comportamentais e competência do técnico de saúde, sendo sugerido que estes aspectos ligados à satisfação dos doentes poderiam estar correlacionados com a adesão às indicações dadas durante a consulta. Apesar de não se tratar de uma consulta, mas sim de uma Consultoria, a assinalar as médias de 1, ou seja, muito satisfeito, nas dimensões *Clareza com que a investigação lhe foi apresentada, Qualidade dos esclarecimentos prestados presencialmente, Atendimento discreto e educado, Capacidade para estimular interesse por parte da psicóloga e Contribuição da psicóloga para uma boa compreensão do programa.*

Os resultados encontrados são uma mais-valia na área da Consultoria uma vez que reiteram a importância da Consultoria em Actividade Física, uma vez que esta contribui para o aumento da consciência por parte das pessoas da necessidade de movimentos, da necessidade de Actividade Física para melhorar a saúde a nível físico, psicológico e social. De acordo com a Comissão Europeia (2008), um estilo de vida activo compreende benefícios a nível psicológico e social, havendo uma relação directa entre Actividade Física e esperança de vida.

## **VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Num panorama de envelhecimento demográfico, tendência que parece irreversível e que acarreta consequências a nível económico e social, importa capacitar as pessoas para que envelheçam de um modo saudável e com Qualidade de Vida.

É neste contexto de envelhecimento populacional que surge este Programa de promoção da Actividade Física através de Consultoria.

Apesar de não se ter verificado um aumento da prática de Actividade Física nas várias dimensões em análise no decorrer do Programa, constatou-se uma maior consciência dos sujeitos em estudo em relação à temática (alterações na maneira de pensar) e uma maior motivação e estímulo para a prática, apesar dos condicionalismos e barreiras apontados (por exemplo problemas de saúde, situação complicada a nível familiar e preguiça).

Muitas vezes é difícil documentar uma mudança numa pessoa. As mudanças de comportamento geralmente são mais fáceis de observar. No entanto podem ocorrer mudanças de percepções e de concepções (Patterson & Eisenberg, 2003).

Todas as pessoas que participaram no estudo referiram como muito importante o facto de pretenderem dar *feedback*, o querer corresponder às expectativas e ao compromisso assumido aquando a realização da Consultoria em Actividade Física.

Este sentimento de responsabilidade poderá ser uma mais-valia aquando a aplicação deste tipo de programas em prática clínica, por técnicos de saúde, que vão desde médicos a psicólogos, passando por outros profissionais da área. Importa que os Programas de Actividade Física sejam à medida de cada um, das suas necessidades, interesses e objectivos (Constantino, 1998; Ogilvie *et al.*, 2007)

Em termos metodológicos, em estudos futuros seria interessante recorrer-se também a um grupo de controlo. O facto de neste estudo isso não estar presente não nos permite explicar toda a variabilidade dos resultados, nomeadamente aquela que pode ser devida a factores externos à própria investigação, como aspectos pessoais (fisiológicos, genéticos e de personalidade), factores culturais e de género.

Também seria pertinente em estudos futuros o acompanhamento ocorrer durante um maior período temporal a fim de se compreender a importância/influência dos aspectos sazonais na prática de Actividade Física.

É de todo útil a realização de Consultoria em Actividade Física em todas as idades, especialmente a partir do fim da adolescência, momento a partir do qual o volume de Actividade Física decresce significativamente (Baker *et al.*, 2008). A Consultoria em Actividade Física assume um importante contributo para a prática clínica visto tratar-se de uma ferramenta útil e significativa na promoção de mudanças de percepção relativas a Actividade Física, que poderão ser seguidas de mudanças comportamentais.

A prática de Actividade Física insere-se numa política de Envelhecimento Activo, uma vez que promove bem-estar físico, psicológico e social, contribui para a diminuição da morbidade e da mortalidade e promove a independência funcional (WHO, 2002).

## VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, L. (2011). "Exercite o seu corpo". In Ribeiro, O.; Paúl. C. (coord.). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Edições Lidel, p.13-43;
- Baker, G.; Gray, S. R.; Wright, A.; Fitzsimons, C.; Nimmo, M.; Lowry, R.; Mutrie, N. (2008). "The effect of a pedometer-based community walking intervention "Walking for Wellbeing in the West" on physical activity levels and health outcomes: a 12-week randomized controlled trial", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, n.º 5:44;
- Benedetti, T. B.; Mazo, G. Z.; Barros, M. V. G. (2004). "Aplicação do Questionário Internacional de Actividades Físicas para avaliação do nível de actividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste", *R. Bras. Ci e Mov.*, vol. 12, n.º1, p.25-34;

