Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física

Crenças sobre a Saúde e a Actividade Física

Um estudo com Professores e Funcionários das Escolas da Região de Viseu

Rui Manuel Correia Santos Costa

bro de 2000

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

Crenças sobre a Saúde e a Actividade Física: Um Estudo com Professores e Funcionários das Escolas da Região de Viseu

Dissertação Apresentada, sob a orientação do Prof. Doutor António Manuel Fonseca, com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto na área de especialização de Desportos de Recreação e Lazer.

Rui Manuel Correia Santos Costa

Outubro de 2000

AGRADECIMENTOS

Sem esquecer todos os que contribuíram para a realização deste trabalho a quem expressamos o nosso reconhecimento, queremos no entanto, manifestar especial gratidão:

Ao Prof. Doutor António Manuel Fonseca, desejo apresentar os meus vivos agradecimentos que, com saber e solicitude se dispôs a apoiar e acompanhar a elaboração desta tese.

Aos amigos e aos colegas que leram, discutiram, sugeriram, apoiaram e estimularam: Mª João, Paula Santos, Paula Calvo, Célia Teixeira, Cristina Jorge, Joaquim Moreira.

Às Escolas onde os questionários foram aplicados, desejo apresentar os meus agradecimentos por todas as facilidades que nos criaram.

Aos Professores e Funcionários que fizeram parte da amostra por terem colaborado nesta pesquisa, que sem eles não teria sido possível.

À minha família, especialmente aos meus pais e irmãos, pela força, encorajamento e apoio sempre presentes desde o início

A todos os referidos, o meu sincero obrigado

ÍNDICE

RESUMO

1 - INTRODUÇÃO 3

1.1 - Enquadramento e pertinência do estudo 3

1.2 - Objectivos e Hipóteses do Estudo 6

1.2.1 - Objectivos 7

1.2.2 - Hipóteses 7

2 - REVISÃO DA LITERATURA 9

2.1 - Tempo Livre, Recreação e Lazer 10

2.2 - Sociedade e Hábitos de Vida 14

2.3 - Actividade Física e Saúde 23

2.3.1 - Definição Conceptual 23

2.3.2 - Importância da Actividade Física para a Saúde 30

2.3.3 - Promoção da Saúde 35

2.3.4 - Formas de Actividade Física que Promovem Benefícios para Saúde 38

2.4 - Benefícios da Actividade Física 46

2.4.1 - Benefícios Físicos 52

2.4.2 - Benefícios Psicológicos 56

2.4.2.1 - Depressão 61

2.4.2.2 - Ansiedade 62

2.4.2.3 - Stress 63

2.4.2.4 - Ansiedade e Depressão 65

2.5 - Riscos Inerentes à Prática de uma Actividade Física 68

2.6 - Razões para a Prática 73

2.7 - Barreiras para a Prática 80

2.8 - Modelos Teóricos Explicativos dos Comportamentos Relacionados com a Saúde 86

2.8.1 - Enquadramento Teórico 86

2.8.2 - Vantagens e Desvantagens 89
2.8.3 - Modelo de Crenças de Saúde (HBM 91
3 - METODOLOGIA 100
3.1 - Amostra 101
3.2 - Procedimentos 101
3.3 - Medidas 102
4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 109
4.1 - Amostra total 110
4.1.1- Barreiras para a Prática 110
4.1.2- Benefícios da Actividade Física 110
4.1.3- Razões para a Prática 111
4.1.4- Susceptibilidade para Problemas de Saúde 111
4.1.5- Intenção de Manter/Iniciar a Prática de uma Actividade Física 112
4.2 - Comparação entre Profissões 113
4.2.1 - Barreiras para a Prática 113
4.2.2 - Benefícios da Actividade Física 114
4.2.3 - Razões para a Prática 114
4.2.4 - Susceptibilidade para Problemas de Saúde 115
4.2.5 - Intenção de Manter/Iniciar a Prática de uma Actividade Física 115
4.3 - Comparação entre Sexos 116
4.3.1 - Barreiras para a Prática-- 116
4.3.2 - Benefícios da Actividade Física 117
4.3.3 - Razões para a Prática 117
4.3.4 - Susceptibilidade para Problemas de Saúde 118
4.3.5 - Intenção de Manter/Iniciar a Prática de uma Actividade 119
4.4 - Comparação entre Escalões Etários 119
4.4.1 - Barreiras para a Prática 119
4.4.2 - Benefícios da Actividade Física 120
4.4.3 - Razões para a Prática 121
4.4.4 - Susceptibilidade para Problemas de Saúde 121
4.4.5 - Intenção de Manter/Iniciar a Prática de uma Actividade 122
4.5 - Comparação entre Praticantes e Não Praticantes 122
4.5.1 - Barreiras para a Prática 123

4.5.2 - Benefícios da Actividade Física 123
4.5.3 - Razões para a Prática 124
4.5.4 - Susceptibilidade para Problemas de Saúde 124
4.5.5 - Intenção de Manter/Iniciar a Prática de uma Actividade 125
4.6 - Correlação 126
6 - DISCUSSÃO 128
7 - CONCLUSÕES 139
8 - BIBLIOGRAFIA 142
ANEXO

RESUMO

Com o presente estudo pretendemos identificar as crenças sobre a saúde e a actividade física. Para atingirmos este objectivo foi usado o Modelo de Crenças de Saúde (HBM), modificado por Hayslip e colaboradores em 1996.

O Modelo de Crenças de Saúde (HBM), modificado por Hayslip e colaboradores em 1996, foi aplicados numa população de professores e Auxiliares da Acção Educativa/Funcionários da Secretária (AAE/FS) no total de 285 sujeitos com idades compreendidas entre os 21 e os 70 anos (39.31 ±9.70).

Neste estudo verificou-se que, na amostra total, a barreira mais importante foi o tempo, e a menos importante foi a saúde. Neste aspecto as mulheres atribuíram um valor maior a esta barreira comparativamente com os homens. O que também acontece com os que não praticam nenhuma actividade física. Estes apresentam, ainda, um valor mais elevado para as barreiras relacionadas com a motivação e com factores externos.

Os benefícios físicos e psicológicos foram os que tiveram valor superior, enquanto os benefícios relacionados com a aparência/social obtiveram os valores mais baixos. Verificou-se que os AAE/FS atribuíram maior valor à aparência/social comparativamente com os professores. Enquanto os homens atribuíram um valor mais alto aos benefícios cardiovasculares. Os não praticantes atribuíram um valor maior aos benefícios físicos e psicológicos.

Relativamente às razões para a prática de uma actividade física verificou-se que as razões interiores foram as que obtiveram o valor mais alto.

A susceptibilidade de sofrer, ou de vir a sofrer, de problemas verificou-se que o que obteve um valor maior foi o problema de peso. Aos problemas cardiovasculares é atribuído um valor mais alto por parte dos professores. Já as mulheres atribuem um valor mais alto aos problemas psicológicos/osteoporose.

Neste estudo verificou-se que a intenção de manter/iniciar a prática de uma actividade é maior nos professores.

Palavras Chave: Crenças, Saúde, Exercício, Actividade Física.

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Enquadramento e Pertinência do estudo

A diminuição da parcela de tempo de trabalho, o aumento da escolaridade, a antecipação dos tempos de reforma, a elevação do nível de vida das populações criaram um aumento significativo dos tempos livres, cumulativo com a crescente percepção social do espaço e importância desse tempo livre na vida das pessoas (Constantino, 1994). Com todo este tempo livre a sociedade pode, na nossa opinião, caminhar para um aumento do sedentarismo, podendo induzir alterações nefastas ao nível da saúde dos sujeitos. Evidencias suportam a hipótese que os hábitos sedentários aumentam o risco de morbilidade e mortalidade de doenças crónicas (Blair, 1996).

Cada vez mais, podemos constatar que as pessoas vêem a actividade física como um meio de melhoria dos níveis de saúde, bem estar físico, mental e social e de obtenção de hábitos de vida saudável. As preocupações com a saúde e com a imagem do corpo são certamente vertentes fundamentais que levam o cidadão a procurar o ginásio, o centro de prática desportiva ou, tão simplesmente, um espaço aprazível para desenvolver a sua exercitação física.

O desporto, como exercício físico, inicialmente um passatempo das classes abastadas e aristocráticas, tornou-se hoje em dia um fenómeno social importante. Também para a medicina o desporto se tornou um companheiro privilegiado sobretudo numa perspectiva favorável como elemento gerador da saúde e não no outro polo, o de fazer chegar mais feridos e traumatizados (Leal, 1991).

A relação entre o desporto e a saúde adquire grande relevância na conjuntura actual da proliferação das "doenças da civilização" (Bento, 1990). Existe uma vasta

literatura que mostra que a inactividade física é uma das causas mais importantes de morte, incapacidade e redução da qualidade de vida nas nações industrializadas (Sallis e Owen, 1998). "O motivo "saúde" leva pessoas, anteriormente marcadas por uma abstinência em relação à coisa desportiva, a actividades motoras formais e informais, a locais onde o exercício físico constitui a base de um novo mercado lucrativo em crescimento acelerado" (Bento, 1990 p.20).

No passado, os médicos geralmente aconselhavam os pacientes com doenças crónicas a descansar e evitar esforços físicos (Dimeo, 2000). Agora, é um facto bem estabelecido que excessivo descanso e falta de actividade física pode resultar em falta de condição física severa e por isso reduz o nível funcional e a qualidade de vida do doente crónico (Dimeo, 2000). Vivemos um período em que a prática regular de actividade física viu crescer consideravelmente o número de praticantes, alicerçada numa aceitação social que, apreendendo a mensagem dos seus potenciais benefícios para a saúde, aliviou-a da conotação social negativa de que até há bem poucas décadas atrás era portadora (Barata, 1997).

> A evolução social vem determinando à actividade física e desportiva uma importância crescente nas últimas décadas. A prática desportiva (rendimento) é tida, hoje em dia, como um referencial cultural valioso. No entanto, um crescendo de importância tem sido concedido, à actividade física, entendida sem aquele atributo (Mota, 1991 p.305).

Segundo Blair (1988) o exercício é um comportamento que muitos cientistas, médicos e pessoas não especializadas acreditam estar relacionado de alguma forma com a saúde. Não importa se se corre ou caminha, o que interessa é que uma pessoa se exercite a uma intensidade adequada para produzir benefícios.

Nas últimas décadas presenciámos a explosão no interesse do público na actividade física como um meio para alcançar uma variedade de objectivos em áreas relacionadas com a saúde, funcionalismo e qualidade de vida (King e Martin, 1993).

Todos sabemos que a prática regular de exercício físico moderado e regular conduz a uma melhor condição física e principalmente a uma melhoria de qualidade de vida dos seus praticantes (Horta, 1991). O exercício físico regular é um componente importante para um estilo de vida saudável, prevenindo a doença e melhorando o estado de saúde e qualidade de vida das pessoas (ACSM, 1993). O exercício regular tem mostrado que proporciona significativos benefícios na saúde psicológica e fisicamente (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton, & McPherson, 1990).

De acordo com Shephard (1994) a mecanização e automatização complicaram bastante a classificação dos empregos por reduzir o gasto de energia de alguns empregos supostamente pesados ao ponto de eles exigirem actividade física ligeiramente superior do que os trabalhos leves.

Gastam-se enormes somas de dinheiro em alta tecnologia para cuidados médicos, enquanto só uma pequena fracção dos fundos disponíveis são direccionados para a promoção da condição física e da saúde positiva, medidas que podiam reduzir os custos médicos (Shephard, 1994). O rápido aumento dos custos nos cuidados médicos e a crescente tendência para uma legislação nacional de cuidados de saúde ajudou a alterar a atenção dos cuidados médicos do tratamento para a prevenção (Williams, 1996).

Alteração em muitos aspectos do estilo de vida das pessoas pode ter uma influência positiva da saúde geral. Paffenbarger et al. (1986 citados por Shephard, 1994) argumentam que um aumento da actividade habitual seria a táctica preventiva mais efectiva para a América do Norte, devido à grande prevalência de estilos de vida

sedentários, e o grande papel que desempenha como causa de morbilidade e mortalidade.

De acordo com Williams (1996) doenças crónicas, como doenças coronárias, cancro, diabetes e osteoporose ocorrem, geralmente com o avançar da idade, particularmente se os indivíduos tiveram estilos de vida pouco saudáveis durante o início da idade adulta. Por isso, do ponto de vista financeiro é importante, para o governo, manter as pessoas saudáveis pelo máximo tempo possível.

Actualmente verificamos uma proliferação da problemática da saúde. Constatamos que cada vez mais se publicam revistas onde se focam aspectos de saúde (algumas relacionando a actividade física com a saúde), também o aparecimento de actrizes de cinema e televisão com vídeos onde se enaltecem os benefícios da actividade física para se manter uma boa aparência física, há ainda um aumento acentuado de produtos alimentares que publicitam os seus benefícios para a saúde. Ainda recentemente apareceu em Portugal um canal televisivo (TV Saúde/Medicina - Tvcabo) onde a saúde e o bem-estar são tema central da sua programação.

1.2 - Objectivos e Hipóteses do estudo

A procura de esclarecimentos sobre algumas questões que se prendem com a actividade física e a saúde direccionam-nos para as seguintes questões:

- Será que as pessoas são suficientemente activas?
- Será que as pessoas têm noção dos benefícios da actividade física para a saúde?

- Será que as pessoas mais activas se percepcionam com menos susceptibilidade para sofrer problemas de saúde?

1.2.1 - Objectivos

Pretendemos orientar o nosso estudo de acordo com os seguintes objectivos:

- Identificar e interpretar as principais barreiras para a prática de actividade física;
- Identificar e interpretar as principais percepções de benefícios para a saúde da actividade física;
- Averiguar e interpretar as principais razões para as pessoas serem activas;
- Identificar e interpretar as susceptibilidades para problemas de saúde;
- Identificar e interpretar as pessoas significantes para incentivar a prática de actividade física;
- Averiguar a utilidade que os componentes do Modelo de Crenças de Saúde (HBM), modificado por Hayslip e colaboradores em 1996, têm para influênciar a adopção de comportamentos de protecção de saúde (neste estudo a actividade física).

1.2.2 - Hipóteses

Com base no estudo que pretendemos realizar formulamos as seguintes hipóteses:

- H1: A falta de tempo é a principal razão indicada pelas pessoas para não realizarem uma actividade física ou não a realizam com mais frequência.
- H2: Não se verificam diferenças relativamente à percepção dos benefícios da actividade física no que concerne a:
    - Idade;
    - Sexo;
    - Profissão.
- H3: A principal razão para as pessoas serem activas prende-se com factores de saúde.
- H4: Não se verificam diferenças relativamente à percepção de susceptibilidade para problemas de saúde no que concerne a:
    - Idade;
    - Sexo;
    - Profissão;
- H5: As crenças de saúde têm um efeito predictivo para a adesão à prática de uma actividade física.

REVISÃO DA LITERATURA

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Tempo Livre, Recreação e Lazer

Assistimos, hoje em dia, a um aumento significativo do tempo livre, verificamos que com a diminuição do tempo de trabalho para as 40 horas semanais, e em alguns casos menos, fez com que as pessoas tenham modificado a forma como ocupam o seu tempo. Neste sentido Mota (1997, p.12) afirma que "com a diminuição do tempo de trabalho, o aumento da escolaridade e as reformas antecipadas, as pessoas vêem-se confrontadas com um tempo que pretendem ocupar utilmente".

Ainda, de acordo com Mota (1997), o conceito de tempo livre é sensível a outras premissas que não apenas a da complementaridade ao tempo de trabalho. Não podemos esquecer que quando termina o trabalho profissional muitas outras coisas ficam por resolver. Na realidade, no decurso do seu tempo livre as pessoas têm, frequentemente, que realizar boa parte de trabalho sem remuneração.

Regista-se uma importância crescente das práticas desportivas na ocupação dos Tempos Livres (Constantino, 1994). "Actualmente procura-se a actividade física como libertação do "Stress", manutenção e melhoria da condição física, afirmação pessoal, ocupação dos Tempos Livres, convívio social, etc., ..."(Jacob, 1995, p.II).

Ainda, segundo Constantino (1994), o Tempo Livre suscitou uma explosão de exercícios corporais desportivos e extra desportivos, orientados para o rendimento desportivo, para o puro hedonismo, para o desejo de aventura ou para o simples bem-estar geral.

Actividade de lazer realiza-se em tempo livre e pode potencialmente levar a um aumento significativo no gasto energético diário (Shephard, 1994; Bouchard e Shephard , 1994).

As actividades vocacionadas para a saúde e o bem estar do indivíduo pressupõem, mesmo com prescrição médica, uma actividade realizada no tempo livre tendo um carácter de actividade recreativa e de lazer. É do conhecimento geral que lazer e recreação são difíceis de definir e medir porque o seu significado varia de indivíduo para indivíduo, de comunidade para comunidade e de cultura para cultura (Edginton et al., 1998). No entanto torna-se pertinente enquadrar estes conceitos para melhor compreendermos a sua importância no âmbito das actividades vocacionadas para a saúde e bem estar.

Será inexacto e perigoso definir o lazer somente por oposição ao trabalho profissional (Dumazedier, 1962). Assim, segundo Dumazedier (1962, p.29),

> "Lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo se pode entregar de livre vontade, seja para repousar, seja para se divertir, se recrear e se entreter, ou ainda para desenvolver a sua informação ou formação desinteressada, a sua participação social voluntária ou a sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais".

Já Neulinger (1974, citado por Smith et al, 1987) define lazer como liberdade ou, para ser mais específico, sensação de liberdade. Com isto pretendemos um estado no qual a pessoa sente que o que está a fazer, está a ser feito por sua escolha e porque o quer fazer. Neste sentido Smith (1987) assinala a relação que esta definição tem com o trabalho que se ganhe satisfação intrínseca suficiente relativamente ao que se está a fazer.

Uma definição mais recente é nos dada por Kelly (1982, citado por Smith, 1987) onde lazer é definido como a actividade escolhida principalmente para o seu bem estar. As dimensões de liberdade e satisfação intrínseca são vistas como o elemento definidor central.

Segundo Edginton et al. (1998), o lazer é uma força social, cultural e económica importante que tem grande influência sobre a felicidade, bem-estar e satisfação com a vida de todos os indivíduos. Estes autores definem lazer como um constructo multidimencional no qual se sente livre de obrigações, como uma sensação de efeito positivo, é motivado por forças internas e permite a prática da percepção de competência.

De acordo com Dumazedier (1962, p.27) o lazer apresenta três funções principais: (1) descanso, (2) divertimento e (3) desenvolvimento pessoal.

As pessoas podem utilizar o lazer para criar satisfação com a vida e para aumentar o bem-estar (Edginton et al., 1998). Neste sentido Mota (1997, p.25) afirma que "o lazer é marcado pela busca e encontro de um estado de satisfação com um fim em si mesmo, produzindo no indivíduo prazer, satisfação, capazes de desenvolver nele a alegria de viver". É de realçar que "quando este estado de satisfação cessa ou se detiora, o indivíduo tende a interromper a actividade" (Mota, 1997 p.26).

Recreação pode ser definida, segundo Nash (1962, citado por Smith, 1987, p.3), como uma actividade que "não é meramente lazer ou tempo livre e não «fazer nada» ou meramente olhar para algum divertimento ou entretenimento. Recreação é descarga física para jovialidade, criatividade, e auto-expressão". De acordo com Kelly (1982, citado por Smith, 1987, p.3), recreação "é restauradora, providenciando restauração de forças (refreshment) ou re-creação, não só do trabalho mas também para outras actividades sociais (família, política, etc.)".

Recreação é comummente vista como uma actividade à qual se adere durante o tempo livre da pessoa, é agradável e que tem qualidades socialmente compensadoras (Kraus, 1990 citado por Edginton et al., 1998). Na opinião de Edginton et al. (1998), a participação recreativa geralmente deve resultar em comportamentos construtivos, positivos e socialmente aceites.

O lazer fornece oportunidades para uma pessoa expandir as suas necessidades físicas, sociais, intelectuais e espirituais (Edginton et al., 1998). Sem dúvida que o lazer, enquanto espaço e tempo próprio da existência individual, se pode constituir numa alternativa decisiva nas escolhas de responsabilização individual na construção do seu estilo de vida (Mota, 1997). Na opinião de Mota (1997, p.14) "no âmbito desta discussão acerca do lazer e da qualidade de vida surge, obviamente, como questão central, o fenómeno da actividade física enquanto actividade de lazer".