- Benedetti, T. R. B.; Antunes, P. C.; Rodriguez-Anez, C. R.; Mazo, G. Z.; Petroski, E. L. (2007a). "Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Actividade Física (IPAQ) em homens idosos", *Rev Bras Med Esporte*, vol. 13, n.º1, p.11-16;
- Benedetti, T. R. B.; Gonçalves, L. H. T.; Mota, J. A. P. S. (2007b). "Uma proposta de política pública de actividade física para idosos", *Texto Contexto Enferm*, 16, 3, p.387-398;
- Bergman, P.; Grijibovski, A. M.; Hagstromer, M.; Bauman, A.; Sjostrom, M. (2008). "Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates – a population-based cross-sectional study", *BMC Public Health*, 8, 367;
- Blair, S. N.; LaMonte, M. J.; Nichaman, M. Z. (2004). "The evolution of physical activity recommendations: how much is enough?", *Am J Clin Nutr*, 79, p.913S-920S;
- Botelho, A. (2005). "A funcionalidade dos idosos". In Paúl, C.; Fonseca, A. (coord.). *Envelhcer em Portugal*. Lisboa: Climpesi Editores, p.111-135;
- Caetano, L. M. (2004). "Prescrição de actividade física para idosos", *Revista Horizonte*, vol. XX, nº 116, p.33-37;
- Cantera, I. R. (2004). "Ejercicio físico, movilidad y habilidades de la vida diaria". In Fernández-Ballesteros, R. (dir.). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide, p.511-525;
- Carneiro, R. S.; Falcone, E.; Clark, C.; Del Prette, Z.; Del Prette, A. (2007). "Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais", *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 2, p.229-237;
- Carvalho, J. (1999). "Aspectos metodológicos no trabalho com idosos". In Mota, J.; Carvalho, J. (edit.). *Actas do Seminário "A Qualidade de Vida no idoso: O Papel da actividade física"*. Porto: Universidade do Porto, p.95-103;
- Chizzotti, A. (2003). "A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafios", *Revista Portuguesa de Educação*, 16, 002, p.221-236;
- Cid, L; Silva, C.; Alves, J. (2007). "Actividade física e bem-estar psicológico – perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de rio maior", *Motricidade*, 3, 2, p.47-55;
- Comissão Europeia (2008). *EU Physical Activity Guidelines – recommended policy actions in support of health-enhancing physical activity*. Brussels.
- Constantino, J. M. (1998). "A Actividade Física e a Promoção da Saúde das Populações". In Rocha, L., Barata, J. (coord.). *A educação para a Saúde. O papel da Educação Física na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Omniserviços, Representações e Serviços Lda., p.21-38;
- De Cocker, K.; Bourdeaudhuij, I. M.; Brown, W. J.; Cardon, G. M. (2008). "The effect of a pedometer-based physical activity intervention on sitting time", *Preventive Medicine*, 47, p.179-181;
- De Cocker, K.; Bourdeaudhuij, I. M.; Brown, W. J.; Cardon, G. M. (2009). "Moderators and mediators of pedometer use and step count increase in the "10,000 Steps Ghent" intervention", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, n.º 6:3;
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministérios da Saúde;

- Duarte, A. M. (1999). “A motivação para a prática de actividade física no idoso”. In Mota, J.; Carvalho, J. (edit.). *Actas do Seminário “A Qualidade de Vida no idoso: O Papel da actividade física”*. Porto: Universidade do Porto, p.84-94;
- Eden, K. B.; Orleans, C. T.; Mulrow, C. D.; Pender, N. J.; Teutsch, S. M. (2002). “Does counselling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 137, n.º3, p.208-215;
- Faria, J. C. G. (2001). *Caracterização da Actividade Física Habitual da População Portuguesa*, Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa;
- Faria, L.; Silva, S. (2000). “Efeitos do exercício físico na promoção do auto-conceito”, *Psychologica*, 25, p.25-43;
- Fernandes, A. A. (2001). “Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, *Sociologia*, nº36, p.39-52;
- Fernández-Ballesteros, R.; Fresneda, R. M.; Martínez, J. I.; Zamarrón. M. D. (1999). “La Felicidad”. In *idem* (org.), *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, p.189-205;
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide;
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Fontaine, R. (2000). “O Envelhecimento e as suas causas”. In *idem* (org.), *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores, p.19-32;
- Fontaine, R. (2000). “O Envelhecimento bem sucedido, o envelhecimento óptimo”. In *idem* (org.), *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores, p.147-158;
- Gonçalves, D.; Martín, I.; Guedes, J.; Cabral-Pinto, F.; Fonseca, A. M. (2006). “Promoção da Qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas”, *Psicologia, Saúde e Doença*, 7, 1, p.137-143;
- Haskell, W. L.; Lee, I. M.; Pate, R. R.; Powell, K. E.; Blair, S. N.; Franklin, B. A.; Macera, C. A.; Heath, G. W.; Thompson, P. D.; Bauman, A. (2007). “Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association”, *Official Journal of the American College of Sports Medicine, Medicine & Science in Sports & Exercise*;
- Huete, E. G. (2004). “Prevención y promoción en salud en la vejez”. In Fernández-Ballesteros, R. (dir.). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide, p.473-491;
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994*, Lisboa;
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções da População Residente em Portugal, 2008-2060*, Lisboa;
- Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Lisboa;
- Jacobson, D. M.; Strohecker, L.; Compton, M. T.; Katz, D. L. (2005). “Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting”, *Am J Prev Med*, 29, 2, p.158-162;

- Kreuter, M. W.; Chheda, S. G.; Bull, F. C. (2000). "How does physician advice influence patient behavior?", *Arch Fam Med*, vol., 9, p.426-433;
- Matos, M. G. (2007). "Psicologia da Saúde e Saúde Pública". In Teixeira, J.A.C. (org.). *Psicologia da Saúde. Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, p.43-70;
- Matsudo, S. M.; Matsudo, V. K. R.; Neto, T. L. B. (2001). "Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos", *Rev Bras Med Esporte*, vol. 7, n.º1, p.2-13;
- Matsudo, S. M. (2006). "Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento", *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, vol.20, p.135-137;
- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. (2000). "Qualidade de vida: um debate necessário", *Ciência & Saúde*, 5, 1, p.7-18;
- Neri, A. L. (2004). "O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje". In Neri, A. L.; Yassuda, M. S. (orgs.). *Velhice Bem Sucedida: aspectos afectivos e cognitivos*. Campinas: Papirus Editora, p.13-27;
- Ogden, J. (2004). "A comunicação médico-paciente e o papel das crenças de saúde dos técnicos". In *idem. Psicologia da Saúde (2ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores, p.93-117;
- Ogden, J. (2004). "Exercício". In *idem. Psicologia da Saúde (2ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores, p.207-225;
- Ogilvie, D.; Foster, C. E.; Rothnie, H.; Cavill, N.; Hamilton, V.; Fitzsimons, C. F. (2007). "Interventions to promote walking: systematic review", *BMJ*, 334, p.1204;
- Oliveira, A. I. M. (2006). *Factores Determinantes e Barreiras para a prática de actividade física nos idosos*, Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa;
- Oliveira, S.; Duarte, A. M. (1999). "As atitudes dos idosos face à actividade física". In Mota, J.; Carvalho, J. (edit.). *Actas do Seminário "A Qualidade de Vida no idoso: O Papel da actividade física"*. Porto: Universidade do Porto, p.210-217;
- Patterson L. E. & Eisenberg, S. (2003). "Algumas perspectivas sobre ajuda efectiva". In *idem. O Processo de Aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes, p.1-17;
- Patterson L. E. & Eisenberg, S. (2003). "O aconselhamento como processo". In *idem. O Processo de Aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes, p.19-36;
- *O Processo de Aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes;
- Pereira, G. (1997). "Benefícios da Actividade Física na Condição Física". In Themudo Barata & colaboradores. *Actividade Física e Medicina Moderna*. Póvoa de Santo Adrião: Editora Europress, p.145-153;
- Petrella, R. J.; Lattanzio, C. N. (2002). "Does counselling help patients get active?", *Canadian Family Physician*, 48, p.72-80;
- Rabacow, F. M.; Gomes, M. A.; Marques, P.; Benedetti, T. R. B. (2006). "Questionários de Medidas de Atividade Física em Idosos", *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, 8, n.º4, p.99-106;
- Reis, J. C. (2007). "Contribuições da Psicologia para os Processos Preventivos e Promoção da Saúde". In Teixeira, J. A. C. (org.). *Psicologia da Saúde. Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, p.101-128;