> A prática das actividades físicas de natureza desportiva, no quadro das actividades de ocupação dos tempos livres, tem sido fomentada na sua qualidade de gerar bem-estar, através da implementação de numerosas campanhas de sensibilização, um pouco por todo o mundo (Duarte, 1991 p.187).

Neste sentido surge a constatação de que a proporção de população que é fisicamente activa durante o seu tempo livre aumentou substancialmente nos últimos anos (Stephens et al., 1985).

> O desporto surge hoje em simbiose, tornou-se uma oferta atraente associada à cultura do tempo livre, pelo que a sua estrutura original de valores, caracterizada em primeiro lugar por treino e competição, é invadida progressivamente por outras perspectivas

> ligadas a uma forte acentuação de comportamentos hedonistas. Este entrelaçar de perspectivas e valores referencia possibilidades acrescidas de uma prática desportiva com relevância para a saúde e a vida, sinaliza uma prática mais activa e sentida da corporalidade (Bento, 1991 p.34).

Nesta vertente o desporto associado ao lazer pode contribuir de uma forma positiva para a manutenção de um estilo de vida saudável.

2.2 - Sociedade e hábitos de vida

O século XX assistiu a uma substancial redução da frequência e intensidade da actividade física do ser humano ao longo da sua vida, o que tem impacto significativo nos indivíduos e na sociedade (International Society of Sport Psychology - ISSP, 1992).

Com a evolução da sociedade e a par desta, a industrialização e a mecanização das tarefas tem provocado algumas alterações nos padrões de vida, o que tem resultado numa diminuição da quantidade de actividade, uma hipoactividade (Mota e Appell, 1995).

De acordo com Sallis e Owen (1998), provavelmente pela primeira vez na história humana, milhões de pessoas têm a possibilidade de adoptarem um estilo de vida extremamente sedentário. Já não temos a necessidade de ser activos para obter comida, ganhar a vida, ou transportarmo-nos. No entanto, este estilo de vida traz grandes custos ao reduzir a quantidade e qualidade da vida.

A maior parte das pessoas tem carro, por isso andar não é necessário. Apesar de existirem escadas, também existem elevadores. Existem outros dispositivos mecânicos

para realizar quase todas as tarefas. Em séculos passados a actividade física não era a principal preocupação de saúde, porque fazia parte da vida de cada um. Enquanto se gastou grande parte da criatividade no desenvolvimento de máquinas para poupar o trabalho, parece existir um efeito secundário para elas que afecta a saúde de forma importante (Kaplan et al., 1993). Ainda, segundo Kaplan et al. (1993), tornamo-nos tão bem sucedidos em evitar a actividade física que o estilo de vida sedentário é agora a principal ameaça para a saúde nas sociedades industrializadas.

A sociedade tecnológica actual conduz as pessoas à inactividade. Os automóveis, a televisão e as máquinas mudaram profundamente a forma como as pessoas executam os seus trabalhos, cuidam das suas casas e utilizam os seus tempos livres. Além disso, o nosso meio ambiente apresenta muitas vezes grandes obstáculos à participação em actividades físicas (ACSM, 2000). Já Dumazedier (1962) dizia que o rápido progresso da motorização tende a deixar o corpo humano passivo. O motor mecânico substitui o motor humano, e o homem já não sabe marchar, correr e saltar.

De acordo com Constantino (1998), nas sociedades industrializadas, um dos traços mais significativos das alterações sociais

> está relacionado com os modos e estilos de vida, onde é crescente por um lado, uma menor parcela de esforço físico, um aumento da sedentarização a par com hábitos alimentares, tabágicos e outros que são em parte os responsáveis pelo aumento das chamadas «doenças da civilização» (Constantino, 1998, p.21).

Fica claro que, para Piéron (1998), o estilo de vida refere-se ao conjunto dos comportamentos e hábitos que podem afectar a saúde do indivíduo (tabagismo, alimentação, actividade física habitual).

A vida actual coloca-nos perante um certo número de factores de risco, em especial do foro cardiovascular, que se repercutem na morbilidade e mortalidade global e que por isso se devem combater (Leal, 1991). Evidencias suportam a hipótese que os hábitos sedentários aumentam o risco de morbilidade e mortalidade de doenças crónicas (Blair, 1996). No entanto, apesar de ser reconhecido que

> o sedentarismo é um factor de risco para a saúde e o responsável por um conjunto importante de enfermidades, e que, portanto, promover a actividade física junto das populações é indiscutivelmente lutar pela promoção da sua saúde, não é menos certo, que hoje, nos países industrializados, mais do que o sedentarismo, o fumar, é considerado o mais grave problema de saúde pública, e também ele, exige adequadas medidas políticas de desincentivo à sua prática e de educação, de modo a criar nas pessoas, não apenas um conhecimento suficientemente rigoroso dos riscos, mas sobretudo evitar consumir o tabaco (Constantino, 1998 p.26).

Efectivamente, se atentarmos na quantidade de indivíduos que fumam, consomem bebidas alcoólicas em exagero ou têm uma alimentação pouco saudável, facilmente podemos constatar que a saúde é ainda reconhecida como um bem pouco relevante para a população (Hahmann, 1990 citado por Mota, 1992). Segundo Hahmann (1990, citado por Mota, 1992), à medida que o indivíduo se torna mais consciente das anomalias relacionadas com a saúde como, por exemplo, a obesidade, fumar, alcoolismo, etc.,..., a actividade física começa a ser reconhecida como um meio de terapia.

Quatro comportamentos em particular estão associados a doença: o abuso do tabaco, o abuso do álcool, a má nutrição e a falta de exercício – os chamados «quatro

sagrados» (McQueen, 1987 citado por Bennet e Murphy, 1997). Membros do Instituto de Medicina, em 1982, estimaram que cerca de 50% de todas as doenças crónicas podem ser relacionadas com os comportamentos individuais, como o fumar, a dieta e falta de exercício (Hamberg, Elliott & Parron, 1982 citados por Kaplan et al., 1993).

O desporto não pode conduzir às desejadas alterações de comportamento e atitudes numa perspectiva de empreendimento isolado. O treino corporal, decorrente da actividade desportiva, apenas promete sucesso se fizer parte de um conceito e acção mais vasta, se o seu usufrutuário não receber dos outros lados da vida efeitos divergentes e até contrários; se o desporto cooperar e interagir num estilo sensato de vida (Bento, 1991).

Na opinião Bento (1991), não há uma via única para a saúde. A recomendação, valorização e acentuação de determinadas actividades (por exemplo, a prática do desporto) ou a renúncia a comportamentos prejudiciais não significam por si só qualquer garantia para uma saúde estável. Estilos de vida saudáveis exigem algo mais no plano dos comportamentos do que uma prática regular do exercício físico, do desporto, ou de simples actividade física (Constantino, 1998).

O estilo de vida compreende as acções e comportamentos escolhidos pelo indivíduo que podem afectar a saúde relacionada com a condição física (heatlh-related fitness) e o nível de saúde. Actividade física habitual é o tipo de comportamento em que o indivíduo tem grande controlo voluntário (Bouchard e Shephard, 1994). Ainda de acordo com Bouchard e Shephard (1994), a compreensão do papel do estilo de vida na condição física e saúde deve também incluir uma determinação de padrões de sono, percepção de stress, dependência de drogas, e o evitar de comportamentos de risco para a saúde.

O que se observa no nosso país é que as pessoas ou são totalmente sedentárias ou executam um exercício físico inadequado, tanto em termos qualitativos como em termos quantitativos (Horta, 1991). Como é sabido, o sedentarismo e, consequentemente, as patologias de causa hipocinética, tão frequentes na nossa sociedade, são invariavelmente responsabilizadas pela degradação do estado de saúde, em suma, pela progressiva perda de capacidade de adaptação a estímulos (Barata, 1997).

Evidências convincentes indicam que um estilo de vida mais fácil e mais sedentário tem tido efeitos negativos na saúde geral (Wankel, 1988; Pahmeier, 1993). Segundo Blair (1998), não estamos evolucionalmente preparados para uma existência sedentária com excesso de alimentos baratos ao nosso dispor com facilidade. Estes factores levaram a uma epidemia de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e outras doenças crónicas que estamos a enfrentar no final da metade deste século. As principais causas de mortalidade durante este período são todas doenças multifactoriais de estilo de vida. Para controlar os principais problemas de saúde não nos devemos concentrar em tratar a doença, que é só um sintoma. Em vez disso, devemos orientar-nos para as causas - hábitos de vida pouco saudáveis.

Tem se constatado que a maioria das pessoas que vivem em grandes cidades são geralmente muito sedentários (Shephard, 1986c citado por Shephard, 1994). O exercício mais vigoroso da maior parte das pessoas que trabalham em escritórios é o trajecto diário do carro para o elevador pela manhã e do elevador para o carro no final do dia (Shephard, 1994). Tornamo-nos uma nação de espectadores com televisão, acesso fácil a filmes e vídeos, e mais eventos desportivos para ver (Seiger, 1998).

Níveis de inactividade predominam particularmente nas mulheres, adultos mais velhos, adultos com educação mais baixa (Jones et al., 1998; U:S: Department of Health and Human services, 1996 citados por King et al., 2000).

Mota (1992) é da opinião que a relação entre desporto ou actividade física adquire grande relevância na conjectura actual em que a sociedade se confronta com um espectro alargado de doenças, as ditas doenças da civilização. O desporto é utilizado como uma aplicação com o intuito de compensar os efeitos nocivos do modo de vida da sociedade actual.

> A crença nas virtudes e na promessa de saúde do desporto é tão grande, na actual conjuntura de proliferação das chamadas «doenças da civilização», que pessoas, anteriormente marcadas por uma abstinência em relação à actividade desportivo-motora, se voltam cada vez mais para actividades físicas formais e informais, para locais onde o exercício físico constitui a base de um novo mercado lucrativo em crescimento acelerado (Bento, 1991 pp.9-10).

Segundo Blair (1988), o exercício é um comportamento que muitos cientistas, médicos e pessoas não especializadas acreditam estar relacionado de alguma forma com a saúde. Não importa se se corre ou caminha, o que interessa é que uma pessoa se exercite a uma intensidade adequada para produzir benefícios.

"O desporto (actividade física) é percebido frequentemente como um campo onde os malefícios dos nossos comportamentos e atitudes podem ser minorados, o local onde é possível valorizar o nosso «eu» (corpo) tão mitigado pelos problemas do quotidiano" (Mota, 1992 p. 210). Numerosos estudos indicam que um estilo de vida activo está associado com melhor saúde e performance e maior longevidade (Haskell, 1994).

> "Nas modernas sociedades, a Educação Física e o desporto ocupam posição de relevo nas políticas sectoriais, nomeadamente da Saúde, da Educação, do Trabalho e da Juventude, visando a formação integral do Homem e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos" (Duarte, 1991 p.187).

Actualmente, verificamos que as pessoas adoptam durante a sua vida determinados comportamentos que podem ser considerados de risco para a sua saúde. Neste sentido Williams (1996) define factores de risco como o comportamento de saúde ou característica pessoal que tem sido associada com determinada doença.

O quadro que se segue apresenta alguns factores de risco que podem ser modificados favoravelmente com a promoção de práticas de saúde apropriadas, ou a implementação de um estilo de vida de saúde positiva.

Quadro 1 : Factores de risco e alguns problemas de saúde associados (adaptado de Williams, 1996, p.4)

Factor de Risco	Problemas de Saúde associados
Peso excessivo	Doenças coronárias; Diabetes
Baixa actividade física nos tempos livres	Doenças coronárias; Obesidade
Baixos níveis de exercício planeado	Doenças coronárias; Obesidade
Fracos hábitos dietéticos	Cancro; Obesidade
Dietas ricas em gordura e colesterol	Arterosclerose; Obesidade
Dietas ricas em sal	Pressão arterial elevada; Enfarte
Pressão arterial elevada	Doenças coronárias; Enfarte
Stress	Doenças coronárias; Doenças mentais
Fumar	Cancro dos pulmões; Doenças coronárias
Consumo excessivo de álcool	Cirrose do fígado; Acidentes motorizados
Fracos hábitos de condução	Acidentes
Fracos hábitos de exame físico	Cancro
Hábitos sexuais indiscriminados	Doenças sexualmente transmissíveis

Actualmente, na América a maioria das causas de morte estão relacionadas com o estilo de vida (e.g., inactividade; dietas com altas concentrações de gordura, colesterol e calorias; e o tabaco). Muitas pessoas começam a adoptar um estilo de vida mais saudável, somente depois de lhe ter sido diagnosticada alguma doença (cancro, doenças do coração, diabetes) (Seiger, 1998).

Tendo em conta o que foi exposto, e de acordo com Astrand (1992), um grande factor de risco para as doenças cardio-vasculares é o estilo de vida sedentário, como podemos verificar, através da figura que se segue onde estão se refere a prevalência de factores de risco, modificáveis, para as doenças cardiovasculares.

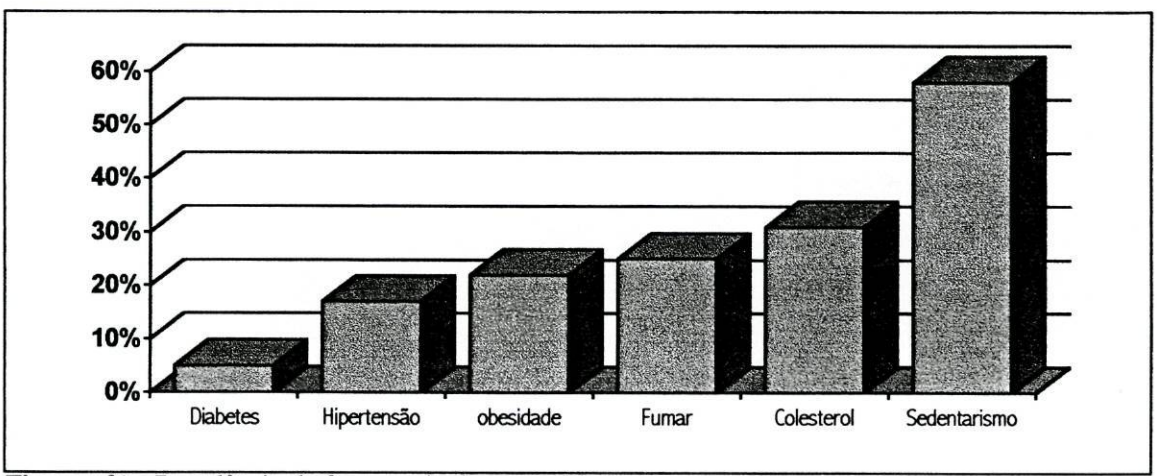


Figura nº1 - Prevalência de factores de risco, modificáveis, para as doenças cardiovasculares (adaptado de Astrand, 1992 p.157)

A investigação epidemiológica, clínica e laboratorial das últimas três décadas estabeleceu a inactividade física como um importante factor de risco para um aumento dos estados de doença e deterioração das condições física e psicológica da sociedade ocidental, incluindo doenças do coração, enfarte, algumas formas de cancro, diabetes mellitus não dependentes de insulina, osteoporose, obesidade, bem como o aumento dos efeitos psicológicos negativos (Bouchard, Shepard, & Stephens, 1994).

Segundo um estudo realizado por Hahn, Teutsch, Rothenberg, e Marks (1990), a inactividade física deveria ser considerada um dos problemas de saúde mais importante,

merecendo o mesmo nível de preocupação que o fumar, colesterol sanguíneo e obesidade. Os autores deste estudo estimaram que aproximadamente 250.000 mortes nos EUA de nove doenças crónicas deveram-se a hábitos de sedentários. Existe uma vasta literatura que mostra que a inactividade física é uma das causas mais importantes de morte, incapacidade e redução da qualidade de vida nas nações industrializadas (Sallis e Owen, 1998).

No mesmo estudo (Hahn, Teutsch, Rothenberg & Marks, 1990) foi analisada a percentagem de mortes que pode ser atribuída a vários factores de risco, constatou-se que se acredita que a falta de actividade física pode causar tantas mortes como a obesidade, elevado colesterol sanguíneo e hipertensão.

Segundo Sallis e Owen (1998), as pessoas idosas são mais susceptíveis de experimentar efeitos de décadas de sedentarismo como estilo de vida. Acredita-se que longos períodos sem se usar os músculos pode levar à dificuldade em realizar o que vulgarmente se chama de "actividades do dia a dia". Apesar de, actualmente, não podermos alterar os verdadeiros processos de envelhecimento, parece que o desenvolvimento de comportamentos de saúde positiva pode ajudar a prevenir alguns dos efeitos adversos que se podem dever a outros que não os do verdadeiro processo de envelhecimento (Williams, 1996).

"A prática voluntária do exercício, em face da progressiva mecanização e automatização da actividade laboral de muitas sociedades, é vista como a única fonte de actividade significante para a saúde" (Bento, 1991 p.16). Tem sido reconhecido que se o exercício já não é uma parte significativa da ocupação ou da rotina diária normal, então actividades recreativas activas podem ser substitutos apropriados (Wankel, 1988).

Apesar das evidências médicas e cientificas relativas à promoção da saúde através da actividade física, cerca de seis em dez Americanos não são regularmente activos, e um em quatro não são activos (Jackson et al., 1999).

2.3 - Actividade Física e a Saúde

2.3.1 - Definição conceptual

A participação regular em actividade física é frequentemente citada pela generalidade das pessoas como um hábito muito importante na manutenção da saúde mas, é um comportamento que muitos indivíduos tendem a não realizar (Pacific Mutual Life Insurance Company, 1978 citado por Haskell, 1984). Neste sentido Hardman (1999) afirma que a actividade física é reconhecida, por grande parte da população e por cientistas e médicos, como um componente importante de um estilo de vida saudável.

A Associação Médica Americana (AMA, 1966 citada por Shephard, 1994 p.23) refere que a "condição física depende do estado de saúde do indivíduo, constituição e actividade física actual e passada". Com o aumento da actividade física pode-se esperar um aumento de vários componentes da condição física do indivíduo (Shephard, 1994).

De acordo com Bouchard (1994), não há dúvida que a relação entre actividade física, condição física e saúde é muito complexa. Uma tentativa de tornar está relação mais simples para discussão é dividi-las num formato que especifique a relação hierarquia entre os principais componentes. É o que se pretende com a figura que se segue:

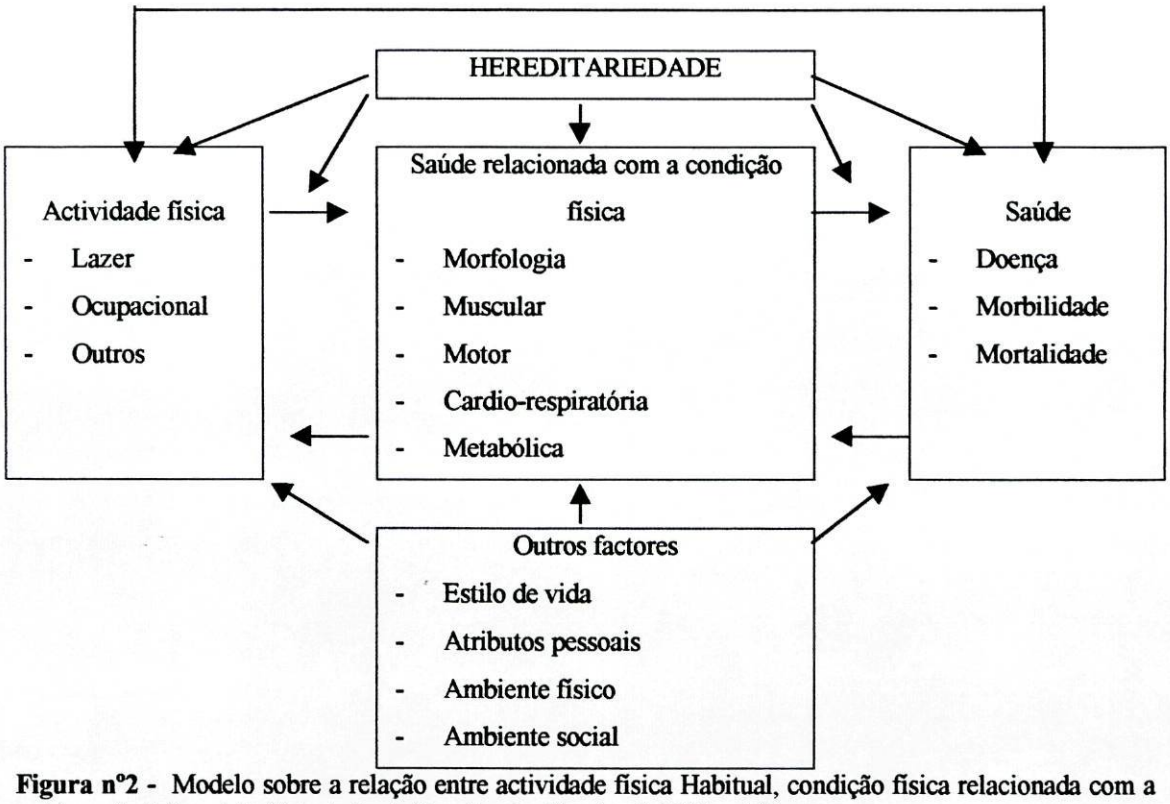


Figura nº2 - Modelo sobre a relação entre actividade física Habitual, condição física relacionada com a saúde e nível de saúde (Adaptado de Bouchard e Shephard, 1994, p.78).