- Reis, F. B.; Ciconelli, R. M.; Faloppa, F. (2002). “Pesquisa científica: a importância da metodologia”, *Ver Bras Ortop*, vol. 37m n.º3, p.51-55;
- Reis, R. S.; Petroski, E. L.; Lopes, A. S. (2000). “Medidas da Atividade Física: Revisão de Métodos”, *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano*, vol. 2, n.º1, p.89-96;
- Rendas, A. B. (2001). “Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento – “Idade Biológica” versus “Idade Cronológica”. In Pinto, A. M. (coord.). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto, p.47-56;
- Ribeiro, O.; Paúl, C. (2011). “Envelhecimento Activo”. In *idem* (coord.). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Edições Lidel, p.1-12;
- Shepard, R. J. (1997). *Aging, Physical Activity and Health*. Champaign: Human Kinetics;
- Simões, A. (2005). “Envelhecer bem? – Um modelo”, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 39, n.º1, p.217-227;
- Sluijs, E. M. F.; Poppel, M. N. M.; Twisk, J. W. R.; Paw, M. J. C. A.; Calfas, K. J.; Mechelen, W. (2005). “Effect of a Tailored Physical Activity Intervention Delivered in General Practice Settings: Results of a Randomized Controlled Trial”, *American Journal of Public Health*, 95, 10, p.1825-1831;
- Smith, B. J.; Merom, D.; Harris, P.; Bauman, A. E. (2002). *Do primary care interventions to promote physical activity work? A systematic review of the literature*. Consult. 20 Out 2010, disponível em [http://www.rafapana.org/curso\\_agitamundo/arquivos/090513\\_archivo15.pdf](http://www.rafapana.org/curso_agitamundo/arquivos/090513_archivo15.pdf);
- Sousa, L.; Figueiredo, D. (2003). “(In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa”, *Psicologica*, 33, p.109-122;
- Tahara, A. K.; Schwartz, G. M.; Silva, K. A. (2003). “Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias”, *R. Brás. Ci. e Mov.*, 11, 4, p.7-11;
- Teixeira, I. N. D. O.; Neri, A. L. (2008). “Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida”, *Psicol. USP*, 19, 1, p.81-94;
- Themudo Barata (1997). “Benefícios da Actividade Física”. In Themudo Barata & colaboradores. *Actividade Física e Medicina Moderna*. Póvoa de Santo Adrião: Editora Europress, p.132-144;
- Trindade, I. (1994). “Psicologia nos cuidados de saúde primária”. In Teixeira, J. A. C. (org.). *Psicologia da Saúde. Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, p.43-70;
- UNESCO (2006). *Classificação Internacional Tipo da Educação*, Paris;
- Videira, L. A. (2005). *Efeitos de um programa de exercícios cardiovasculares sobre a aptidão física e pressão arterial em idosos institucionalizados*, Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior;
- Warburton, D. E. R.; Nicol, C. W.; Bredin, S. S. D. (2006). “Prescribing exercise as preventive therapy”, *CMAJ*, 174, 7, p.961-974;
- Whitt, M. C. & Kumanyika, S. K. (2002). “Tailoring Counseling on Physical Activity and Inactivity for African-American Women”, *Ethnicity & Disease*, 12, p.62-71;
- WHO (2002). “Active Ageing. A policy framework”, *A contribution of WHO to the Second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Espanha, Abril.

- WHO (2006). “Promoting physical activity and active living in urban environments – the role of local governments”. *Healthy Cities 21th century*. Turkey.

## VIII – ANEXOS

**ANEXO A – Carta para ACES**

ACES Lisboa Norte

A/C Exma. Sra. Directora Executiva, Dr.<sup>a</sup> Manuela Peleteiro

Largo Professor Arnaldo Sampaio 60, Lisboa

1500-498 LISBOA

Isabel Maria Pedrosa Soares, aluna do Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, vem requerer a V. Ex.<sup>a</sup> a permissão para desenvolver a sua dissertação de Mestrado “Actividade Física e Envelhecimento Activo – o incremento da prática de actividade física através de consultoria”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Amália Botelho, na Unidade de Saúde Familiar Carnide, para a qual necessita de realizar uma entrevista a um grupo de utentes da consulta de psicologia, com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos, em dois momentos distintos.

Solicita que V. Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar a realização da referida entrevista nas instalações da USF Carnide, bem como a colaboração dos profissionais envolvidos.

Pede deferimento,

---

Lisboa, 06 de Março de 2010

Contactos:

914580644

isabelsoares@gmail.com

**ANEXO B – Carta para a Psicóloga da Unidade de Saúde Familiar**

Exma. Sra. Psicóloga da USF Carnide, Alexandra  
Azinhaga do Serrado – Quinta do Bacelo  
1600-765 LISBOA

Isabel Maria Pedrosa Soares, aluna do Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, a desenvolver a dissertação de Mestrado “Actividade Física e Envelhecimento Activo – o incremento da prática de actividade física através de consultoria”, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Amália Botelho, pretende realizar uma entrevista, pelo que solicita a V. Ex.<sup>a</sup> o encaminhamento de utentes da consulta de psicologia para a mesma, assim como uma caracterização da amostra relativamente aos motivos de acompanhamento em saúde e em psicologia.

São considerados critérios de inclusão pertencer à faixa etária entre os 50 e os 65 anos e mostrar disponibilidade para o estudo. São considerados critérios de exclusão a existência de um problema de saúde, crónico ou agudo, que não se encontre clinicamente estável.

Solicita que V. Ex.<sup>a</sup> se digne colaborar no estudo supra citado.

Pede deferimento,

---

Lisboa, 06 de Março de 2010

Contactos:

914580644

isabelsoares@gmail.com

## ANEXO C – Consentimento Informado

### Consentimento Informado

Sou psicóloga, o meu nome é Isabel Maria Pedrosa Soares e encontro-me a frequentar o Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Estou a realizar um estudo que pretende verificar a associação entre a prática de actividade física e a consultoria em actividade física.

A sua participação é voluntária, mas eu considero-a fundamental, não havendo consequências se se recusar a participar. Os dados por si fornecidos são confidenciais e analisados no referido estudo no conjunto.

Desde já agradeço a sua disponibilidade:

Isabel Pedrosa Soares

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no mesmo. Fui esclarecido sobre os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO D – Questionário Internacional de Actividade Física

### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, no trabalho, nas actividades domésticas, no jardim, no quintal e nas actividades que efectua no seu tempo livre como lazer ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realizou na última semana. As suas respostas são MUITO IMPORTANTES. Obrigada pela sua participação!

Para responder às questões é necessário considerar o seguinte:

- Actividades Físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal
- Actividades Físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;

### SECÇÃO A- ACTIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta secção inclui as actividades que faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as actividades na escola e outro tipo de trabalho não remunerado fora de sua casa. **NÃO** inclui trabalho não remunerado que faz em sua casa, nomeadamente tarefas domésticas, cuidar do jardim, do quintal ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na secção C.

1. Actualmente trabalha ou faz trabalho voluntário fora de casa?

- Sim     Não – Caso responda não **Vá para secção B**

As próximas questões são em relação a toda a actividade física que fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclui o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas actividades que fez **pelo menos durante 10 minutos seguidos**:

2. Em quantos dias da última semana **andou**, durante **pelo menos 10 minutos seguidos**, **como parte do seu trabalho**? **NÃO** inclui o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**     nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 4.**

3. Quanto tempo gastou no total **POR DIA** a caminhar **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

4. Em quantos dias da última semana fez actividades **moderadas** durante **peelo menos 10 minutos seguidos**, como carregar pesos leves, **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 6.**

5. Quanto tempo gastou no total **POR DIA** a fazer actividades moderadas **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

6. Em quantos dias da última semana fez actividades **vigorosas** durante **peelo menos 10 minutos seguidos**, como trabalho de construção pesada, carregar pesos, cavar ou subir escadas, **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a Secção B**

7. Quanto tempo gastou no total **POR DIA** a fazer actividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

### **SECÇÃO B - ACTIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE**

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo trabalho, escola, cinema, lojas e outros locais.

8. Em quantos dias da última semana **andou de carro, autocarro, metro, comboio ou eléctrico?**

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 10.**

9. Quanto tempo gastou no total **POR DIA** a andar de carro, autocarro, metro, comboio ou eléctrico?

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

Agora pense **apenas** em relação a caminhar ou andar de bicicleta para ir de um lugar para outro na última semana.

**10.** Em quantos dias da última semana andou de bicicleta durante **pelo menos 10 minutos seguidos** para ir de um local para outro? (**NÃO** inclui por lazer ou exercício)

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 12.**

**11.** Nos dias em que andou de bicicleta, quanto tempo andou no total **POR DIA** para ir de um local para outro?

\_\_\_\_ horas          \_\_\_\_\_ minutos

**12.** Em quantos dias da última semana caminhou durante **pelo menos 10 minutos seguidos** para ir de um local para outro? (**NÃO** inclui as caminhadas por lazer ou exercício)

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a Secção C.**

**13.** Quando caminhou para ir de um local para outro, quanto tempo **POR DIA** gastou? (**NÃO** inclui as caminhadas por lazer ou exercício)

\_\_\_\_ horas          \_\_\_\_\_ minutos

### **SECÇÃO C – ACTIVIDADE FÍSICA EM CASA: TAREFAS DOMÉSTICAS, TRABALHO NO JARDIM E QUINTAL E CUIDAR DA FAMÍLIA**

Esta parte inclui as actividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo actividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou cuidar da família. Novamente pense apenas naquelas actividades físicas que fez durante **pelo menos 10 minutos seguidos.**

**14.** Em quantos dias da última semana fez actividades **moderadas** durante **pelo menos 10 minutos seguidos**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, **dentro de sua casa?**

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 16.**

**15.** Nos dias em que fez este tipo de actividades moderadas **dentro da sua casa**, quanto tempo gastou no total **POR DIA?**

\_\_\_\_ horas          \_\_\_\_\_ minutos

**16.** Em quantos dias da última semana fez actividades físicas **moderadas** durante **pelo menos 10 minutos seguidos**, como carregar coisas leves, varrer ou limpar o chão e lavar vidros, no **jardim ou quintal**?