Através do modelo é possível especificar que, segundo Bouchard (1994) e Bouchard e Shephard (1994), a actividade física habitual pode influenciar a condição física que, por outro lado, pode modificar o nível de actividade física habitual do indivíduo. O modelo também especifica que a condição física está relacionada com a saúde de forma reciproca, isto é, a condição física não só influência a saúde mas, o nível de saúde também influência tanto os níveis de actividade física habitual como os níveis de condição física.

Tendo em conta a figura que foi apresentada, torna-se necessário definir alguns conceitos básicos.

Actividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela contracção muscular que leva a um aumento substancial nos gastos energéticos do indivíduo (Shephard, 1994; Bouchard e Shephard, 1994; Caspersen,

Powell, & Christenson, 1985; Bouchard, 1994). A actividade física pode ser feita como parte do trabalho ou durante o tempo de lazer (Kaplan et al., 1993).

Já o exercício é considerado, de acordo com Sallis e Owen (1998), como um subgrupo da actividade física distinguido por se realizar com o objectivo de melhorar ou manter a condição física ou a saúde. Ainda segundo Powell (1988) e Caspersen et al. (1985), o exercício pode ser considerado como o movimento corporal realizado repetidamente, planeado e estruturado para aumentar ou manter um ou mais componentes da condição física. O termo "Exercício" implica algo de mais "intenso" que o caso da "actividade física" (Borms, 1990 p.111).

De acordo com Shephard (1968b citado por Shephard, 1994), a Organização Mundial da Saúde (WHO) concordou que condição física se refere à habilidade de realizar trabalho muscular satisfatoriamente. De acordo com esta definição, condição física implica que o indivíduo possui as características que permitem um bom desempenho de uma tarefa física num determinado envolvimento físico, social e psicológico (Bouchard e Shephard, 1994). MacAuley et al. (1998) e Caspersen et al.(1985) definem condição física como um conjunto de atributos que as pessoas têm ou alcançaram que se relaciona com a habilidade de realizar actividade física. Segundo Wilmore (1988, citado por ACSM, 1990), condição física é a habilidade de realizar actividade física de níveis moderados a vigorosos sem fadiga e a capacidade de manter essa habilidade ao longo da vida. Piéron (1998) assinala que a condição física é um estado que apresenta diversas facetas. Depende de vários factores, como por exemplo, da hereditariedade ou do grau de maturação.

Segundo o Council of Europe (1995) e Pate (1988 citado por Bouchard e Shephard, 1994), a condição física relacionada com a saúde (health-related fitness) refere-se aos componentes da condição física que são afectados favorável ou

desfavoravelmente pela actividade física habitual e relacionados com o nível de saúde. Tem sido definida como um estado caracterizado por (a) habilidade de desempenhar actividades diárias com vigor e (b) demonstração de características e capacidades que estão associadas com um baixo risco de desenvolvimento prematuro de doenças e condições associadas com a inactividade física.

A condição física é mais do que condição física cardiovascular. Muitos peritos concordam que a condição física tem vários componentes dos quais a condição física cardiovascular é um deles (Corbin, 1987). Neste sentido, Caspersen et al. (1985) assinalam os seguintes componentes da condição física relacionada com a saúde: (a) resistência (endurance) cardiorespiratória (também conhecida como condição física aerobica - aerobic fitness), (b) resistência muscular, (c) força muscular, (d) composição corporal e (e) flexibilidade.

Uma boa condição física não expressa apenas um bom estado de adaptação mas constitui também um pressuposto importante para a conquista do envolvimento. A adaptação orgânica, ocasionada pela actividade desportivo-motora, além de meio para um objectivo situado no plano desportivo, constitui finalidade própria, fornecendo uma base para a saúde, para a capacidade de rendimento, para o bem-estar, para a capacidade de carga e de recuperação do indivíduo (Bento, 1991).

Segundo Haskell (1994), uma importante distinção foi feita entre actividade física relacionada com a saúde *versus* condição física. Foi assinalado que a quantidade e qualidade do exercício necessário para obter benefícios relacionados com a saúde pode ser diferente do que é recomendado para benefícios para a condição física. Torna-se claro que níveis mais baixos do que os recomendados pela ACSM pode reduzir o risco de certas doenças degenerativas crónicas e não serem suficientemente intensas para melhorar o consumo máximo de oxigénio. Neste sentido, Corbin (1987) realça que há

alguns benefícios para a saúde da actividade física regular que não estão necessariamente associados com altos níveis de condição física. É, então, necessário ter em atenção que as actividades de condição física (conditioning activities) e actividades desportivas são consideradas como exercício, enquanto as tarefas da casa e actividades de trabalho dificilmente poderão ser consideradas como exercício porque não são realizadas para melhorar a condição física (Kaplan et al., 1993).

A Organização Mundial da Saúde (WHO) define saúde como o estado de total bem-estar corporal, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948 citada por Shephard, 1994 e Sallis et al., 1993; WHO, 1958 citada por Bennet e Murphy, 1997; WHO, 1974 citada por Bento, 1991). Este bem-estar é um conceito global, que descreve um estado de saúde positivo no indivíduo que se deixa prender pelos aspectos biológicos e psicológicos (Piéron, 1998).

A definição da Organização Mundial de Saúde marcou novas posições por várias razões. Primeiro, separou-se das definições tradicionais, que definiam saúde em termos negativos (ex. saúde é não estar doente). O segundo aspecto importante desta definição é o reconhecimento das várias dimensões do estatuto de saúde, incluindo aspectos como físico, mental e social (Kaplan et al., 1993).

Esta definição de saúde tem sido criticada pelo seu carácter estático. Outra perspectiva é que a "«saúde» é consequência de uma relação, flexível, situativamente ajustada e ordenada, entre sujeito e envolvimento; traduz um equilíbrio dinâmico entre as exigências do envolvimento e as possibilidades da pessoa" (Bento, 1991, p.25).

Ainda, de acordo com Bennet e Murphy (1997), esta definição sugere que um dos papéis mais importantes da promoção da saúde deveria consistir em melhorar activamente a qualidade de vida e o bem-estar e não simplesmente prevenir a doença.

A saúde não é um bem estável e fácil de alcançar. Antes pelo contrário, ela é um bem instável que é necessário adquirir constantemente, defender e reconstruir ao longo da vida (Priesemuth, 1991 citado por Mota e Appell, 1995).

Na *Consensus Conference* de 1988 (Bouchard, 1994; Bouchard et al., 1990), saúde foi definida como a condição humana com dimensões física, social e psicológica, cada uma caracterizada num continuum com pólos positivos e negativos. Saúde positiva está associada à capacidade de aproveitar a vida (enjoy life) e de enfrentar desafios; não é só a ausência de doenças. Saúde negativa está associada à morbilidade , no extremo, com a mortalidade prematura.

> Torna-se claro que a saúde deve ter como conteúdo a manutenção de um nível constantemente elevado de funcionamento de todos os sistemas orgânicos. Podemos, por isso, entender a saúde como o óptimo funcional do organismo na totalidade das manifestações activas e reactivas da sua vida, face ao envolvimento natural e social em cada período da existência (Bento, 1991 p.43).
>
> A saúde não deve ser entendida como um estado estático, mas sim como um equilíbrio dinâmico entre o sujeito e o seu meio, isto é, como um estado de interacção (Bovend'eerdt, 1988 citado por Mota, 1990 p.307).

Actualmente, a saúde é descrita como uma condição multidimensional que inclui aspectos de natureza espiritual, física e mental (Mota, 1992). Neste sentido, Seiger et al. (1998) afirmam que a saúde é uma qualidade dinâmica multifacetada que descreve a capacidade de funcionar bem em qualquer momento. A boa saúde é normalmente associada com o vigor e a vitalidade, enquanto saúde fraca é identificada com doença (Williams, 1996).

Na realidade, a saúde não deve ser vista exclusivamente como o contraponto da doença, num processo exclusivamente biológico pois as doenças não são apenas fenómenos circunscritos ao âmbito biológico mas são também construções sociais (Prochiantz, 1991 citado por Mota, 1993). O diálogo biológico que o Homem realiza com o meio externo, com o meio interno e com o meio íntimo, condiciona o comportamento fisiológico que define a Saúde e cuja alteração se traduz pela doença (Grande, 1990). Factores ambientais exercem efeitos significantes no nosso estatuto de saúde, quer directamente quer através da interacção com a nossa predisposição genética, e podemos influênciar estes efeitos ambientais ao fazer escolhas de saúde ao longo da vida (Williams, 1996).

A saúde é um processo que acompanha toda a vida no qual cada um tem que equilibrar por um lado a relação de componentes mentais, espirituais e corporais e por outro lado a sua relação de reciprocidade com o envolvimento sócio-cultural e natural (Kruse, 1990).

Numa tentativa de síntese dos pressupostos influenciadores da "saúde", podemos distinguir quatro factores fundamentais (Knörzer, 1992 citado por Mota, 1997 p.36) de limitação de saúde (figura nº3), que se afiguram, na nossa perspectiva, suficientemente explícitos para a construção de um modelo de referência da condição e natureza multidimensional da saúde (Mota, 1997 p.36).

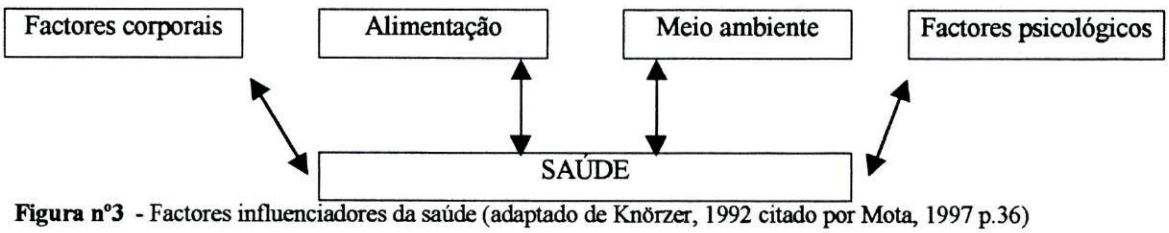


Figura nº3 - Factores influenciadores da saúde (adaptado de Knörzer, 1992 citado por Mota, 1997 p.36)

A saúde é cultivável, é treinável, podendo, ser sistematicamente aumentada. Este carácter de treinabilidade quer dizer

> que os efeitos do treino da saúde não são armazenáveis a longo prazo. A saúde é como que uma atitude, um hábito, que só se forma à medida que é exercitado. É um caminho que só se experimenta à medida que é percorrido, um caminho que borda toda a vida, no qual se conjugam, por um lado, as dimensões mentais, espirituais, sociais e corporais do homem e, por outro lado, a relação de reciprocidade destas com o envolvimento natural e sociocultural (Bento, 1991 p.23).

A importância da saúde é reconhecida quase universalmente (Kaplan et al., 1993), têm se tornado cada vez mais claro que a população está geralmente consciente dos benefícios do exercício para a saúde (Willis e Campbell, 1992).

2.3.2 - Importância da Actividade Física para a Saúde

De acordo com Seiger (1998), apesar da investigação indicar que indivíduos fisicamente activos podem viver mais, a qualidade desses anos pode ser ainda mais importante. Pessoas que são fisicamente activas e com boa condição física têm mais recursos para apreciar uma vida mais rica ao atingirem todo o seu potencial. Sentir-se bem com elas mesmas, aprender a apreciar todos os dias, e melhorar a qualidade de vida pode ser o principal benefício de um estilo de vida fisicamente activo e de um programa de exercício regular.

O estado de saúde pobre, quer seja percebido pelo indivíduo ou objectivamente observado, tem mais probabilidades de levar a um nível baixo de actividade física. Limitações de actividade por um qualquer problema patológico pode induzir um ciclo vicioso de perda de condição física aeróbica (aerobic fitness) e força muscular, piorando os sintomas e restrições nas próximas actividades físicas habituais (Shephard, 1994).

O estudo dos efeitos do exercício na saúde, nomeadamente os resultados da participação em actividades desportivas com carácter regular e para diferentes níveis de exigência atlética, é, actualmente, uma das principais preocupações da Medicina do Exercício (Pereira, 1998). Neste sentido a Federação Internacional de Medicina do Desporto (FIMS) (citada pela International Society of Sport Psychology - ISSP, 1992 p.199) produziu uma tomada de posição (11 de Junho de 1989) intitulada "Exercício Físico - Um Importante Factor para a Saúde". A declaração clarifica a relação entre a falta de exercício e as incidências de doenças e mortalidade cardiovasculares. Por outro lado, postula a redução das doenças coronárias e da mortalidade quando o exercício constitui parte integrante das actividades laborais e de lazer. É já inquestionável que a prática regular de exercício físico é benéfica para a saúde em termos gerais (Barata, 1997).

Se, por um lado, uma actividade física sistemática parece ser favorável para uma melhoria do estado geral de saúde, permitindo, simultaneamente uma melhoria da aptidão física dos indivíduos (Cureton, 1987), a verdade é que nem todas as repercussões da actividade física se podem considerar influenciadoras de uma melhoria do estado de saúde (Mota, 1990).

Haskell (1987) é da opinião que, aumentos na capacidade de trabalho físico ou condição física são muitas vezes igualados, inapropriadamente, com melhoras no nível de saúde ou prevenção da doença. Isto é muito importante mas é difícil fazer a distinção: enquanto um nível muito alto de condição física usualmente necessite uma boa saúde, um aumento na condição física não garante um aumento de saúde ou resistência à doença. Neste sentido, Bento (1991) afirma que não há forçosamente uma relação causal entre desporto, saúde e bem-estar, pois conhecemos desportistas doentes e infelizes e não desportistas com saúde e alegria de viver. E isto não diz absolutamente

nada contra o desporto; pretende tão-somente afirmar que com o desporto apenas não se consegue alcançar a saúde. Melhorar a condição física e melhorar o nível de saúde estão interrelacionados mas não são sinónimos (Haskell, 1987).

O exercício regular tem mostrado que proporciona benefícios significativos na saúde psicológica e fisicamente (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton, & McPherson, 1990). Os resultados de um estudo longitudinal onde se examinava a relação entre mudança de estilos de vida e a mortalidade demonstraram que, indivíduos que participem em actividades desportivas moderadamente vigorosas têm um risco de morte menor em 23% do que indivíduos que não participam em actividades moderadamente vigorosas (Paffenbarger et al., 1993 citado por Myers & Roth, 1997). No entanto, e apesar destes resultados, estudos realizados em larga escala mostram que uma percentagem considerável da população adulta é sedentária (e.g., Casperson, Christenson, & Pollard, 1986 citados por Myers & Roth, 1997). Neste sentido, Paffenbarger et al. (1986 citados por Blair, 1996) estimaram que 16,1% das mortes no estudo populacional de Harvard Alumni podem ser atribuídas ao estilo de vida sedentário. Ainda neste estudo, e segundo Sallis e Owen (1998), numa descoberta que indica que importantes benefícios para a saúde podem ser obtidos através de actividade de intensidade moderada, verificou-se que a percentagem de mortes foi 33% menor em homens que andaram 15 quilómetros ou mais comparativamente com homens que andaram menos do que 5 quilómetros por semana. Segundo Paffenbarger et al. (1994b), conforme a população de Alumni foi envelhecendo os níveis de morte entre os homens, da mesma idade, menos activos (e presumivelmente que tinham menor condição física) foram consistentemente maiores do que entre os mais activos (e com melhor condição física). Os mesmos autores (1994b) concluem que a adopção de um estilo de vida activo

pode reduzir o risco de morte prematura e, aparentemente melhorar a qualidade de vida, ou pelo menos a satisfação com a vida.

A literatura é pródiga em evidências, sugerindo que um grande número das doenças que afectam a humanidade são expressão, entre outros factores, da falta de actividade física, que de uma forma mais ou menos generalizada afecta a sociedade contemporânea (Mota, 1993). King (2000) é da opinião que, apesar dos benefícios claros para a saúde que se podem alcançar através da adopção de um estilo de vida mais activo, a maior parte dos adultos no Reino Unido, bem como noutras nações industrializadas, permanecem pouco activos.

É reconhecido que, o exercício físico pode atrasar certas deteriorações funcionais que acompanham o processo de envelhecimento, tais como a perda de massa muscular, da flexibilidade, do funcionamento cárdio-respiratório etc, e poderá contribuir ainda para normalizar a pressão sanguínea, o nível de açúcar e colesterol no sangue (Gonçalves, 1994).

Numerosos estudos indicam que um programa de exercício adequado e outros comportamentos de saúde positiva podem ajudar a abrandar alguns processos fisiológicos do envelhecimento e aumentar a qualidade de vida (Williams, 1996). Neste sentido, Van Hoof et al. (1996) referem que estudos epidemiológicos têm mostrado que baixos níveis de actividade física estão associados com o aumento dos níveis de todas as causas de mortalidade.

De acordo com Blair et al (1985), actualmente sabemos que actividade física habitual está positivamente associada com um melhor controlo do peso e que indivíduos activos podem ser mais receptivos para aderirem a comportamentos preventivos de saúde.

Numa outra investigação, desenvolvida por Blair et al. (1989 citado por Kaplan et al., 1993), os homens e mulheres que têm uma condição física moderada vivem mais tempo, têm menos doenças do coração e têm menos cancro que aqueles que têm um nível de condição física inferior. Os resultados também mostraram que, seria melhor para homens e mulheres serem fumadores com boa condição física (high-fit) do que serem não fumadores com baixa condição física (low-fit). Neste estudo, a condição física foi mais fortemente relacionada com a mortalidade do que fumar. Níveis moderados e elevados de condição física apresentavam efeitos protectores mesmo que os sujeitos fossem obesos, tivessem elevado colesterol sanguíneo, tivessem tensão sanguínea elevada ou fossem fumadores. Isto é uma forte evidência que a condição física tem uma grande influência na saúde, mas tem que ser recordado que a única forma de aumentar a condição física é fazer actividade física regular (Kaplan et al., 1993). No estudo longitudinal do Aerobics Center, 9% das mortes em homens e 15,3% das mortes nas mulheres foram atribuídas à fraca condição física (Blair et al., 1989 citados por Blair, 1996). Segundo Blair, Kohl et al. (1995, citados por Sallis e Owen, 1998), homens que passaram de fraca condição física para boa condição física entre dois exames reduziram os níveis de morte em 44%, comparando com os homens que se mantiveram com fraca condição física em ambos os exames.

Realizar exercício para desenvolver e manter a condição física (capacidade aeróbica, força/resistência muscular, flexibilidade, etc.) é importante para as pessoas serem capazes de realizar actividades do dia a dia, actividades desportivas recreativas e ocupacionais e enfrentar situações inesperadas de emergência (Cureton, 1987).

Os grandes desafios da saúde pública actual, dizem respeito aos comportamentos individuais e colectivos como o alcoolismo, o tabagismo, o sedentarismo, etc... (Mota, 1997).

2.3.3 - Promoção da Saúde

A promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde (Bennet e Murphy, 1997).