\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 18.**

**17.** Nos dias que fez este tipo de actividades moderadas **no quintal ou jardim**, quanto tempo gastou no total **POR DIA**?

\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

**18.** Em quantos dias da última semana fez actividades físicas **vigorosas** durante **pelo menos 10 minutos seguidos**, como levantar coisas pesadas, podar árvores, limpar o jardim ou cavar, no **jardim ou quintal**?

\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a Secção D.**

**19.** Nos dias que fez este tipo de actividades vigorosas **no quintal ou jardim**, quanto tempo gastou no total **POR DIA**?

\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

#### **SECÇÃO D- ACTIVIDADES FÍSICAS DE TEMPO LIVRE, DESPORTO, EXERCÍCIO E LAZER**

Esta secção refere-se às actividades físicas que fez na última semana unicamente por tempo livre, desporto, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas actividades físicas que fez durante **pelo menos 10 minutos seguidos**. **NÃO** inclui actividades que já tenha referido anteriormente.

**20.** Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante **pelo menos 10 minutos seguidos** no seu tempo livre?

\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 22.**

**21.** Nos dias em que caminhou **no seu tempo livre**, quanto tempo gastou no total **POR DIA**?

\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

**22.** Em quantos dias da última semana fez actividades **moderadas** durante **pelo menos 10 minutos seguidos**, como andar de bicicleta ou nadar a velocidade regular, jogar futebol, voleibol, basquetebol ou ténis, **no seu tempo livre**?

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a questão 24.**

**23.** Nos dias em que fez estas actividades moderadas **no seu tempo livre**, quanto tempo gastou no total **POR DIA**?

\_\_\_\_ horas                  \_\_\_\_\_ minutos

**24.** Em quantos dias da última semana fez actividades **vigorosas** durante **pelo menos 10 minutos seguidos**, como correr, fazer aeróbica, nadar depressa ou andar de bicicleta depressa, **no seu tempo livre**?

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**  nenhum – Caso responda nenhum **Vá para a Secção E.**

**25.** Nos dias em que fez estas actividades vigorosas **no seu tempo livre**, quanto tempo gastou no total **POR DIA**?

\_\_\_\_ horas                  \_\_\_\_\_ minutos

### **SECÇÃO E - TEMPO GASTO SENTADO**

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia, no trabalho, na escola, em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a estudar, enquanto descansa, enquanto visita um amigo, a ler, a ver televisão. **NÃO** inclui o tempo gasto sentando durante o transporte em carro, autocarro, metro, comboio ou eléctrico.

**26.** Quanto tempo gastou no total sentado durante um **dia da última semana**?

\_\_\_\_ horas                  \_\_\_\_\_ minutos

**27.** Quanto tempo gastou no total sentado durante um **dia de fim de semana da última semana**?

\_\_\_\_ horas                  \_\_\_\_\_ minutos

Adaptado de Booth, M. L., 2000 ([www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se), 2010/04/16)

**ANEXO E – Entrevista Semi-Estruturada Inicial**

**Entrevista Semi-Estruturada INICIAL**

Esta entrevista surge no âmbito da recolha de dados para o desenvolvimento de uma investigação. É dirigida a adultos. Garante o anonimato.

Hora de início da entrevista: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**I – Caracterização Sócio-Demográfica:**

**A – Sexo:** 1 – Feminino:  2 – Masculino:  **B – Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**C – Estado Civil:**

1 – Solteiro(a):  2 – Casado(a) / União de facto:   
 3 – Viúvo(a):  4 – Divorciado(a) / Separado(a):   
 5 – Outro. Qual: \_\_\_\_\_

**D – Escolaridade completa:**

1 – Não sabe ler nem escrever:   
 2 – Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever:   
 3 – 1º Ciclo do Ensino Básico:   
 4 – 2º Ciclo do Ensino Básico:   
 5 – 3º Ciclo do Ensino Básico:   
 6 – Ensino Secundário:   
 7 – Bacharelato:   
 8 – Licenciatura:   
 9 – Mestrado:   
 10 – Doutoramento:   
 11 – Outro: Qual: \_\_\_\_\_

**E – Situação profissional:**

**E1 – Qual é a sua condição perante o trabalho?**

1 – Trabalha a tempo completo:   
 2 – Trabalha a tempo parcial:   
 3 – Está desempregado(a) com subsídio:   
 4 – Está desempregado(a) sem subsídio:

5 – Reformado(a):

6 – Doméstica:

7 – Estudante:

8 – Nunca trabalhou:

Profissão da pessoa de quem depende economicamente: \_\_\_\_\_

9 – Outra. Qual: \_\_\_\_\_

**E2 – Que trabalho faz (ou fazia) na empresa/organização onde trabalha (ou trabalhava)?**

1 – Quadros Superiores da Administração Pública e de Empresas:

2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas:

3 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio:

4 – Pessoal Administrativo e Similares:

5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores:

6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas:

7 – Operários, Artífices e Trabalhadores Similares:

8 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem:

9 – Trabalhadores não qualificados:

10 – Membros das Forças Armadas:

11 – Outra. Qual: \_\_\_\_\_

**F – Hábitos Tabágicos:**

1 – Fuma:  2 – Nunca Fumou:

3 – Fumo passivo:  4 – Já Fumou:  Deixou de fumar há: \_\_\_\_\_

**G – Situação face à saúde:**

*Considera que a sua saúde é?*

1 – Muito Boa/Boa:  2 – Razoável/Satisfatória:

3 – Fraca/Instável:  4 – Muito Má/Má:

5 – Outra. Qual: \_\_\_\_\_

## II – Entrevista Semi-Estruturada

### H – O que significa para si actividade física?

---

---

---

### I – Qual é para si a importância da prática de actividade física para a sua saúde?

- 1 – Muito Importante:                       2 – Importante:   
3 – Pouco Importante:                       4 – Nada Importante:   
5 – Outra. Qual: \_\_\_\_\_

### J – Para si, quais são os benefícios da actividade física? Ordene-os por ordem decrescente de importância:

- 1 – Bem-estar Físico:                       2 – Bem-estar psicológico:   
3 – Socialização e criação de redes sociais:                       4 – Prevenção de doenças:   
5 – Aumento da longevidade:                       6 – Promoção da saúde:   
7 – Outro(s). Qual(ais) (2): \_\_\_\_\_

### K – Para si, quais são as barreiras que percepção à prática de actividade física?

Ordene-as por ordem decrescente de importância:

- 1 – Fisiológicas:                       2 – Psicológicas:   
3 – Aspectos Sociais:                       4 – Aspectos Económicos:   
5 – Meio Físico:                       6 – Falta de tempo:   
7 – Pressão no trabalho:                       8 – Preguiça:   
7 – Outra(s). Qual(ais) (2): \_\_\_\_\_

Hora de fim da entrevista: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

***Muito Obrigada pela Colaboração!***

Isabel Pedrosa Soares

## ANEXO F – Guião para Consultoria em Actividade Física

### Guião para Sessão de Consultoria

Hora de início da consultoria: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Ao longo dos anos têm surgido diversas recomendações para a prática de actividade física, no entanto a carga específica de actividade física para promover uma boa saúde continua por descobrir.

As orientações internacionais recomendam para adultos saudáveis, entre os 18 e os 65 anos, 30 minutos de actividade física de intensidade moderada em pelo menos 5 dias da semana, ou então 20 minutos de actividade física de intensidade vigorosa em 3 dias da semana.

É necessário ter em consideração alguns aspectos:

- Promover o envolvimento em programas de actividade física;
- Encorajar a participação dos adultos em actividades do dia-a-dia;
- Ajustar as características do meio envolvente às necessidades específicas dos adultos;
- Incentivar o uso do e-mail para envio das fichas de auto-monitorização da actividade física, com uma regularidade mensal. Solicitar um contacto telefónico.

Necessidades	Interesses

**Compromisso que assume:**

Hora de fim da consultoria: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

## ANEXO G – Ficha de Auto-Monitorização da Actividade Física

### Auto-Monitorização da Actividade Física

Mês \_\_\_\_\_ de 2010

Actividade Física					
Dia do mês	Hora	Tipo de Activ. Física	Intensidade	Duração (min.)	Observações/Comentários
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Adaptado de [www.rituais.iol.pt](http://www.rituais.iol.pt), 07 de Março de 2010

## ANEXO H – Guião para Contacto Telefónico 2 meses

### Guião para Contacto Telefónico

Contacto telefónico realizado 2 meses após o contacto inicial.
--

Hora de início do contacto: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

O entrevistador terá perante si as orientações que foram indicadas na sessão de consultoria.