A Organização Mundial de Saúde tem colaborado na divulgação dos cinco princípios básicos que orientam o referencial teórico da promoção da saúde, assim:

(a) A promoção da saúde deve focalizar a população como um todo e não apenas os grupos de risco;

(b) A acção deve ser voltada para muitos factores que influenciam a saúde de modo a assegurar que o ambiente total que se encontra por trás dos indivíduos conduza à saúde;

(c) A promoção da saúde requer a participação de toda a comunidade, alguma coisa que envolva a aquisição – individual e colectiva – de estilos de vida;

(d) A promoção da saúde deve envolver uma ampla variedade de estratégias e agências - ... comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e actividades espontâneas locais, contra os azares da saúde;

(e) Profissionais de saúde têm parte a desempenhar no processo de tornar viável a promoção da saúde através da sua defesa e da educação (WHO, 1984 citado por Júnior, 1992, p.V).

Na vertente da promoção da actividade física no local de trabalho, Shephard (1992) e o Council of Europe (1995) referem que, esta faz com que haja um aumento na satisfação do trabalhador com um aumento na qualidade e quantidade da produção, redução da abstinência, redução dos custos médicos e redução de incidência de lesões

de trabalho. Shephard (1992) assinala que, apesar do que se disse anteriormente, a proporção de trabalhadores que habitualmente participa em programas de actividade física no local de trabalho é bastante reduzida.

King e Martin (1993) e Dishman et al. (1985) são da opinião que, os indivíduos que podem alcançar maiores benefícios de saúde através da actividade física regular, em termos da redução de riscos para a saúde, são aqueles que estão menos receptivos a adoptar ou manter um programa de actividade física. A variedade de factores implicados indicam a importância de se desenvolverem programas e estratégias que se insiram nas necessidades e preferencias dos diferentes grupos populacionais (King e Martin, 1993).

Se, para a comunidade científica, aptidão física e a saúde oferecem um vasto campo de inquirição e de experiências; e se, para as autoridades sanitárias e laborais, a saúde pública reveste uma dimensão económica, para os indivíduos particulares o assunto apresenta-se na ordem dos valores, da consciência subjectiva do bem estar e da felicidade, da vivência do corpo, da alegria e da convivencialidade (Sobral, 1993).

Por isto, os objectivos de intervenção que visam uma mudança pessoal podem ser mais efectivos se eles ajudarem as pessoas a sentirem-se bem com elas mesmas do que se se focarem exclusivamente no conhecimento dos benefícios da actividade física e do exercício para a saúde (Dishman et al., 1985). Neste sentido, o Council of Europe (1995) refere que o objectivo deve ser alcançar uma mudança cultural que leve a aceitação da actividade física como parte fundamental e importante das actividades do dia a dia.

Segundo Eiser (1997), o conhecimento que um comportamento pode ter consequências indesejadas não constitui, por si só, motivação para a mudança de atitude e/ou comportamento. Convencer as pessoas das consequências negativas do seu

comportamento não é, necessariamente, persuadi-las para abandonarem os seus hábitos se elas considerarem estes hábitos como suficientemente agradáveis para elas e para lá do sua competência pessoal ou força de vontade para mudar. Se as pessoas obtêm satisfação num determinado estilo de vida, que apresenta repercussões negativas para a saúde, torna-se difícil alterá-lo principalmente se essa alteração não se constituir como agradável para os indivíduos.

Desta forma é importante que haja uma consciêncialização de que um desporto referenciado à saúde tem de adoptar uma configuração de conteúdo e forma ajustada aos objectivos que persegue, nomeadamente de reposição (perspectiva terapêutica) e de manutenção e reforço (perspectiva preventiva) do equilíbrio psicovegetativo situativamente ajustado (Bento, 1991). Desta forma a actividade física como veículo da saúde só pode ter importância se ela se constituir um referencial no modo de vida dos indivíduos (Mota, 1997).

Por isso, o aforismo clássico do *"no pain no gain"*, tão próprio do treino desportivo, não deverá ter cabimento na prescrição de exercício à população geral. Esta "dor" será motivo de diminuição de aderência ao programa e fonte potencial de problemas. A progressão das cargas deverá ser feita sem ter de recorrer a sacrifícios significativos. Daí a tendência moderna de mudar para o novo slogan: *"less pain more gain"* (Barata, 1997; Haskell, 1994). É precisamente a predominância da norma externa "capacidade de rendimento" que coloca em questão as promessas de saúde do desporto (Rittner, 1985 p.358 citado por Kruse, 1990). Pelo contrário ela reforça inclusivé possíveis perturbações do equilíbrio psicovegetativo (Kruse, 1990).

Aos olhos da sociedade leiga, começa a ser clara e intuitiva a diferença entre desporto de competição e actividade física para promover a saúde, o convívio, a integração social e o contacto com a natureza (Barata, 1997).

2.3.4 - Formas de Actividade Física que Promovem Benefícios para a Saúde

Uma das melhores notícias para a saúde pública dos últimos anos foi que uma pessoa não tem que ser um maratonista, campeão desportivo, ou mesmo um praticante regular de jogging para obter benefícios substancias para a saúde através do desporto, a actividade física regular e moderada tem benefícios cardioprotectores e outros benefícios para a saúde (Pate et al., 1995 citados por Tannahill, 2000). Segundo Constantino (1998) e Bento (1991), se pretendemos utilizar o desporto como meio de educação e promoção da saúde, temos que ter o distanciamento suficiente para admitir que nem toda e qualquer prática desportiva constitui em si mesma um factor de saúde. A utilidade de actividades mais moderadas realizadas no dia a dia (e.g. andar) geralmente é desconhecida para muitos indivíduos sedentários e pode, para muitas pessoas, ser mais atraente do que uma actividade mais estruturada e mais vigorosa (King e Martin, 1993). De facto é mais fácil para uma pessoa que é sedentária adoptar e manter modestas actividades de estilos de vida, como o andar, do que participar em programas estruturados de exercício aeróbico vigoroso (Shephard, 1997). Com efeito o andar, que é uma actividade física mas não um desporto, representa hoje em dia, um dos mais valiosos meios de actividade física utilizados no âmbito do tempo livre/lazer (Mota, 1997).

Apesar do que aqui foi dito, é necessário ter em atenção que "a componente principal de uma vida activa, andar depressa, parece aumentar a saúde nos idosos, sedentários e obesos, mas é pouco provável de ser efectiva em jovens adultos que têm boa saúde" (Shephard, 1997, p.277).

Tendo em conta a investigação levada a cabo por Sallis, Haskell, Fortmann, Vranizanm Taylor e Solomon (1986), os indivíduos que adoptam um estilo de vida com exercício vigoroso apresentam as seguintes características:

1 - Confiança de que podem ter sucesso num programa de exercício vigoroso (auto-eficácia no exercício (exercise self-efficacy));

2 - Conhecimento dos constituintes de um estilo de vida saudável;

3 - Conhecimento da importância e valor do exercício regular;

4 - Percepção de que eles apreciam um nível elevado de auto-controlo (self-control);

5 - Boas atitudes sobre os valores e importância de exercício regular;

6 - Condição inicial de não ser obeso nem ter excesso de peso.

A importância da auto-eficácia como determinante no comportamento do exercício está já documentado (Rudolph & McAuley, 1996). Indivíduos com grande eficácia experimentam uma menor percepção de esforço durante o exercício, e referem um efeito positivo associado ao exercício vigoroso (Cox, 1998).

Segundo Bandura (1977 citado por Cox, 1998), quando os indivíduos realizam uma tarefa que eles percepcionam como difícil, eles experimentam um aumento da auto-eficácia (self-efficacy). O exercício é percepcionado pelos que não praticam exercício como uma tarefa difícil. Quando um não praticante tem sucesso na prática de exercício regular, experimenta uma sensação de realização (accomplisment) e auto-eficácia (self-efficacy) (Cox, 1998). Neste sentido, King e Martin (1993) afirmam que muitas vezes o sentimento de sucesso e de realização que acompanha a realização de uma actividade regularmente é o que dá forma às nossas crenças e atitudes relativamente à continuação de uma actividade em vez de a abandonar. Este facto ajuda

a explicar porque tantos indivíduos, apesar do conhecimento referente à actividade física, não são regularmente activos.

Bento (1991) refere que, se a saúde tem significado para todas as pessoa e se o desporto pode e deve contribuir positivamente para a saúde então a prática desportiva deve ser organizada de modo a torná-la acessível a todos.

A promoção da prática desportiva e de programas de condição física, como meio de incremento da saúde e de prevenção da doença, vem sendo objecto nos últimos anos de um grande estímulo da parte dos Governos de muitos países. A razão de tal interesse governamental reside no facto de os gastos com a saúde ou, se se preferir, com as doenças terem registado um aumento em espiral, aparentemente sem controlo (Bento, 1991). Willis e Campbell (1992) são da opinião que um programa que dá enfâse a actividades agradáveis e que se obtém sucesso é mais provável de manter as pessoas a participar de forma continuada. Para manter o interesse, Massie e Shephard (1971 citados por Willis e Campbell, 1992) recomendaram que fosse dada mais atenção ao divertimento pois observaram que, provavelmente, deu-se muito enfâse aos benefícios do exercício na saúde.

> "Num momento em que os custos com a saúde atingem indicadores preocupantes e que a gestão do sector exige medidas de grande racionalização, se é politicamente correcto, encontrar soluções de redução de despesas com a saúde, tal objectivo só pode ser humanamente aceitável se a menores gastos corresponder mais saúde das populações, o que supõe investir significativamente no domínio da prevenção" (Constantino, 1998 p.22).

Este investimento pode ter em conta a constatação de que iniciar um programa de actividade física reduz o risco de morrer em 51% no homem activo quando comparado

com aqueles que permanecem sedentários (Blair, 1996). Ao mesmo tempo estamos absolutamente convencidos que transformações radicais na participação do indivíduo em actividade física só pode ocorrer com a disponibilidade de informação e apoio educativo relativos à adopção de um estilo de vida saudável (Lubysheva, 1996). De acordo com ACSM (1990), o importante é desenvolver um programa que forneça ao indivíduo a quantidade suficiente de actividade física para obter o máximo benefício com um risco baixo. Deve ser colocado ênfase em factores que resultem na alteração permanente do estilo de vida e encorajem a actividade física ao longo da vida. Para que a prática desportiva seja referenciada à saúde é necessário que a mesma seja intencionalmente estruturada, planificada, conduzida e controlada (Bento, 1991).

Vários programas que visam a promoção da saúde têm sido desenvolvidos, sendo a actividade física um dos meios que se encontram à disposição para mais facilmente se dar essa promoção.

Na Europa, a importância que foi reconhecida à actividade física como forma de promoção da saúde deu origem ao aparecimento do movimento "desporto para todos". Em 1966, "desporto para todos" foi adoptado como o principal objectivo a longo prazo para os programas de desporto do *Council of Europe*, uma organização formada para criar unidade entre os países membros, para facilitar o progresso social e económico e para promover a cultura Europeia (Council of Europe, 1976 citado por Wankel, 1988). Este movimento recebeu um ímpeto internacional maior em 1975 quando a UNESCO começou a encorajar o desporto para todos (Wankel, 1988).

A importância dada à actividade física na promoção da saúde também se verificou nos Estados Unidos com o programa "Pessoa Saudável 2000" (Healthy People 2000). Segundo Seiger (1998, p.9), este programa, elaborado em 1990, tem três objectivos gerais: (1) aumentar o tempo de vida saudável, (2) reduzir as disparidades de

saúde nos Americanos, e (3) tornar os serviços preventivos acessíveis a todos os Americanos. O programa dava alguma atenção à actividade física apresentando dois pontos (12 e 13) onde a mesma vem mencionada. O ponto 12 dos objectivos diz que se pretende para o ano 2000 "aumentar para pelo menos 30% a proporção de pessoas com 6 ou mais anos de idade que aderem regularmente, preferencialmente todos os dias, em actividade física ligeira a moderada por pelo menos 30 minutos diários". O ponto 13 assinala como objectivo "aumentar para pelo menos 20% a proporção de pessoas com 18 ou mais anos de idade que aderem em actividade física vigorosa que promove o desenvolvimento da condição física cardio-vascular". Relativamente a este programa, Kaplan et al. (1993) afirma a sua importância pelas linhas orientadoras que ele apresenta para o novo século. Inclui não só uma redução nas mortes que podem ser prevenidas e nas doenças mas, também, um novo conceito: qualidade de vida. Os objectivos para o ano 2000 não nos orientam só para viver mais tempo, agora direccionam-nos para viver melhor.

Em 1990, a American Colege of Sport Medicine (ACSM, 1990) indicava as seguintes recomendações para a quantidade e qualidade de treino para desenvolver e manter a condição física cardiorespiratória, composição corporal, força muscular e resistência em adultos saudáveis:

1. Frequência de treino: 3-5 dias por semana;
2. Intensidade do treino: 60-90% da frequência cardíaca máxima ou 50-85% do consumo máximo de oxigénio;
3. Duração do treino: 20-60 minutos de actividade aeróbica contínua;
4. Tipo de actividade: qualquer tipo de actividade que utilize grandes grupos musculares, que possa ser mantida continuamente, e que na sua natureza é aeróbica e rítmica.

De acordo com Hardman (1999), apesar de evidências epidemiologicas mostrarem claramente que realizar actividade suficiente para melhorar a condição física, incluindo desporto vigoroso, está associada com baixo risco de mortalidade e morbilidade, elas também mostram que actividade que tem pouca probabilidade de melhorar a condição física também pode ser eficaz.

Foi assinalado que a quantidade e qualidade de exercício necessário para alcançar benefícios relacionados com a saúde pode ser diferente do que é recomendado para benefícios na condição física (ACSM, 1990). Segundo Pereira (1998), bem mais importante do que possuir elevados índices de parâmetros funcionais tradicionalmente conotados com condição física, como por exemplo o VO2 max., é a possibilidade do indivíduo se manter activo. Considerando que exercícios de baixa intensidade como andar ou jardinagem não vão produzir grandes aumentos na capacidade de exercício, se forem realizado por períodos maiores e mais frequentemente, parecem fornecer muitos dos benefícios físicos para a saúde derivados de um exercício mais vigoroso (por exemplo: facilita o controlo de peso, retenção mineral nos ossos e tolerância à glucose) (Haskell, 1987). Por esta razão as mensagens actuais promovem o exercício moderado, para que todos melhorem o seu bem-estar geral (físico e psicológico) (Ogden, 1999). Um dos mais importantes avanços nos últimos anos tem a ver com a compreensão que não é sempre essencial exercitar a altas intensidades para obter benefícios do ponto de vista da saúde e da condição física (Bouchard, 1994; Blair et al., 1994a). Além disto, a manutenção de actividade física moderada pode ser mais provável de ocorrer do que a manutenção de actividade física mais vigorosa (Blair et al., 1994b), o que se torna bastante importante para que se possam obter os benefícios que são atribuídos à adopção de um estilo de vida activo.

Evidências recentes mostram benefícios de saúde através de actividade física moderada nos tempos livres e sugere que há um continuum de protecção (MacAuley et al., 1998), esta constatação levou a novas recomendações onde se assinala o valor da quantidade e intensidade moderada da actividade física. O American College of Sport Medicine (1993, citado por MacAuley et al., 1998 p.508) indica que "...todo o adulto deve acumular 30 minutos ou mais de actividade física de moderada intensidade ao longo da maior parte dos dias da semana". Neste sentido, Seiger (1998) refere que as últimas investigações focam-se menos no tipo de actividade ou na duração da mesma desde que cumpra os 30 minutos na maior parte dos dias da semana e se possível em todos eles. A ideia que períodos esporádicos de actividade serão um estimulo adequado para benefícios de saúde vem de estudos que sistematicamente compararam o efeito de pequenos períodos de actividade distribuídos durante o dia com períodos maiores (Hardman, 1999). Este tipo de actividade vai fornecer significantes benefícios para a saúde (Haskell, 1994).

Na opinião de Hardman (1999), a grande fraqueza destas evidencias é a inexistência de dados que descrevam a duração típica das sessões de actividade de moderada intensidade que podem realizar-se de forma intermitente de modo a determinar a sua contribuição no total de energia gasta durante o exercício. No entanto, é de referir que, de acordo com investigações recentes mesmo um só período de exercício de cinco minutos pode ser suficiente para induzir efeitos ansilóticos (Landers et al., 1994). É importante referir que, de acordo com Brownell e Stunkard's (1980 citados por Sallis, Haskell, Fortmann, vranizan, Taylor e Solomon, 1986), a manutenção na prática de actividades moderadas ou rotineiras será maior do que a manutenção de actividades mais vigorosas.

Kaplan (1993) refere que muitas pessoas se sentem intimidadas com a ideia de terem de correr ao praticar ginástica aeróbica, mas irem andar não tem nada de intimidativo. Neste sentido, a ACSM (1995) afirma que a maioria dos adultos fisicamente activos não estão envolvidos em programas de actividade física estruturada e forma, e também não necessitam de estar. Por esta razão a recomendação de realizar actividade de intensidade moderada apresenta-se como uma boa noticia para muitas pessoas e encoraja-as a fazerem algo para melhorar a sua saúde (Kaplan, 1993). De acordo com esta afirmação, Dishman (1994) é da opinião que, para se obterem resultados de saúde não é necessário muito tempo e esforço, em contrapartida para obter resultados de exercício, valorizados por muitas pessoas, como a perda de peso ou a manutenção ou melhoria da imagem corporal, pode requerer mais tempo e esforço do que o que está implicado num estilo de vida activo.

O desporto representa assim, um dos princípais meios colocados à disposição dos cidadãos para a melhoria da sua qualidade de vida (U.S. Department of Health and Human Services, 1996 citado por Graça e Almeida, 1998).

Para Sallis e Owen (1998), a saúde relacionada com a qualidade de vida é fortemente influenciada pela habilidade individual de completar actividades do dia a dia. Pessoas saudáveis têm níveis elevados de funcionalidade mas, pessoas doentes podem ter muitas dificuldades em realizar a sua higiene pessoal ou deslocarem-se.

> É inquestionável que a associação de desporto à corporalidade e à saúde adquire reforço e acentuação com a criação da ciência moderna e, sobretudo, com a vinda da revolução industrial. Uma e outra repuseram a problemática da corporalidade em novos moldes. Assim, por exemplo, a *Ginástica de Ling* e os outros sistemas de exercitação, que lhe sucederam, devem o seu aparecimento ao facto de

> o corpo e os problemas da saúde terem adquirido novos contornos e preocupações. E o mesmo se pode dizer em relação à relevância que as práticas desportivo-corporais, enquanto elementos de uma estratégia de saúde, alcançam nos nossos dias (Bento, 1998, p.114).

A comunidade cientifica tem se tornado mais conhecedora dos múltiplos benefícios para a saúde positiva derivados da participação em actividade física (McAuley, 1994). De acordo com o Dr. Keneth Cooper (1968), "a maior parte do mundo médico, de modo mais notório ao longo da última década, acabou por reconhecer o valor do exercício não apenas na manutenção da saúde do corpo mas como terapia para os corpos enfermos". Desta forma podemos referir o desporto, não só como meio de manutenção da saúde, mas também como uma forma de minimizar os efeitos de algumas patologias que o indivíduo possa padecer. Evidências cientificas suportam as afirmações de que a actividade física regular é um dos alicerces da boa saúde, capacidade funcional e do bem-estar (Council of Europe, 1995).

Na opinião de Seiger (1998, p.11), existem duas razões para lutar por um nível de saúde mais elevado. Uma é que quanto mais cedo se adoptar um comportamento de saúde mais fácil é mante-lo ao longo da vida. A segunda é que quanto mais tempo a pessoa se mantiver afastada de um estilo de vida saudável, maior é o risco de doenças graves.

2.4 - Benefícios da Actividade Física

Nas últimas décadas presenciámos a explosão no interesse do público Americano e dos profissionais da saúde na actividade física como um meio para

alcançar uma variedade de objectivos em áreas relacionadas com a saúde, funcionalismo e qualidade de vida (King e Martin, 1993).

No passado, os médicos geralmente aconselhavam os pacientes com doenças crónicas a descansar e evitar esforços físicos. Estas recomendações eram empíricas: como grande parte das doenças crónicas estão associadas com mudanças funcionais resultando em fraca performance física, o exercício neste grupo de pacientes pode gerar fadiga, falta de ar e taquicardia. Por está razão evitar actividade física resulta numa diminuição do desconforto (Dimeo, 2000). Ainda de acordo com Dimeo (2000, p.160), nos últimos anos as evidências cientificas mudaram dramaticamente as nossas ideias relativas ao exercício para pacientes com doenças crónicas. Agora, é um facto bem estabelecido que excessivo descanso e falta de actividade física pode resultar em falta de condição física severa e por isso reduz o nível funcional e a qualidade de vida do doente crónico.

Apesar do reconhecimento universal do efeito positivo do exercício físico na qualidade de vida, só recentemente a investigação científica sugeriu que uma existência fisicamente activa (prática regular e sistemática de exercício físico) também podia aumentar a esperança de vida (Borms, 1990).

Se o exercício apropriado é realizado à intensidade, duração e frequência apropriadas os indivíduos sedentários de todas as idades podem alcançar melhorias importantes na capacidade física, incluindo resistência, força e flexibilidade (Wilmore, 1982). Estes aumentos na condição física são muitas vezes associados com a melhoria do nível de saúde ou prevenção de doenças, mas deve ser reconhecido que mesmo pacientes com doenças significativas , como as doenças coronárias, diabetes, hipertensão ou doenças pulmonares crónicas, podem aumentar significativamente a sua condição física através do exercício no entanto não serem saudáveis pela definição

usualmente utilizada. Isto não quer dizer que eles podem não ser mais saudáveis quando são activos, mas somente que serem saudáveis e terem uma boa condição física não são sinónimos e que uma característica pode mudar sem necessariamente influenciar a outra (Haskell, 1984).

> É de salientar que não há uma identidade absoluta entre a actividade física requerida para influenciar a condição física e a actividade necessária para a melhoria do estado de saúde. Pelo contrário, podem existir exercícios influenciadores do estado de saúde sem produzir nenhum efeito visível de treino que possa ser traduzido como aumento de um determinado parâmetro funcional (Mota, 1991 p.308).

Existe actualmente um extensivo e cientifico corpo de evidências que a actividade física tem significantes benefícios para a saúde, particularmente na prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de cancro (Sallis e Owen, 1998). Ainda segundo Borms (1990), os benefícios não incluem somente melhorias cardio-vasculares e diminuição de peso corporal, mas também a possibilidade de diminuição do risco de cancro e osteoporose.

A melhor forma de lidar com doenças crónicas - como o cancro, diabetes, artrite e doenças do coração - é prevenir que elas se venham a desenvolver (Kaplan et al., 1993). A acção preventiva do exercício é mais eficaz que a sua componente curativa. Um estilo de vida saudável tem indiscutível acção preventiva sobre um conjunto de doenças cardiovasculares e metabólicas, mas se ele for instituído apenas após o aparecimento de alguma(s) destas doenças, como seja, a obesidade, a diabetes, a hipertensão arterial, a doença coronária, etc., por muito exercício que se venha a praticar, apesar das correcções alimentares que se venham a operar e mesmo que se

deixe de fumar, tudo isto só por si, poderá já não vir a ser suficiente para promover o regresso da doença à normalidade (Barata, 1997).

O exercício habitual tornou-se de interesse para a saúde pública porque parece prevenir ou pelo menos retardar o desenvolvimento de várias doenças ou condições de importância para a saúde pública (Powell, 1988).

Powell (1988) afirma ainda que, os benefícios da actividade habitual podem manifestar-se em termos de prevenção primária (ex. redução da incidência de doenças coronárias [CHD]) ou por via do uso do exercício como tratamento para doenças já existentes (ex. redução da pressão sanguínea, manutenção da funcionalidade de pessoas com artrite reumatóide ou doença pulmonar crónica). Também se tem afirmado que o exercício habitual fornece vários benefícios psicológicos como a melhoria da confiança, sensação de bem-estar, satisfação sexual, redução da ansiedade, função intelectual e outros (Taylor, Sallis & Needle, 1985).

Segundo Barata (1997), o exercício é um componente fundamental da terapêutica ou reabilitação de muitas doenças que dele beneficiam, mas ele é ainda muito mais importante na prevenção dessas mesmas doenças. Esses efeitos benéficos podem ser alcançados por todos, homens e mulheres, crianças, jovens ou idosos, pessoas eventualmente atingidas por doenças crónicas ou deficientes (Constantino, 1998).

Na opinião de Sallis e Owen, (1998), a actividade física reduz todas as causas de mortalidade por decrescer o risco de doenças cardiovasculares, que são a causa mais comum de morte no mundo, particularmente nas nações industrializadas. Segundo Shephard (1997), um elevado número de estudos indicam benefícios para a saúde através da adopção de "andar depressa". Neste sentido, Sallis et al. (1993) são da

opinião que se pode obter muitos dos efeitos protectores da actividade física só por andar, mas pode-se obter protecção extra por fazer exercício vigoroso como correr.

Os maiores benefícios para a saúde de um aumento da actividade parece ocorrer quando pessoas muito sedentárias iniciam um programa regular de intensidade moderada e com actividades do tipo aeróbico (endurance) (Haskell, 1994 e Haskell, 1994b). O Council of Europe (1995) refere que evidências cientificas indicam que os menos activos ganham mais ao praticarem exercício regularmente. Ainda de acordo com Haskell (1994b), aumentos na intensidade ou quantidade de exercício produz maiores benefícios em algumas respostas biológicas.

É importante que os praticantes percebam que os benefícios para a saúde obtidos através de um estilo de vida activo podem ser mais efectivamente alcançados se eles se tornarem mais activos de várias formas, tanto dentro como fora de um programa formal (King e Martin, 1993). As pessoas que são mais fisicamente activas ao longo da vida geralmente beneficiam de um nível de saúde mais alto e capacidade funcional comparativamente com as pessoas sedentárias (Haskell, 1994b).

Documentação sobre os benefícios fisiológicos do exercício regular levaram à inclusão, por parte da Associação Americana do Coração (American Heart Association), da "falta de exercício" como o quarto factor de risco para doenças do coração que podem ser modificadas ou controladas pelo indivíduo. Os outros três factores de risco são o fumar, pressão sanguínea elevada e colesterol elevado (cox, 1998).

Haskell (1984) disse que de todas as afirmações relativas aos benefícios do exercício para a saúde aqueles que apresentavam mais provas científicas incluíam a manutenção do peso corporal ou composição corporal, a prevenção de doenças do coração e a normalização do metabolismo lipídico e de carboidratos.

De acordo com uma investigação realizada pelo Dr. Steven N. Blair e colaboradores citado por Paffenbarger et al. (1994), os níveis de mortalidade são menores nos homens com melhor condição física (most fit) e maiores nos homens que têm uma condição física menor. Segundo Blair (1994a), com apropriados programas de exercício pode-se esperar melhorias não só na condição física, mas também nos níveis sanguíneos de lípidos, pressão sanguínea, composição corporal, densidade óssea, sensibilidade à insulina e tolerância à glucose. Parece razoável concluir que a melhoria nestas variáveis clinicas levará à diminuição dos níveis de morbilidade e mortalidade. A saúde é muito mais influenciada pela pessoa e os seus comportamentos do que pelo que o médico lhe faz (McKinlay, McKinlay & Beaglehole, 1989 citados por Kaplan et al.).

Como foi afirmado pelo Presidente do *Council on Physical Fitness & Sports* (Staff, 1992 p.5 citado por Cox, 1998 p.336) "se o exercício pudesse ser colocado num comprimido seria o medicamento mais receitado e com melhores benefícios da nação".

Actualmente, o universo de pessoas que atribui importância à prática desportiva é maior do que aqueles que efectivamente a exercem (Constantino, 1998; Duarte, 1991). Neste domínio, o grande desafio para o sistema desportivo reside, não tanto na adopção de estratégias de informação ou esclarecimento, necessariamente úteis, mas em projectos de acção e de organização das práticas desportivas, que suscitem comportamentos e atitudes que levem as pessoas a estabelecer com o desporto uma relação prática e saudável (Constantino, 1998).

Segundo Steinhardt e Dishman (1989 citados por Jackson et al., 1999 p.325) os benefícios percebidos da actividade física são:

1 – Manter-se em forma;

2 – Sentir-se bem de uma forma geral;

3 – Boa saúde;

4 – Manter peso corporal;

5 – Melhorar a aparência;

6 – Melhorar a auto-imagem e a confiança;

7 – Efeito psicológico positivo;

8 – Reduzir o stress e relaxar;

9 – Divertimento;

10 – Ajuda a ultrapassar as pressões da vida;

11 – Perder peso;

12 – Companhia (socialização).

2.4.1 - Benefícios Físicos

O hábito de praticar actividade física regular está associado com vários benefícios para a saúde, particularmente em relação à prevenção de doenças cardiovasculares (Owen e Vita, 1997).

Neste sentido, a falta de forma cardiovascular originada pelo sedentarismo tem a mesma importância que o colesterol elevado, o aumento da glucose no sangue ou os antecedentes familiares, para produzir um acidente cardiovascular (Becerro, 2000).

É importante realçar que o exercício apresenta-se, assim, como uma ajuda para tornar reversível a doença já declarada e ajuda a controlar os factores de risco que contribuem para a doença cardíaca (pressão sanguínea alta, níveis elevados de colesterol, obesidade). O exercício também faz baixar os triglicerídeos e aumentar as lipoproteínas de alta densidade (HDL) - as gorduras "boas" (Elrick et al., 1996).

A actividade física não ajuda só na prevenção de doenças cardiovasculares (Kaplan et al., 1993; McAuley et al., 1998), mas existem evidências que a actividade física ajuda na reabilitação de ataques cardíacos, previne segundos ataques e tem efeitos benéficos em vários factores fisiológicos de risco (Kaplan et al., 1993). Em conformidade com esta afirmação Elrick at al. (1996) e Seiger (1998, p.24) assinalam que, o exercício previne os ataques cardíacos e ajuda a restabelecer as funções depois de um ataque.

O risco de doença coronária é reduzido nas pessoas que praticam actividades físicas intensas, quando comparadas às pessoas sedentárias, na presença ou na ausência de outros factores de risco, tais como a idade, tabagismo, hipertensão, obesidade, hereditariedade (Piéron, 1998).

Numa declaração (consensus statement) da World Hypertension League, o treino de resistência, ao contrário do treino de força, foi recomendado como uma das medidas não farmacológicas nos doentes com hipertensão ligeira, ou como um auxiliar ao tratamento farmacológico para doentes com hipertensão mais severa (WHL, 1991 citada por Hoof et al., 1996). Em conformidade com esta declaração Hoof et al. (1996) desenvolveram um estudo sobre os efeitos do treino da força na pressão sanguínea, não tendo observado efeitos na frequência cardíaca ou na pressão sanguínea.

De acordo com Christopher Cooper (2000), as pessoas com hipertensão que mantêm a sua condição física vivem mais tempo. O exercício aeróbico pode ainda prevenir o desenvolvimento de hipertensão, apesar do mecanismo deste efeito protector não ser conhecido. O mesmo autor, refere que as pessoas com hipertensão devem ser encorajadas a praticar exercício, assim como os indivíduos que aparentemente são saudáveis.

De acordo com Siscovick, Laporte & Newman (1985):

1. A actividade física intensa e regular encontra-se associada a uma redução do risco global de doença coronária e de morte súbita;
2. O efeito da actividade física intensa sobre as doenças coronárias é independente dos seus efeitos sobre outros factores de risco, tais como a hipertensão, o tabagismo e a obesidade;
3. Existem três elementos que indicam interacções provavelmente importantes entre a actividade física intensa e regular e outros factores de risco, nomeadamente a hipertensão e a obesidade;
4. Ainda que exista um aumento passageiro do risco de morte por paragem cardíaca brusca durante a prática de actividades físicas, esta, quando praticada regularmente, está associada a uma redução do risco global de doenças coronárias e de morte súbita.

Uma descoberta revolucionária refere que, homens com boa condição física têm os mesmos riscos de morte independentemente do seu nível de peso. Isto quer dizer que homens com excesso de peso e com boa condição física vivem tanto quanto os homens magros com boa condição física. Estes resultados indicam que as pessoas com excesso de peso podem beneficiar bastante ao serem activas e aumentarem a sua condição física, mesmo que não percam peso (Sallis e Owen, 1998).

A actividade física pode estar inversamente relacionada com o desenvolvimento da osteoporose e o risco de fractura (Powell, 1988). A actividade física pode ter um efeito aditivo benéfico independentemente da sua acção osteogénica, a melhoria da coordenação, o equilíbrio e a força muscular, contribuindo tudo para a diminuição das quedas e das fracturas que estas produzem (Becerro, 2000).

Segundo Sallis e Owen (1998), os idosos são mais propícios a experimentar os efeitos de décadas de sedentarismo. Acredita-se que longos períodos sem usar os músculos pode levar à incapacidade de realizar aquilo a que se chama as "actividade do dia a dia". Esta incapacidade pensava-se ser uma parte normal do envelhecimento, mas investigações recentes confirmam que esta perda de função é um resultado da inactividade. Mais importante é que o exercício pode melhorar a habilidade dos idosos para realizarem as actividade do dia a dia (Green & Crouse, 1995 citados por Sallis e Owen, 1998).

Através do quadro nº2 podemos ver alguns dos principais efeitos para a saúde e para a performance que resultam da prática de uma actividade física frequente.

Quadro nº 2 - Principais efeitos para a saúde e performance resultantes da actividade física frequente (adaptado de Haskell, 1994b p.18).

Principais Efeitos para a Saúde e Performance Resultantes da Actividade Física
Musculo Esquelético Hipertrofia Aumenta a capilarização e fluxo sanguíneo máximo Aumenta a disponibilidade de substrato e capacidade metabólica Aumenta a força e a resistência
Cardiovascular Diminui a frequência cardíaca e pressão sanguínea em repouso e em exercício submáximo Aumenta a massa cardíaca Possível aumento da vascularização cardíaca Diminui as resistências vasculares periféricas
Metabólico Melhora o perfile liproproteico (diminui os triglicerideos e aumenta o colesterol de alta densidade) Diminui a adiposidade Possível aumento do metabolismo em repouso Reduz as necessidades de insulina e melhora a tolerância à glucose
Respiratório Aumenta a eficácia ventilação-difusão durante o exercício Possível diminuição do trabalho respiratório
Neuro endocrino Possível decréscimo da actividade dos beta receptores
Esqueleto Aumenta a densidade mineral óssea nos jovens Possível retenção da densidade mineral óssea em adultos velhos

2.4.2 - Benefícios Psicológicos

> "Muitas evidências históricas e empíricas sugerem que a exercitação física está associada com melhor estado de espirito. Os antigos gregos escreveram desta relação, *mens sana in corpore sano* - que traduzido diz 'mente sã em corpo são'. Ao longo deste século, como a mecanização eliminou as inerentes exigências físicas dos ambientes ocupacionais e de casa, os níveis médios da condição física da população diminuíram dramaticamente" (Sime, 1984 p.488).

Tem sido sugerido que, o exercício pode contribuir para aumentar o funcionamento psicológico através de vários caminhos, incluindo (a) aumento da auto-eficácia resultante da habilidade de realizar actividades físicas, (b) libertação de substancias naturais no cérebro, e (c) apoio social inerente aos locais de exercício contribuindo para o bem-estar psicológico (de Coverley Veale, 1987 citado por Emery, 1998).

Apesar dos benefícios psicológicos do exercício serem largamente reconhecidos entre os praticantes, as várias formas nas quais os benefícios são descritos torna-os difíceis de caracterizar (Willis e Campbell, 1992).

> "Um número cada vez maior de pessoas tem vindo a recorrer à prática de exercício e da actividade física como forma de procurar o seu bem-estar psicológico, em face das novas exigências e pressões colocadas pela sociedade moderna, caracterizada por novas tecnologias e por novas formas de pressão e stress. Ao mesmo tempo, actualmente, em todo o mundo, várias dezenas de milhões de pessoas sofrem de depressão e de desordens sérias de ansiedade e stress. Não

admira por isso que a prática regular de actividade física e de desporto de lazer tenha crescido em popularidade ao longo dos últimos anos" (Cruz et al., 1996 p.91).

A possibilidade de que a actividade física pode melhorar a saúde psicológica da população e prevenir a doença mental tem consideráveis implicações na saúde pública. Se a ligação for confirmada, o impacto potencial é grande porque tanto as desordens psicológicas como o estilo de vida sedentário são muito comuns (Sallis e Owen, 1998).

Mais importante, e mais explicito, a crescente população de praticantes regulares de exercício continuam a referir experiências cognitivas positivas durante e após o exercício, incluindo: sentir-se bem, sentir-se muito relaxados, elevação, libertação da consciência (detached consciousness), melhorar a qualidade de vida, euforia e sentimento de realização, valorização e bem-estar (Sime, 1984).

O impacto do exercício físico nas variáveis psicológicas tem sido referido repetidamente pelos mais diversos autores (para mais detalhes ver ISSP, 1992; Willis & Campbel, 1992 e Cruz, 1996). No quadro nº3 apresentam-se alguns dos efeitos referidos na literatura como potenciais benefícios psicológicos da actividade física.

Os benefícios psicológicos do exercício são largamente aceites. O exercício é a principal influência na qualidade e talvez pela amplitude da vida do indivíduo (Paffenbarger, Hyde, Wing &Hsieh, 1986; Sharkey, 1984 citados por Berger e Owen, 1988).

No *consensus* do *National Institute of Mental Health* foram listadas oito apresentações que apoiam os benefícios positivos do exercício físico como tratamento para o stress, depressão, ansiedade e outras manifestações de disfunção psicológica (Cox, 1998).

Quadro nº3 - Benefícios psicológicos do exercício em populações clínicas e não clínicas (Adaptado de Taylor, Sallis & Needle, 1985)

AUMENTA	*DIMINUI*
Rendimento académico	Absentismo no trabalho
Assertividade	Abuso de álcool
Confiança	Ira/Irritação
Estabilidade emocional	Ansiedade
Funcionamento intelectual	Confusão
Locus de controlo interno	Depressão
Memória	Dores de cabeça
Percepção	Hostilidade
Imagem corporal positiva	Fobias
Auto-controlo	Comportamento psicótico
Satisfação sexual	Tensão
Bem-estar	Comportamento do tipo-A
Eficiência no trabalho	Erros no trabalho

O exercício físico também foi relacionado com muitos benefícios psicológicos em indivíduos que não sofrem de doenças mentais (Paffenbarger, 1994; Pate et al., 1995 citados por Cox, 1998). A forte relação entre exercício regular e saúde mental positiva levou à adopção de uma declaração (statement) positiva pela Sociedade Internacional de Psicologia do Desporto (International Society of Sport Psychology - ISSP, 1992 p.201) e pelo Instituto Americano de Saúde Mental (Morgan e Goldston, 1987; ISSP, 1992 p.201; Morgan et al., 1990 p.68). Foram apresentadas seis declarações:

1 - O exercício pode estar associado com a redução do estado de ansiedade;

2 - O exercício pode estar associado com o decréscimo do nível de depressão ligeira e ou

moderada;

3 - Exercício prolongado está, geralmente, associado com a redução de neuróticismo e ansiedade;

4 - O exercício pode ser um bom coadjuvante para o tratamento profissional de depressão severa;

5 - O exercício pode resultar na redução de vários índices de stress;

6 - O exercício pode ter vários efeitos emocionais benéficos, em todas as idades e em ambos os

sexos;

Numerosas investigações têm mostrado uma associação positiva entre exercício físico vigoroso e melhoria do humor (psychological mood) (Biddle, 1995; LaFontaine, DiLorenzo, Frensche, Stucky-Ropp, Bargman & McDonald, 1992; Leith & Taylor, 1990; Long & Van Starvel, 1995; Petruzzelo, Landers, Hatfield, Kubitz & Salazar, 1991 citados por Cox, 1998; North et al., 1990).

Uma das alterações de humor, ligados à prática de desporto, mais vezes referida é o conhecido fenómeno de "runners high", ou seja a alteração aguda do estado de humor ocasionalmente experimentado por corredores de longa distância, ou outros atletas que se dedicam a actividades físicas de longa duração. Esta experiência tem sido descrita como uma experiência de pico, ou estado alterado de consciência e é caracterizada por: (1) uma desorientação de tempo e espaço; (2) a experiência é completamente absorvente; (3) é descrita como transcendente; (4) é acompanhada de sentimentos de felicidade, ausência de tensão, ansiedade, etc.; e, (5) enquanto nesta experiência as pessoas sentem-se no pico da sua forma e não sentem que estão a dispender esforço (Cruz et al., 1996).