Serão lembradas ao entrevistado as orientações.

Será debatido com o entrevistado o cumprimento das orientações e possíveis barreiras para o mesmo.

Será incentivado a registar na folha de auto-monitorização toda a actividade física desenvolvida, um registo que deverá ser diário.

Serão respondidas por parte do entrevistador quaisquer questões que surjam.

Hora de fim do contacto: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

## ANEXO H – Guião para Contacto Telefónico 4 meses

### Guião para Contacto Telefónico

Contacto telefónico realizado 4 meses após o contacto inicial.

Hora de início do contacto: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

O entrevistador terá perante si as orientações que foram indicadas na sessão de consultoria. Serão lembradas ao entrevistado as orientações.

Será debatido com o entrevistado o cumprimento das orientações e possíveis barreiras para o mesmo.

Será incentivado a registar na folha de auto-monitorização toda a actividade física desenvolvida, um registo que deverá ser diário.

Serão respondidas por parte do entrevistador quaisquer questões que surjam.

Hora de fim do contacto: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

## ANEXO I – Questionário de Satisfação

### Questionário de Satisfação

Este questionário surge no âmbito da recolha de dados para o desenvolvimento de uma investigação. É dirigido a adultos. Garante o anonimato.

Hora de início do questionário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**A – Percebeu mudança no seu comportamento ou na sua forma de pensar** após a participação na investigação?

1 - Sim:  2 – Não:

**B – Em caso positivo, cite exemplos** referindo o seu comportamento/hábitos antes e após a participação na investigação:

---

---

---

---

---

**C – Faça um resumo** do que foi **para si participar nesta investigação**:

---

---

---

---

---

**D – Como classifica esta investigação?**

1 – Muito Importante:

2 – Importante:

3 – Pouco Importante:

4 – Nada Importante:

5 – Outro. Como: \_\_\_\_\_

Nas seguintes questões, indique o seu nível de satisfação com uma das seguintes opções:  
1 = Muito Satisfeito; 2 = Satisfeito; 3 = Pouco Satisfeito; 4 = Nada Satisfeito; 5 = Outro.  
Qual?

**E – Clareza** com que a investigação lhe foi apresentada:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**F – Qualidade dos esclarecimentos** prestados **presencialmente**:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**G – Qualidade dos esclarecimentos** prestados **por telefone**:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**H - Atendimento discreto e educado**:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**I – O interesse** despertado pelos temas abordados:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**J - A capacidade de estimular o interesse** das pessoas por parte da **psicóloga**:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**L – A contribuição da psicóloga** para uma **boa compreensão do programa de actividade física**:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**M – A sua capacidade de manter uma atitude atenta e participativa** na sessão:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**N – A sua capacidade para recordar as orientações dadas** na sessão:

1 –       2 –       3 –       4 –       5 –

**O – Alguns aspectos a melhorar:**

---

---

---

Hora de fim do questionário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Muito Obrigada pela Colaboração!**

Isabel Pedrosa Soares

**ANEXO J – Entrevista Semi-Estruturada Final**

**Entrevista Semi-Estruturada FINAL**

Esta entrevista surge no âmbito da recolha de dados para o desenvolvimento de uma investigação. É dirigida a adultos. Garante o anonimato.

Hora de início da entrevista: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**A – O que significa para si actividade física?**

---



---



---

**B – Qual é para si a importância da prática de actividade física para a sua saúde?**

- 1 – Muito Importante:       2 – Importante:   
 3 – Pouco Importante:       4 – Nada Importante:   
 5 – Outra. Qual: \_\_\_\_\_

**C – Para si, quais são os benefícios da actividade física? Ordene-os por ordem decrescente de importância:**

- 1 – Bem-estar Físico:       2 – Bem-estar Psicológico:   
 3 – Socialização e Criação de Redes Sociais:       4 – Prevenção de Doenças:   
 5 – Aumento da longevidade:       6 – Promoção da Saúde:   
 7 – Outro(s). Qual(ais) (2): \_\_\_\_\_

**D – Para si, quais são as barreiras que percepçiona à prática de actividade física?**

Ordene-as por ordem decrescente de importância:

- 1 – Fisiológicas:       2 – Psicológicas:   
 3 – Aspectos Sociais:       4 – Aspectos Económicos:   
 5 – Meio Físico:       6 – Falta de Tempo:   
 7 – Pressão no Trabalho:       8 – Preguiça:   
 7 – Outra(s). Qual(ais) (2): \_\_\_\_\_

Hora de fim da entrevista: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Muito Obrigada pela Colaboração!**

Isabel Pedrosa Soares