De acordo com LaFontaine et al. (1990 citado por Cox, 1998), conclusões da investigação fornecem forte apoio para a suposição de que existe uma relação forte e consistente entre exercício e redução de efeito negativo. Os benefícios psicológicos de um programa de exercício consistente e bem estruturado são tão impressionantes como

os benefícios fisiológicos. A percepção de benefícios psicológicos pode ocorrer na ausência de mudanças claramente identificáveis nos parametros fisiológicos, bem como é possível estabelecer mudanças fisiológicas na ausência de qualquer benefício psicológico percebido (Rejeski, 1994).

No entanto, doenças mentais encontra-se em todas as populações. Elas causam muito sofrimento humano, consomem elevados recursos de cuidados médicos, e criam encargos económicos para os indivíduos e para a sociedade (Sallis e Owen, 1998).

Por outro lado, North et al. (1990) descobriram que pessoas em tratamento médico ou psicológico ganham muito mais com o exercício do que as pessoas que aparentemente são saudáveis, levando a acreditar na ideia de que variáveis disposicionais moderam os ganhos relacionados com o exercício. Em conformidade com estes resultados, Blumenthal, Emery, e Rejeski (1988 citados por Gauvin, 1996) observaram que pacientes em reabilitação cardíaca com depressão experimentaram diminuição na depressão depois do exercício, enquanto pacientes sem depressão não obetiveram essa mudança.

Vários estudos evidenciaram que o exercício acarreta fortalecimento psicológico e bem-estar, quer a curto, quer a longo prazo (Morgan e Goldston, 1987).

Num estudo desenvolvido por Amiel (1972 citado por Esteves, 1992 p.86) sobre as doenças dos professores concluiu-se que, nesta amostra de 1294 professores, os diagnósticos mais frequentes foram: estados neuróticos (27%), estados depressivos (26,2%) e personalidades e caracteres patológicos (17,6).

De acordo com Esteves (1992) as principais consequências do mal-estar dos profesores são, entre outras, a ansiedade ou ansiedade de expectativa, stress, ansiedade como estado permanente, neuroses reactivas e depressão. Ainda segundo o mesmo autor

(Esteves, 1992) os diagnósticos das doenças mais frequêntes nos professores são os entorses do tornozelo, as laringites e as depressões.

2.4.2.1 - Depressão

A depressão é caracterizada por um sentimento de desespero, tristeza, sem esperança, baixa auto-estima e pessimismo muitas vezes associada a uma perda significante (Klerman, 1979 citado por Sime, 1984). Stilwell (2000) afirma que, são milhões as mulheres que vivem uma depressão, sendo esta duas vezes superior na mulher comparativamente com os hoemens. Tantas que a Organização Mundial de Saúde revelou que esta é a doença mais comum entre as mulheres – mesmo antes do cancro da mama e das doenças cardíacas. Apresentando-se os antidepressivos como o segundo medicamento mais vendido no mundo (o primeiro são os remédios para o coração).

Numa meta-análise realiza por North et al, (1990), onde se analisaram 80 estudos sobre o efeito do exercício na depressão, verificaram-se os seguintes resultados:

1 - Exercício crónico e agudo reduz efectivamente a depressão;

2 - A maior redução na depressão ocorre com sujeitos que necessitam de cuidados psicológicos ;

3 - O exercício está associado à redução das características (trait) e do estado de depressão;

4 - O exercício efectivamente reduz a depressão em sujeitos mentalmente sãos, bem como naqueles que têm tratamento psiquiátrico;

5 - Todos os tipos de exercício (anaerobico e aerobico) são eficazes na redução da depressão;

6 - A duração do programa de exercício (em semanas) e o número de sessões (por semana) estão relacionadas com a amplitude da diminuição da depressão;

7 - O exercício é mais eficaz do que relaxação e actividades agradáveis na redução da depressão;

8 - Exercício combinado com psicoterapia é mais eficaz do que exercício isolada na redução da depressão.

De acordo com Scully et al. (1998), com base na literatura existente parece seguro aceitar que regimes de exercício físico terão um efeito positivo na depressão, notando-se efeitos mais poderosos em população clinica.

2.4.2.2 - Ansiedade

Segundo Sallis e Owen (1998), é comum as pessoas referirem ansiedade como "stress". Traços (mild) de ansiedade são comuns e expressam-se por preocupação, coração acelerado ou mãos frias. Como problemas de ansiedade severa (extreme) inclui-se a agorafobia (i.e. medo de espaços abertos) e ataques de pânico, podendo ambos quebrar vários aspectos da vida.

Stanton (1974, citado por Esteves, 1992) utilizando o Trait Anxiety Inventory encontrou entre as professoras uma taxa de ansiedade mais elevada do que entre os professores

O estado de ansiedade tem mostrado, mais convincentemente, uma diminuição como resposta ao exercício físico (Sime, 1984).

Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz e Salazar (1991 citados por Cox, 1998 p.342; Cruz et al., 1996) realizaram uma meta-análise em 104 estudos sobre a ansiedade e constataram que:

1 - A duração (bouts) do exercício deve ser superior a 20 minutos para efectivamente reduzir a ansiedade;

2 - Relaxação progressiva é tão eficaz na redução da ansiedade como o exercício;

3 - O exercício foi mais eficaz na redução de características (trait) de ansiedade do que a relaxação progressiva;

4 - Exercício anaeróbico não tem resultados na redução da ansiedade;

5 - A duração (bouts) crónica e aguda do exercício aeróbico efectivamente reduz o estado de ansiedade;

6 - Os programas de exercício devem ultrapassar as 10 semanas para poderem efectivamente reduzir as características de ansiedade.

Raglin e Wilson (1996) levaram a cabo uma investigação onde indica que ocorreram significantes e similares reduções no estado de ansiedade após exercício aeróbico a intensidades dentro dos intervalos prescritos para benefícios cardio-vasculares. Resultados deste estudo indicam que exercício de alta intensidade geralmente resulta na elevação do estado de ansiedade imediatamente após o exercício, mas após um pequeno período de tempo o estado de ansiedade usualmente desce a níveis inferiores aos encontrados antes do exercício.

2.4.2.3 - Stress

Numa meta-análise realizada por Long e Stavel (1995 citados por Cruz, 1996), foram incluídos 40 estudos onde se pretendeu analisar o exercício como método (tratamento) de controle do stress na população adulta. Esta revisão quantitativa evidenciou que o treino do exercício é um método eficaz de redução da ansiedade, nomeadamente para adultos que têm um estilo de vida "stressante" ou que experienciam

elevados níveis de stress. Esta meta-análise, para além de comprovar que o exercício gera reduções significativas no estado e no traço de ansiedade, permitiu evidenciar que os indivíduos que experienciam stress antes do início de um programa de exercício reduzem significativamente mais os seus níveis de ansiedade, comparativamente com outros. Uma implicação de ordem prática desta meta-análise tem assim a ver com "alguma confiança de que o exercício aeróbico será eficaz na redução do traço e do estado de ansiedade para adultos que têm estilos de vida stressantes" (long & Stavel, p.185 citados por Cruz et al., 1996 p.105).

No entanto, acontecimentos stressantes podem ter impacto nos comportamentos de saúde por perturbarem a habilidade individual de participar em comportamentos promotores de saúde ou aumentando a satisfação em comportamentos negativamente relacionados com a saúde (Stetson et al., 1997).

Foram realizados vários estudos que referem que a mulher tem uma maior prevalência de doença mental que o homem, particularmente do foro afectivo (Barnett, 1987; Noor, 1995; Salgado, 1978 citados por Fonseca, 1998). A mulher é, mais frequentemente, tratada com tranquilizantes e antidepressivos e, provavelmente, sofre de queixas que são em regra vistas como psicossomáticas (Ashurst, 1989 citado por Fonseca, 1998). Fonseca (1989) salienta que uma explicação para a grande incidência de doença mental na mulher baseia-se nas diferenças entre o homem e esta e, ainda, nos seus papeis sociais e familiares.

A OIT, citando fontes dos Estados Unidos, afirma que 33% dos professores que dão baixa por doença invocam, entre outras razões, o stress ou a tensão (Esteves, 1992). Sendo assinala por Mandra (1984, citado por Esteves, 1992) e por Breuse (1984, citado por Esteves, 1992) uma maior incidência da tensão profissional sobre os professores menores de 30 anos. Num estudo desenvolvido por Kyiriacou e Sutcliffe (1978, 1978

citado por Esteves, 1992) os autores concluiram que cerca de 20% dos professores estavam numa situação muito stressante ou extremamente stressante. Neste sentido, o relatório da OIT (1981, citado por Esteves, 1992), com base em dados da Suécia, assinala que 25% dos professores estão submetidos a tais tensões psicológicas que se podem considerar um grupo profissional fortemente exposto.

Berger (1983/1984, 1986b, 1987 citado por Berger e Owen, 1988 p. 148), sugere que as actividades físicas que são (1) aeróbicas, (2) não competitivas, (3) previsíveis e (4) rítmicas tendem a diminuir mais o stress do que aquelas que não têm estas características. As condições da prática de (1) frequência do exercício, (2) intensidade e (3) duração, também, parecem influenciar os efeitos da diminuição do stress. Adicionalmente para alcançar a forma e os requerimentos da prática a actividade deve ser agradável e transmitir prazer.

2.4.2.4 - Ansiedade e Depressão

LaFontaine et al. (1990 citado por Cox, 1998 p.344), refere a relação entre exercício aeróbico e ansiedade e depressão nas seguintes afirmações:

1 - Existe uma relação consistente entre exercício aeróbico e a redução dos níveis de ansiedade e depressão;

2 - O exercício aeróbico é eficaz no tratamento de formas crónicas de depressão e ansiedades ligeiras a moderadas;

3 - Os benefícios são maiores em praticantes que inicialmente são mais deprimidos e ansiosos;

4 - A redução da depressão e da ansiedade associadas com o exercício pode ocorrer na ausência de um aumento na condição física cardiovascular;

5 - A hipótese que o exercício leva ou pode causar a redução na ansiedade e depressão não pode ser provada neste momento.

Estudos clínicos mostram que traços de ansiedade e depressão são melhorados pela actividade física, por isso o exercício está a ganhar aceitação como suplemento da psicoterapia (Brown, 1990). Os resultados de quatro grandes investigações mostraram que as pessoas fisicamente activas são menos ansiosas e deprimidas do que as pessoas sedentárias (Stephens, 1988 citado por Sallis et al., 1993).

O exercício diminui a depressão e a ansiedade, aumenta a sensação de bem estar, melhora a capacidade de controlar a tensão e melhora a auto-imagem (Elrick et al., 1996).

O *U.S. Surgeon General's report* (U.S. Department of Health and Human Services [DHHS], 1996 citado por Sallis e Owen, 1998) concluiu que a actividade física pode aliviar sintomas de ansiedade e depressão e pode ajudar a prevenir desordens psicológicas.

Evidências de uma variedade de benefícios psicológicos da actividade física, sugerem, que se podem obter benefícios máximos realizando actividade física frequentemente (Sallis e Oewn, 1998). Resultados de estudos observacionais mostram uma associação consistente entre actividade física e saúde psicológica (Sallis e Owen, 1998).

Parece ser consensual que as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física podem alterar a auto-imagem corporal que cada indivíduo possui e, por isso, promover e aumentar o auto-conceito (Weinberg & Gould, 1995). Resultados da investigação já realizada sugerem claramente que uma auto-estima mais positiva e níveis mais elevados de auto-conceito estão associados com níveis mais elevados de

aptidão física, nomeadamente em termos de força física e gordura do corpo (Cruz et al., 1996).

De acordo com Cruz et al. (1996), os benefícios psicológicos da prática de exercício e da actividade parecem ser mais ou menos evidentes, nomeadamente pelo seu impacto positivo e melhorias em aspectos como a auto-estima e imagem corporal, o funcionamento cognitivo, o aumento das percepções de controle e auto-eficácia pessoal e a melhoria da auto-confiança.

Gauvin (1996) refere que a actividade física regular não é sistematicamente associada com o sentir-se melhor, em vez disso, está relacionada com alterações mais benéficas no humor se ele estiver mais baixo antes da actividade. Thayer, Newman e McClain (1994 citados por Gauvin, 1996) descobriram que a actividade física era um comportamento que as pessoas usavam, preferencialmente, para auto-regular maus humores ou baixos níveis de energia. Mudanças de humor já aparecem após pequenos períodos de exercício (Hackfort, 1993).

Segundo Sallis e Owen (1998), existe uma grande quantidade de teorizações e especulações sobre os mecanismos através dos quais a actividade física melhora a saúde psicológica, mas surpreendentemente, poucos estudos se direccionaram para esta questão. Uma explicação psicológica facilmente visível é que a actividade física fornece percepções de mestria (mastery) e controlo e isto é incompatível com sentimentos de ansiedade e depressão. Apesar de se saber que a actividade física fornece percepções de auto-eficácia (Self-efficancy) e bem-estar, não se sabe se isto medeia alterações nos sintomas psicológicos. Outra hipótese é que a actividade física fornece um tempo de descanso ("time out") da preocupação dos "stresses" da vida. A actividade física pode distrair a pessoa das meditações negativas que são comuns na ansiedade e depressão. A terceira hipótese é que a actividade física se realiza frequentemente em ambientes

sociais, e sabe-se que as interacções sociais reduzem os sintomas de sofrimento psicológico.

Johnsgard (1985b citado por Willis e Campbell, 1992) afirma que apesar do exercício poder ser inconveniente e fisicamente inconfortável, as pessoa persistem porque aprenderam que ele geralmente faz com que se sintam melhor emocionalmente.

2.5 - Risco Inerentes à Prática de uma Actividade Física

"A prática desportiva pretende ser um processo pelo qual nos aproximamos da saúde; mas pode ser também - e é infelizmente muitas vezes - um processo de afastamento dela" (Bento, 1991b p.152).

Apesar de estar bem estabelecido que os benefícios da actividade física superam os riscos (U.S. DHHS, 1996 citado por Sallis e Owen, 1998), é importante estar-se informado dos riscos (Sallis e Owen, 1998 p.32). Neste sentido, Mota (1997) salienta que nem todas as repercussões da actividade física se podem considerar preditoras da melhoria da saúde.

A promoção do exercício por razões de saúde tem o potencial de ser uma faca de dois gumes: pode sem dúvida ser benéfico quando realizado correctamente, mas pode literalmente apresentar perigo para a vida (Haskell, 1984). O risco parece estar mais associado com a intensidade da actividade do que com a frequência ou a duração (Haskell, 1994).

É de salientar o facto de que a incidência de lesões músculo-tendinosas terem aumentado muito nos últimos anos na população que realiza exercício físico regular (Horta, 1991). De acordo com a opinião do mesmo autor (1991), o aumento desta

incidência, deve-se a um exagero nas cargas de exercício físico executadas, pois indivíduos que iniciam a prática de exercício físico como forma de prevenção da sua saúde, acabam por ter objectivos competitivos. Aumentando assim as cargas de treino, em idades muitas vezes avançadas e com ausência de alguns cuidados essenciais (hidratação e nutrição correctas, equipamento adequado, controle médico, etc). O exercício físico regular quando utilizado como forma de preservação da saúde tem uma dose certa que não deve ser ultrapassada.

Alguns indivíduos envolvidos em actividades recreativas esporádicas nunca aderem com regularidade suficiente e/ou intensidade para obter benefícios para a saúde (Fitness Ontario, 1982b citado por Wankel, 1988), mas muitos indivíduos passaram para uma fase de envolvimento em actividade física bastante intensa após terem iniciado actividade recreativa muito modesta (Wankel, 1988).

O risco de lesões músculo-esqueléticas depende na especificidade da actividade bem como a frequência, intensidade e duração que a mesma é realizada (Sallis e Owen, 1998). O Council of Europe (1995) refere neste sentido que o risco aumenta se a participação no exercício é realizada a uma intensidade ou frequência ou duração que são muito maiores que o aconselhável para esse indivíduo. Muitas modalidades desportivas podem ser prejudiciais em vários sentidos; por exemplo se se pratica *jogging* com fraco calçado ou com cargas elevadas ou ainda se se subvalorizam as cargas das articulações no ténis (Kruse, 1990).

De acordo com Sallis e Owen (1998), em pessoas com doenças cardiovasculares, a actividade física pode provocar dor no peito ou mesmo um enfarte de miocardio. O risco de acontecimentos cardíacos é aumentado durante o exercício, porque há stress adicional no coração e no sistema circulatório. Apesar do que foi afirmado, estudos sugerem que a morte súbita durante o exercício é um acontecimento raro (Astrand,

1992). É de realçar que dados os efeitos da actividade física no fortalecimento do coração e em outros benefícios cardiovasculares, o risco de acontecimentos cardíacos é reduzido no tempo em que não se está a exercitar, que é a maior parte do dia (Sallis e Owen, 1998).

São bem conhecidos os casos em que a participação em desporto, principalmente competitivo, provoca problemas ao nível de bem-estar psicológico (Cruz et al., 1996). Torna-se óbvio que a prática do desporto de alta competição não é um comportamento para preservar ou aumentar a saúde. Ela deve ser encarada como um modo de vida para atingir outro tipo de objectivos, sejam eles económicos, de prestigio social ou outros (Barata, 1997).

Existem evidências onde está claro que o exercício regular em excesso pode originar fadiga, ansiedade e depressão (Dishman, 1988). Por outro lado, parecem ocorrer transtornos de comportamento em casa ou no trabalho, bem como lesões físicas ou irritabilidade motivados pela prática cumulativa quando os indivíduos com obsessão do exercício são obrigados a interrompê-la (Dishman, 1985 citado por ISSP, 1992).

Existem alguns riscos para a saúde associados com a actividade física, mas eles podem ser bastante reduzidos fazendo aumentos graduais no nível de actividade e evitando o excesso de exercício (overexercise) (Sallis e Owen, 1998).

Segundo Mota (1997), apesar dos benefícios para a saúde aumentarem com o incremento da actividade física, esse crescimento é limitado num determinado ponto, a partir do qual se dá uma inversão na relação até aí estabelecida. Isto quer dizer que a partir dessa altura a actividade física não produz efeitos benéficos, passando a constituir-se também como factor de risco. Isto está patente na figura nº 4 .

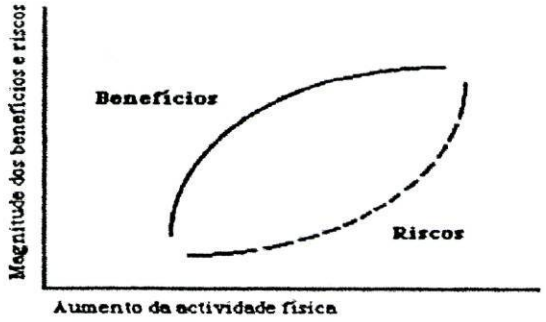


Figura nº4 - Relação entre o nível de actividade física e os benefícios e riscos daí provenientes (adaptado de Powell e Paffenberger, 1985)

Segundo Horta (1991, p.30) podemos dizer que:

- O exercício físico pode influir positivamente na qualidade e na duração de vida humana;
- O exercício físico actua positivamente na prevenção e no tratamento de determinadas doenças;
- O exercício físico mal planificado e não adequado às situações em causa pode lesar a saúde de quem o pratica.

O Exercício é em muitos casos tão eficaz como outras formas de tratamento, incluindo psicoterapia e drogas anti-depressivas (Nicoloff & Schwenk, 1995 citados por Cox, 1998). Várias investigações mostram que os adultos que praticam exercício regularmente acreditam que este os faz sentir melhor em geral e ajuda a libertar tensões (Harris, 1979 citado por Corbin, 1987).

Evidências mostram que riscos de morte prematura comparada com o aumento reciproco da longevidade, estão relacionadas com a actividade física expressa na participação ou não participação em desportos moderadamente vigorosos e por altos ou baixos níveis de gasto energético semanal (Paffenbarger et al, 1994). Ainda segundo

Paffenbarger et al (1994), relativamente a um estudo por eles desenvolvido, um grande grupo de homens que evitaram actividade física durante o tempo de estudantes mas que posteriormente adoptaram um estilo de vida mais activo apresentaram um nível tão baixo de morte como aqueles que sempre foram activos fisicamente. Estes autores (1994) concluem que a adopção de um estilo de vida activo pode reduzir o risco de morte prematura e aparentemente aumentar a qualidade de vida ou pelo menos satisfação com a vida.

A prática regular de actividade física adequada e bem conduzida traz vantagens que ultrapassam largamente os seus eventuais inconvenientes (Barata, 1997 p.133; Sallis e Owen, 1998 p.34; Powell, 1988 p.23; Astrand, 1992). A longevidade é uma medida muito básica de saúde, e o facto das pessoas fisicamente activas viverem mais que os sedentários significa que os benefícios de saúde da actividade física superam os riscos (Sallis e Owen, 1998). Mesmo que o exercício forneça apenas uma porção dos alegados benefícios, já teve uma grande influência na saúde do público e pode vir a ter ainda um impacto maior (Powell, 1988).

É fundamental considerar o facto de que a actividade física diminuta evidencia benefícios reduzidos (ou a inexistência de qualquer benefício) e, que o exagero conduzirá à lesão, e provavelmente a problemas cardiovasculares (Borms, 1990).

Adoptar um estilo de vida de saúde positiva não vai garantir protecção contra todas as doenças crónicas e problemas de saúde, mas pode atrasar o aparecimento dessas doenças ou reduzir a severidade dos sintomas e permitir apreciar a vida no seu máximo (Williams, 1996).

Se a actividade física, a educação física ou o desporto não podem dar todos os anos à vida, podem seguramente dar mais vida aos nossos anos. Com mais saúde (Constantino, 1998). Para muitas pessoas, especialmente as que não se sentem dispostas

a realizar mais exercício vigoroso, alguns benefícios são melhores do nenhum (Haskell, 1994).

6 - Razões para a Prática

Com as alterações dos hábitos e estilos de vida, também a saúde se tem alterado. Cada vez mais a sociedade procura, através da actividade física, obter melhores níveis de saúde e de condição física, os ginásios e clubes enchem-se de utentes que julgam melhorar a sua saúde e a sua vida em geral ao praticarem actividades físicas. Existindo o conhecimento dos benefícios da actividade física para a saúde, e cientes da crescente procura do exercício por parte das pessoas, torna-se pertinente averiguar quais as razões que levam algumas pessoa a realiza-la e outras não.

> Com a vida cada vez mais exigente e desgastante nos dias de trabalho criam-se as condições para a necessidade do exercício de fim de semana. Então, vêem-se as estradas povoadas de estradistas esbaforidos, ciclistas atarefados, procurando remediar, em poucas horas, a falta de actividade física durante o resto da semana, em muitos casos sem controlo nem orientação (Moreno, 1990 p.35-36).

Não negando (reconhecendo até) o valor da actividade desportiva, nem a qualidade dos dados da investigação médica, é no entanto do domínio mítico e especulativo, é pura e ingénua crendice, aceitar que uma qualquer activação motora possa eliminar as condições da patogenese das doenças da civilização (Bento, 1990).

Actualmente, verificamos a procura de práticas desportivas que produzam um elevado bem estar pessoal. Assim, segundo Bento (1991, p.30),

> o desporto na sua essência corporiza um tempo de alegria, de prazer, de ausência de stress, de entusiasmo, de felicidade, de movimento e actividade, de estar bem consigo próprio; é um chamamento à festa do corpo e da vida, à acção, à comunicação, cooperação e comunhão entre pessoas; é uma fuga ao isolamento, ao solipsismo; actualiza as noções do belo, do verdadeiro, do ético e do estético; acorda a necessidade de introduzir a poesia, a harmonia e o equilíbrio nas situações da vida. As funções do desporto ao serviço da saúde e da vida são impressionantes. Mas não são uma receita generalizável; nem o desporto sozinho está à altura de garantir o bem-estar, a capacidade de rendimento e a saúde. E também não faltam casos a mostrar que o desporto pode ter repercussões negativas sobre estes parâmetros de vida.
>
> O desporto alcançou nos últimos anos uma valorização social e cultural anteriormente inimaginável. Entre todos os valores que perfazem o fascínio da oferta e da procura do desporto destacam-se as suas promessas de saúde e bem-estar e as suas funções de recuperação do stress do dia a dia e de compensação das insuficiências de movimento na sociedade técnica em que vivemos (Bento, 1991 p.9).

Investigações têm mostrado que as pessoas participam em actividades físicas por duas razões principais: benefícios para a saúde e divertimento (Canada Fitness Survey, 1983; The Miller Lite Report on American Attitudes Toward Sports, 1983; Palm, 1978 citados por Wankel, 1988). Evidências indicam que o desejo de se ser saudável não é suficientemente motivador para manter o envolvimento numa actividade que por outro lado é vista como desagradável (Wankel, 1988).

De acordo com Willis e Campbell (1992), existem poucas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito aos motivos para o exercício. Os motivos relacionados com a saúde predominam em ambos os sexos. Ainda de acordo com estes autores (1992), parece que existem quatro ou cinco motivos princípais para se exercitar. A maior parte das razões pode ser incluída nos tópicos de aumentar a saúde e a condição física, melhorar a aparência, divertimento, experiência social e benefícios psicológicos.O risco de doença, a autoridade médica ou o desejo de adoptar um novo estilo de vida são razões capazes de motivar a mudança em comportamentos de saúde (Hollis et al., 1982).

Muitas pessoa iniciam um programa de exercício para melhorar a sua saúde ou para perder peso, mas poucas continuam este programa a não ser que encontrem uma forma de exercício que lhes dê prazer. A maior parte das pessoas adere à actividade física durante longos períodos porque encontraram nela algo que lhes dá uma sensação (sense) de divertimento e felicidade (Willis e Campbell, 1992), a percebem como conveniente e recebem apoio social (Wankell, 1988).

Wankel (1985) sugeriu que em vez de se focalizar nos efeitos de um programa de condição física para a saúde, o ênfase deveria ser colocado no divertimento ou na qualidade da experiência. Ainda nesta linha de pensamento, Jackson et al. (1999) assinala que, escolher-se uma actividade que nos agrada e exercitar a uma intensidade que seja desafiadora, mas que não seja inconfortável, são factores importantes para planear um programa de exercício que não nos faça desistir. Os adultos participam mais em actividades físicas intensas se eles experienciam o exercício como agradável, um contributo para a aparência física e para a saúde e se o exercício é uma oportunidade para estar com a família e os amigos (De Bourdeaudhuij e Van Oost, 1993).

Sensações relacionadas com o bem-estar e o divertimento parecem mais importantes para a manutenção de uma actividade do que aspectos relacionados com a saúde (Dishman, 1982, Canada Fitness Survey, 1983, Morgan et al., 1984 citados por Dishman et al., 1985). Neste sentido, Dishman et al. (1985) afirma que pessoas activas tendem a acreditar e esperar receber benefícios pessoais para a saúde através do exercício mas, sensações positivas da actividade parecem mais importantes do que crenças.

Segundo Sobral (1993), adquirir e preservar uma boa aparência física e concretiza-la através de certas competências motoras privilegiadas pela cultura mediática (jogar ténis ou squash, velejar sobre uma prancha, dominar agora as velhas técnicas de dança de salão) ganham assim uma posição importante na auto-estima e no conjunto das aspirações mais prementes dos cidadãos. A própria aparência tem desempenhado um papel importante, como diz Haskell (1984), tornou-se muito popular aparentar, vestir e agir como se se estivesse a caminho de participar ou a voltar de um exercício vigorosos.

De acordo com Piéron (1998, p.62), de uma forma global, os adultos participam em actividades física e desportivas pelas seguintes razões:

1 – Melhorar a saúde e a condição física;

2 – Melhorar a sua aparência ;

3 – Ter prazer;

4 – Favorecer relações sociais;

5 – Procurar benefícios psicológicos.

Segundo Willis e Campbell (1992), para muitas pessoa o aspecto social do exercício é uma importante razão para a sua participação. As razões sociais para a

actividade física vão desde o conhecer novas pessoas até ao combate da solidão e do isolamento social.

Estimativas (Stephens et al., 1985) mostram um recente aumento na participação em actividades que desenvolvem a condição física cardiopulmonar e musculo-esquelética.

Entendemos que os programas regulares de actividade física, devem objectivar um estado de condição física que permita o cumprimento das tarefas quotidianas com um mínimo de fadiga e um máximo de eficácia, não podendo de forma alguma este desiderato utilizar procedimentos que comprometam, a médio ou longo prazo, o bem-estar do indivíduo. Pelo contrário, deverão criar as condições para que possa viver compensado, atrasando o mais possível o aparecimento de sinais e sintomas degenerativos, ou seja, a progressiva perda de capacidade de adaptação a estímulos (Barata, 1997).

Stetson et al. (1997) realizou um estudo em mulheres, onde constatou que quase todas as elas assinalaram que exercitavam para melhorar a saúde e para perder peso. Quase 70% destas mulheres assinalaram que exercitavam para controlar o stress.

É referido, por Stephens et al. (1985), e com base no Canada Fitness Survey e no Pirrier survey que as pessoas que não participam em actividades físicas sentem-se mais atraídas por actividades que não sejam caras, possam realizar-se perto de casa e são tipicamente flexíveis nos seus horários.

Se as pessoas acreditarem que o exercício regular melhorará a sua saúde, presume-se que elas serão mais propensas a exercitar do que as pessoa que acreditam que o exercício não tem influencia na saúde (Willis e Campbell, 1992).

Os pacientes que se percepcionavam como mais susceptíveis de sofrerem de doenças do coração foram os menos dispostos a actuar em conformidade com isso, e aqueles que se preocupavam menos com a saúde ou que acreditavam que tinham pouco controlo sobre a sua saúde eram mais dispostos a actuar em conformidade com isso (Willis e Campbell, 1992).

Os amigos, familiares, outros importantes, clubes sociais, organizações da igreja, e outros grupos fazem parte do envolvimento social que pode afectar tanto a saúde como o sentido de bem estar do indivíduo. Todos estes elementos da sociedade podem dar apoio para uma vida activa, mas também podem exercer grandes influências em sentido oposto (Bouchard e Shephard, 1994). Pessoas que recebem um forte apoio social podem manter-se num programa mesmo que lhes falte auto-motivação (Jackson et al., 1999).

Os profissionais da medicina agora aconselham o exercício como um meio de promover a saúde em geral e o bem estar da população. Conforme as pessoas aprendem mais sobre os benefícios da actividade física regular para a saúde, muitas ficam motivadas para começarem a exercícitar (Willis e Campbell, 1992). Estimativas sugerem que entre os praticantes regulares de exercício, um quarto foi aconselhado a praticar exercício pelo médico (Dishman et al., 1985). De acordo com o Canada Fitness Survey (1983 citado por Dishman et al., 1985), 23% dos adultos referem a indicação do médico para ser activo como uma razão muito importante para ser activo, no entanto esta foi a sétima razão. No Perrier Study (1979, citado por Dishman, 1985), uma proporção substancial de indivíduos inactivos (43%) e activos (32%) afirmam que as recomendações do médico provavelmente aumentariam o seu envolvimento no desporto.

Cada vez mais os médicos se interessam por saber qual o nível de condição física dos seus doentes e lhes fazem recomendações específicas sobre o exercício, pois está provado que este confere aos doentes uma vantagem extra quando chega a altura de evitar ou minimizar as consequências da doença (Elrick at al.,1996).

No que diz respeito à influência e apoio da família, King e Martin (1993) referem que os indivíduos que assinalam o seus cônjuges como sendo neutros ou pouco apoiantes relativamente à sua actividade física estão mais propícios a abandonar a prática. Segundo Wankell (1988), 15% dos homens que responderam ao Canada Fitness Survey e 20% das mulheres afirmam que o interessa da família iria encorajar-los para serem mais activos, enquanto 17% dos homens e 18% das mulheres afirmam que o interesse dos amigos teria o mesmo efeito. Ainda neste, estudo o autor refere que 18% dos homens e 25% das mulheres afirmaram que ter um companheiro com quem exercitar também os encorajaria a serem mais activos. Neste sentido, Wankell (1988) afirma que as pessoas com quem praticamos uma actividade física vai influenciar não só o tipo de actividade mas também a forma como apreciamos essa actividade. Mais apoio da família aumenta as possibilidades de se aderir com sucesso (Willis e Campbell, 1992).

King e Martin (1993) assinalam que quando o apoio de outros significantes é activo e continuado, os praticantes são duas a três vezes mais persistentes no seu programa de actividade física do que aqueles com pouco ou nenhum apoio familiar. Os amigos, vizinhos e colegas podem ter influência na forma como as pessoa ocupam o seu tempo livre (Willis e Campbell, 1992). Neste sentido, também, De Bourdeaudhuij e Van Oost (199) referem que o apoio dos amigos e colegas de trabalho apresentam uma relação significante com a actividade vigorosa. No Fitness Ontario (1981, citado por Willis e Campbell, 1992) observou-se que as pessoas tendem a entrar num grupo

organizado com outra pessoa, talvez um amigo ou conhecido, e são mais susceptíveis a iniciar um programa de exercício se alguém da sua família ou circulo de amigos já é activo.

Heinzelmann e Bagley (1970 citados por Willis e Campbell, 1992) descobriram que quando as pessoa exercitam acompanhadas apreciam mais a experiência, obtêm apoio social, sente um compromisso pessoal para continuar e aproveitam a oportunidade para comparar o seu progresso e o nível de condição física com outros participantes. Em conformidade com estes autores, De Bourdeaudhuij e Van Oost (1993) referem que a presença de um companheiro que exercite com conjuntamente com um praticante apresenta uma forte correlação com a actividade física vigorosa. É ainda de referir que a percepção de apoio social de um companheiro na prática desportiva e a percepção de auto-eficácia em relação à actividade física apresenta uma forte correlação com a actividade física (De Bourdeaudhuij e Van Oost, 1993).

2.7 - Barreiras para a Prática

Apesar dos conhecimentos e da grande divulgação que se tem feito relativamente aos benefícios da actividade física na saúde muitas pessoas não adoptam um estilo de vida activo. Neste sentido, Jackson et al. (1999) afirmam que uma grande maioria dos Americanos acredita que ser activo é saudável, no entanto muitos mantêm-se sedentários. De acordo com os mesmos autores (1999) e Teraslinna et al. (1969 citados por Dishman et al., 1985), o conhecimento que a actividade é saudável não garante que uma pessoas inicie ou se mantenha num programa de exercício. Descobriu-se que aqueles que acreditam que o exercício tem pouco valor para a saúde e condição física e que também acreditam que os resultados da saúde estão fora do seu controlo,

exercitam menos frequentemente e abandonam mais cedo os programas relacionados com a condição física, quando comparados com pessoas que tenham um ponto de vista oposto (Dishman, 1982 citado por Dishman et al., 1985). Segundo Sallis, Haskell, Fortmann, Vranizan, Taylor e Solomon (1986), conhecimentos de saúde, conhecimentos relacionados com o exercício e a educação são fortes predictores da manutenção de actividade moderada na mulher. Nem os conhecimentos de saúde nem os conhecimentos relacionados com o exercício predizem o decréscimo ou aumentos na actividade global.

Muitas razões são dadas para não se praticar actividade física, algumas são desculpas auto-justificativas e outras são claramente barreiras estruturais (Johnson, 2000). A falta de tempo e fracas acessibilidades às instalações ou equipamentos são as duas principais barreiras que as pessoas referem para a não adopção ou manutenção de um programa de exercício (Jackson et al., 1999). Segundo estes autores (1999), a falta de tempo pode representar uma verdadeira barreira, uma barreira percebida, uma falta de capacidade de organizar o tempo ou uma desculpa para não querer ser activo. Na opinião de Dishman et al. (1985), a razão mais comum para justificar o abandono de um programa é a falta de tempo. A falta de acesso aos programas é uma barreira que muitas vezes resulta em tentativas para praticar exercício sozinho em casa (ou não praticar exercício). O acesso às instalações é um problema maior para as pessoas que dependem de outros para serem transportadas ou que têm problemas de saúde que limitam a sua mobilidade (Jackson et al., 1999). Instalações inadequadas foi um obstáculo assinalado por 20% dos homens e mulheres que participaram no Canada Fitness Survey (wankel, 1988).

Tanto a percepção de conveniência do local de pratica do exercício e a proximidade geográfica de casa ou local de trabalho são predictores consistentes da entrada e continuação da participação em programas (Dishman, 1988).

Segundo Wankel (1988), no Canada Fitness Survey e o Fitness Ontario a falta de tempo foi de longe a barreira mais referida por todos os grupos do estudo. No Canada Fitness Survey 62% dos homens e 48% das mulheres referiram falta de tempo devido ao trabalho. Enquanto 22% dos homens e 15% das mulheres referiram falta de tempo devido a outras actividades de lazer. No estudo de Ontario, 31% das mulheres e 30 % dos homens que eram activos menos de uma vez por semana assinalaram a falta de tempo como a principal razão. Esta razão também é referida por Willis e Campbell (1992), assinalando como outras justificações mais usuais para a inactividade as responsabilidades de carreira ou negócios, obrigações familiares ou simplesmente "muito ocupado",

Willis e Campbell (1992), referem que os resultados de estudos em adultos saudáveis apontam como uma das principais razões para o abandono de um programa de actividade física é a falta de tempo.

Ainda de acordo com Waskel (1998), falta de interesse, motivação ou apoio aparecem em segundo lugar nestes estudos como obstáculos à actividade física regular. No Canada Fitness Survey 27% dos homens e 37% das mulheres assinalaram o serem preguiçosos ou falta de energia como obstáculos. No estudo de Ontario, 18% dos homens e 16% das mulheres assinalaram a necessidade de mais apoio como uma razão, enquanto 7% dos homens e 14 % das mulheres assinalaram que tentaram mas acharam a actividade difícil.

Andrew et al. (1981) descobriram que, a falta de apoio do cônjuge para o envolvimento estava associado ao aumento dos níveis de abandono, num estudo canadiano em homens que estavam a recuperar de um ataque cardíaco.

Aspectos do ambiente físico que pode influenciar o exercício inclui as condições meteorológicas, distancia das instalações e a pressão do tempo (Dishman, 1985).

O custo da participação, tempo disponível e certos aspectos de apoio social são factores que podem ser influenciados pelas decisões da politica de saúde pública (Powell, 1988).

Uma das maiores barreiras para o envolvimento na actividade física na idade adulta parece ser uma experiência negativa associada ao desporto durante a juventude (Department of Youth, Sport and Recreation, 1975, Fitness Ontario, 1982b citados por Waskel, 1988). Há evidências de que a vivência de experiências positivas na participação de actividades físicas é importante para participar e manter uma actividade física regular mais tarde, na idade adulta (Engstrom, 1986 citado por Mota, 1997). Neste sentido, Jonhson (2000) afirma que existem algumas evidências que as atitudes perante a condição física pessoal e a capacidade para a actividade são fixadas em idades baixas, em parte através de estereótipos baseados em heróis desportivos na escola.

As razões mais comuns para não exercitar incluem falta de tempo, fadiga, instalações inadequadas, falta de conhecimento sobre a condição física e falta de vontade (Willis e Campbell, 1992).

Segundo Steinhardt e Dishman (1989 citados por Jackson et al., 1999, p325), as principais barreiras percebidas são:

1 – Falta de motivação;

2 – Preguiça;

3 – Muito ocupado;

4 – Falta de tempo;

5 – Interfere com a escola;

6 – Cansaço;

7 – Interfere com o trabalho;

8 – Demasiado inconveniente;

9 – Mau tempo;

10 – Falta de instalações;

11 – O exercício é aborrecido;

12 – Fatigado pelo exercício;

13 – Obrigações familiares;

14 – Razões de saúde (limitações).

De acordo com Willis e Campbell (1992), sentir-se muito cansado é a segunda razão comummente utilizada como desculpa para não exercitar. No entanto, sentir-se cansado é usualmente um assunto de fadiga mental em vez de fadiga física.

Num estudo realizado na filândia constatou-se que as principais barreiras para a participação em exercício físico eram a falta de tempo, cansaço, falta de interesse, falta de locais para exercitar ou dificuldades para chegar a eles, o nível de saúde, falta de equipamento e os custos (Vuori e Fentem, 1995).

Já num estudo desenvolvido por De Bourdeaudhuij e Van Oost (1993) foram assinalados como principais barreiras a falta de interesse, obstáculos externos, medo que se riam deles, falta de tempo e barreiras de saúde e psicológicas.

O sucesso no exercício aumenta quando o cliente adquire o conhecimento do que é para fazer e porquê, a confiança de que pode ser bem sucedido nessa actividade e a paciência para esperar que os benefícios ocorram (Haskell, 1984). Apesar da informação sobre os benefícios do exercício, a aparência pessoal e as pressões sociais

algumas pessoas continuam a falhar na adesão do exercício (Willis e Campbell, 1992). De acordo com Sime (1984), ironicamente, os indivíduos que aparentemente têm maiores necessidades do exercício do ponto de vista psicológico, cardiovascular ou perda de peso são os menos propensos a participar por iniciativa própria.

King et al. (1997), refere que as pessoas que têm moderado excesso de peso eram mais propicias a falhar na participação em programas de actividade física do que aquelas que tinham um peso normal. Isto pode estar relacionado com o sentimento de embaraço ou desconforto psicológico que as pessoas com excesso de peso podem sentir em situações em que a comparação social ocorre, como nas classes de exercício em grupo (Rossen, Saltzberg e Srebnik, 1989, citados por King et al., 1997). Na opinião de Shephard (1994), os indivíduos sedentários e obesos acham a actividade física menos agradável do que as pessoas mais activas. A aparência pessoal pode desencorajar vestir calções ou fato de banho.

A prestação de cuidados maternos foi identificada como uma importante barreira para as mulheres participarem em actividade física (Zunft et al., 1999 citado por King et al., 2000. De acordo com Henderson (1990, citado por Lee, 1993), as responsabilidades de cuidar dos filhos é possivelmente a maior barreira para o exercício nas mulheres.

Fumar, ocupação, etnia, educação, ordenado e obesidade são exemplos de atributos pessoais que podem apresentar barreiras para a actividade física ou apresentarem-se como marcadores de hábitos de vida sedentários (Dishman, 1994). Este autor refere ainda que a modificação da prescrição tradicional para a condição física, de modo a que as pessoas sedentárias possam participar em actividades de intensidade moderada como andar, subir escadas e jardinagem em vários períodos (5 a 10) de curta duração (ex. 5 a 10 minutos) diariamente, pode reduzir algumas das barreiras percebidas para a participação como o tempo e o esforço (Dishman, 1994).

O fitness (condição física) e o aspecto geral são valorizados como motivos de adesão quer à prática autónoma do exercício, quer à sua prática orientada, tanto pelos homens como pelas mulheres (Sobral, 1993).

A selecção do tipo ou modo de exercício, a localização das instalações e a altura do dia pode ser de importância crítica nas fases iniciais de aquisição de um habito de exercício (King et Martin, 1993).

Não surge como surpresa que as pessoas sejam relutantes em alterar padrões que representam, poderosos, previsíveis e fontes imediatas de gratificação que estão fortemente enraizadas no contexto social e cultural no qual estas pessoas vivem. Para muitos, o consumo de comidas ricas, álcool e tabaco fornece gratificação sensual e uma grande variedade de recompensas psicológicas, sociais e económicas (Hollis et al., 1982).

2.8 - Modelos Teóricos Explicativos dos Comportamentos Relacionados com a Saúde

2.8.1 - Enquadramento Teórico

O estudo dos comportamentos que influenciam a saúde e os factores determinantes da realização ou não destes comportamentos têm aumentado bastante na psicologia da saúde (Conner e Norman, 1998).

O estudo dos comportamentos de saúde baseia-se em duas suposições: que em países industrializados uma porção substancial da mortalidade de grande parte das causa de morte deve-se a padrões de comportamento particulares, e que esses padrões de comportamento são modificáveis (Stroebe e Stroebe, 1995 citados por Conner e

Norman, 1998). Está largamente reconhecido que os indivíduos podem fazer grandes contribuições para a sua própria saúde e bem estar através da adopção de comportamentos particulares de aumento da saúde (e.g. exercício) e evitando outros comportamentos que comprometem a saúde (e.g. fumar) (Conner e Norman, 1998).

Várias teorias têm sido propostas para explicar a adopção de comportamentos que protegem a saúde (health-protective behavior) (Weinstein, 1993).

Uma teoria apresenta um conjunto de constructos interligados, definições e afirmações (propositions) que formam uma visão metodológica do fenómeno ao especificar as relações entre as variáveis (Kerlinger, 1973 citado por Willis e Campbell, 1992).

A finalidade das várias teorias é identificar variáveis que influenciam a acção (como a percepção de risco e precaução) e combiná-las numa equação predictiva (Weinstein et al., 1998). Ao fornecerem um conjunto unificado de constructos e relações, a teoria permite organizar e interpretar grandes quantidades de informação e incorporar descobertas empíricas numa estrutura consistentemente lógica e razoavelmente simples (Wrightsman, 1972 citado por Willis e Campbell, 1992). A teoria leva ao aumento do conhecimento ao juntar-se a investigações anteriores. A utilidade de uma teoria é determinada pela sua verificação, ou pela sua capacidade de gerar predições que podem ser confirmadas e a sua compreensão. Idealmente, a teoria deve conduzir à eliminação de erros da predição de determinados eventos empíricos (Hall & Lindzey, 1978 citados por Willis e Campbell, 1992).

Não é de surpreender que nenhuma teoria ou modelo tenha conseguido explicar todos os comportamentos. No entanto, várias teorias têm sido úteis para explicar alguns comportamentos (Kaplan et al., 1993). Apesar da vasta literatura empírica, ainda não há consenso que certos modelos de comportamento para a saúde (health behavior) são mais

exactos que outros, que certas variáveis são mais influentes que outras, ou que certos comportamentos ou situações são melhor compreendidas do que outras (Weinstein, 1993).

Modelos psicológicos do comportamento humano têm sido aplicados ao exercício na tentativa de explicar porque as pessoas não praticam exercício, porque iniciam a prática de exercício, porque continuam ou não a prática de exercício e porque voltam a praticar depois de terem parado (Cox, 1998). Estes modelos são também chamados de *Social Cognition Models* (ver Conner e Norman, 1995).

Apesar de nenhuma teoria permitir aos investigadores uma completa explicação das razões para as pessoas se tornarem ou manterem activas, os investigadores foram ajudados nos seus esforços para a compreensão destes comportamentos de saúde ao colocarem-nos no contexto de *social learning/social cognitive model* da mudança do comportamento para a saúde (King e Martin, 1993).

Podemos referenciar algumas teorias de comportamentos que protegem a saúde (health-protective behavior): O *Health Belif Model* (modelo de crenças de saúde) (para mais detalhes ver Becker, 1974; Janz & Becker, 1984; Kirscht, 1988), *Subjective Expected Utility Theory* (para mais detalhes ver Edwards, 1954; Ronis, 1992; Sutton, 1982), *Protection Motivation Theory* (para mais detalhes ver Maddux & Rogers, 1983; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1983) e a *Theory of Reasoned Action* (para mais detalhes ver Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), *Multidimensinal Health Locus of Control* (para mais detalhes ver Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978), *Krantz Health Opinion Survey* (para mais detalhes ver Krantz, Baum, & Wideman, 1980)

Às teorias atrás referidas Cox (1998) refere ainda a *Transtheoretical Model* (para mais detalhes ver Prochaska e DiClemete, 1982, 1983, 1986) e a *Social Cognitive Theory* (para mais detalhes ver Bandura, 1986).

Segundo Carmody (1997), estas teorias são baseadas na noção de que as pessoas são racionais e tipicamente aderem num processo onde avaliam os pros e contras de adoptarem qualquer comportamento que afecta a sua saúde.

2.8.2 - Vantagens e Desvantagens

Na opinião de Conner e Norman (1998, p.15), as vantagens potenciais de usar modelos teóricos explicativos de comportamentos relacionados com a saúde na psicologia da saúde podem ser:

(1) Elas fornecem detalhes teóricos necessários para a investigação, guiando a selecção de variáveis para medição, o procedimento para desenvolver medições fiáveis e válidas, e a forma como estas variáveis estão combinadas de modo a predizer comportamentos de saúde e resultados;

(2) A extensão que estes modelos identificam as variáveis importantes para predizer resultados de saúde e comportamentos que ultrapassam a nossa compreensão de saúde. Esta compreensão é útil por permitir que desenvolvamos intervenções efectivas que foram elaboradas para alterar os conhecimentos implícitos num comportamento não saudável. Se estes conhecimentos são uma causa relacionada com o comportamento então as mudanças nos conhecimentos devem levar a mudanças nos comportamentos e por isso promover resultados positivos na saúde;

(3) Os modelos fornecem-nos uma descrição do processo de conhecimento que determina a motivação dos indivíduos para realizar comportamentos diferentes.

Os mesmos autores referem como principais desvantagens:

(1) Ao fornecer-nos um suporte teórico claro para a compreensão de comportamentos de saúde, estes modelos podem levar-nos a negligenciar outras variáveis que são potencialmente importantes para a compreensão de determinado comportamento de saúde ou resultado;

(2) Enquanto estes modelos podem fornecer-nos alvos para intervenção concebidos para produzir alteração do comportamento, eles não especificam como melhor se alteram esses comportamentos;

(3) Como os *social cognition models* desenvolveram a nossa compreensão dos processos motivacionais e a sua influência no comportamento, eles têm tido a tendência de negligenciar outros aspectos da mudança do comportamento.

De acordo com Bennet e Murphy (1997), nenhuma das teorias consegue por si só explicar completamente os processos subjacentes à adopção e manutenção de novos comportamentos de saúde. Nenhuma das teorias foi suficientemente testada em aplicações de exercício e condição física (Willis e Campbell, 1992). No entanto, todas juntas, elas sugerem variáveis e processos-chave que podem interagir de forma a predizer o comportamento e fornecer as bases de qualquer iniciativa dirigida à mudança comportamental (Bennet e Murphy, 1997).

Teorias e modelos podem não representar "verdades", mas ajudam a organizar o pensamento sobre o problema. Existem muitos modelos de comportamentos de saúde e cada um tem as suas vantagens e desvantagens (Sallis et al., 1993).

Tanto o Modelo de crenças de saúde (HBM) (Sonstroem, 1988 citado por Kaplan et al., 1993) como a *Theory of Reasoned Action* (Olson & Zanna, 1987 citados por Kaplan et al.,1993) têm sido empregues várias vezes, e várias variáveis sugeridas por estas teorias mostraram-se relacionadas com a actividade física. No entanto, ambas as teorias focam quase que exclusivamente variáveis cognitivas e assumem que as pessoas fazem escolhas racionais. Mesmo o conhecimento limitado disponível indica que variáveis do envolvimento (environmental), como o apoio de outros e facilidade de acesso às instalações, desempenham um papel na determinação dos hábitos de actividade física (Kaplan et al.,1993).

2.8.3 - Modelo das Crenças de Saúde (HBM)

Dishman et al. (1985, citados por Hayslip at al, 1996) categorizou os aspectos do exercício regular e actividade física em: (a) características da pessoa e os seus hábitos de vida (ex. factores demográficos, conhecimentos passados ou presentes relacionados com a saúde, percepção de saúde, custos/benefícios), (b) características do envolvimento (ex. apoio do cônjuge, percepção do tempo disponível, acesso às instalações), e (c) características da própria actividade (ex. percepção da intensidade, percepção esforço (exertion), percepção de desconforto). Um modelo que incorpora muitos destes factores para predizer a participação e aderência ao exercício é o Health Belief Model (HBM) (Modelo das Crenças de Saúde) (Becker, 1974; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1966, 1974 citados por Hayslip et al, 1996).

Segundo Conner e Norman (1994), o Modelo das Crenças de Saúde (HBM) foi originalmente desenvolvido por um grupo de investigadores no U.S. Public Health Service durante 1950 para compreender a realização de comportamentos de saúde

preventiva. Desde 1950 que tem sido usado largamente em contextos de saúde para procurar tanto actividades preventivas como também monotorizar a adesão a regimes médicos e resposta a sintomas de doença.

O Modelo das Crenças de Saúde (HBM) é talvez o mais antigo e mais usado *social cognition model* na psicologia da saúde (Strecher e Rosenstock, 1997; Sheeran e Abraham, 1995) tendo sido especificamente desenvolvido para explicar comportamentos de saúde (Kaplan et al.,1993), sendo também o mais citado e mais investigado (Wallston e Wallston, 1984 citados por Harrison et al., 1992). O Modelo das Crenças de Saúde tem sido considerado mais como uma associação solta de variáveis que predizem o comportamento do que um modelo formal (Conner, 1993 citado por Conner e Norman, 1995). A habilidade do modelo em abranger uma grande variedade de conceitos é o seu ponto fraco e ao mesmo tempo o seu ponto forte (Eiser, 1997).

O Modelo de Crenças de Saúde (HBM) relaciona a teoria socio-psicológica de tomada de decisões com os comportamentos individuais relacionados com a saúde (Harrison et al., 1992). O HBM serve de suporte teórico na explicação e na predição de um leque variado de comportamentos relacionados com a saúde (Araújo, 1999).

O modelo postula que a decisão de um individuo relativamente a seguir um comportamento particular relacionado com a saúde é determinada por quatro variáveis psicológicas: susceptibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas (Conner e Norman, 1994). Grande parte da investigação do HBM focou em predizer que comportamentos protegem contra problemas de saúde física. Ao predizer estes comportamentos, os investigadores têm usado frequentemente a estimativa feita pelos participantes do grau no qual um comportamento protector de saúde resultaria na sua própria redução do risco (Spoth & Redmond, 1995).

O Modelo das Crenças de Saúde (Becker, 1974 citado por Bennet e Murphy, 1997 p.52; ver figura 3) concentra-se em dois processos de avaliação inter-relacionados: a ameaça de doença e a resposta comportamental a essa ameaça. A apreciação da ameaça considera quer a susceptibilidade percebida do indivíduo a uma doença quer a gravidade antecipada desta. A avaliação comportamental considera os custos e os benefícios de praticar comportamentos capazes de reduzir a ameaça de doença. Então os indivíduos são capazes de tomar uma acção de saúde particular se eles acreditarem que são susceptíveis de uma condição particular que eles, também, consideram ser séria, e acreditam que os benefícios da acção tomada para contrariar o problema de saúde são mais importantes que os custos (Conner e Norman, 1998). O valor percebido de um resultado e a expectativa que determinada acção dará origem a esse resultado são considerados como influenciadores do comportamento (Harrison et al., 1992). Além disso, o modelo sugere que as decisões relacionadas com a saúde são desencadeadas por estímulos ambientais. Versões posteriores do modelo (Becker, 1974 citado por Bennet e Murphy, 1997) acrescentaram uma quarta dimensão, a motivação do indivíduo ou a sua «preparação para se preocupar com assuntos de saúde», embora esta raramente tenha sido objecto da atenção dos investigadores (Conner e Norman, 1996). Consequentemente, o modelo é operacionalizado em seis variáveis, cada uma delas contribuindo de forma independente para o processo de tomada de decisão (Bennet e Murphy, 1997).

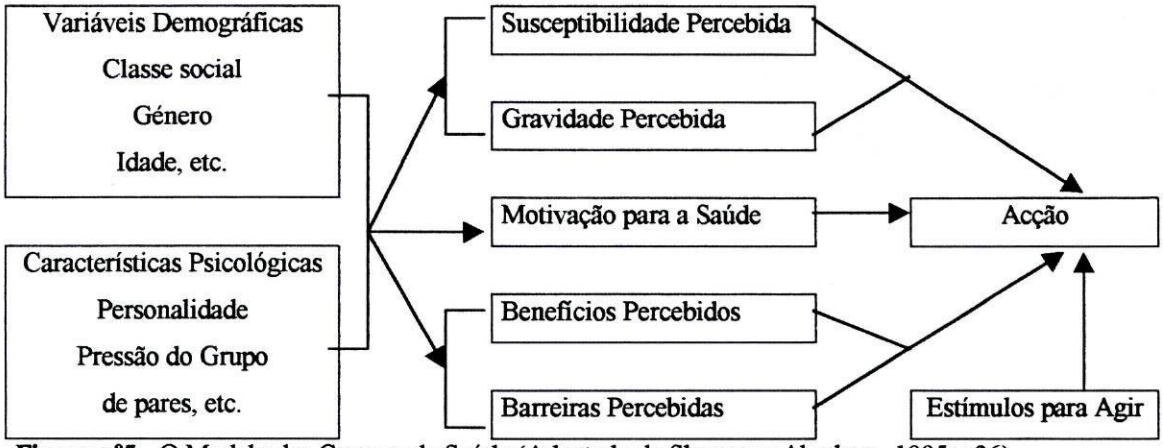


Figura nº5 - O Modelo das Crenças de Saúde (Adaptado de Sheeran e Abraham, 1995 p.26)

O HBM é uma de várias teorias que assume que a antecipação de efeitos negativos de saúde e o desejo de evitar estes efeitos ou reduzir o seu impacto cria motivação para se auto-protegerem (Hayslip et al, 1996). De acordo com Kaplan et al. (1993), o modelo diz que a gravidade percebida tem mais influência no comportamento do que a gravidade actual da doença, que pode ser medida em índice de mortalidade. Os benefícios percebidos do comportamento referem-se geralmente a quanto é efectivo o comportamento na produção de benefícios de saúde. As barreiras percebidas para o comportamento também influenciam a acção. O comportamento pode não ocorrer porque é necessário muito tempo ou esforço. Os benefícios percebidos e as barreiras percebidas devem ser considerados juntos numa análise custo-benefício.

O HBM (Becker & Maiman, 1975; Knapp, 1988; Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988 citados por Hayslip et al, 1996) diz que a prontidão para adoptar um regime saudável (helth regimen) como o exercício depende do seguinte: (a) pelo menos motivação moderada para tornar aspectos relativos à saúde salientes (ex. preocupação com a saúde ou doença, disponibilidade para aceitar direcções); (b) avaliação da probabilidade de doença (illness threat) (ex. percepção da vulnerabilidade ou susceptibilidade para sérios problemas de saúde, ou existência de

sérios problemas de saúde); (c) a confiança que o problema é possível de prevenir ou controlar (i.e. que o exercício pode resultar em remédio físico e psicológico ou ter benefícios preventivos) e a sensação de competência para implementar a mudança necessária; (d) a confiança que a participação num programa de exercício reduzirá a probabilidade (threat) de doença; e (e) a presença de estímulos que incentivem (trigger) ou desencorajem a acção, tornar o indivíduo consciente dos seus sentimentos relativos à necessidade de melhorar a sua saúde.

Assim que o indivíduo percebe o risco para a sua saúde e simultaneamente razões para a acção, e a percepção dos benefícios supera a percepção das barreiras, então esse indivíduo tem grandes probabilidades de adoptar acções de saúde preventiva recomendadas (Hochbaum et al., 2000).

É assumido que as pessoas não vão adoptar recomendações preventivas de saúde a não ser que tenham níveis mínimos de motivação e informação relevante, se percepcionem como potencialmente vulneráveis e a condição como potencialmente ameaçadora, acreditem na eficácia da intervenção e antecipam poucas dificuldades ao adoptarem a acção recomendada (Becker & Maiman, 1975 citados por Willis e Campbell, 1992). O modelo de crenças de saúde sugere que estas crenças centrais devem ser utilizadas para predizer a probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer (Ogden, 1999).

Janz e Becker (1984, citados por Sonstroem, 1988) fizeram uma revisão crítica de 46 estudos que utilizaram o HBM e assinalaram grande sucesso do modelo e na maioria das suas quatro principais dimensões.

O HBM, modificado por Hayslip et al. (1996), é composto pelos seguintes componentes:

Susceptibilidade Percebida para Sérios Problemas de Saúde (Perceived Susceptibility to Serious Health Problems). Neste componente são apresentadas dezasseis doenças ou percepção negativa de problemas de saúde incluindo a depressão, ataque de coração, artrite, obesidade e enfarte. Esta dimensão refere-se a percepção subjectiva que a pessoa tem do risco de contrair um problema de saúde (Strecher e Rosenstock, 1997).

Benefícios Percebidos com o Exercício (Expected Benefits of Exercise). Aqui estão apresentados treze efeitos (outcomes) potencialmente positivos associados com a actividade física/exercício foram desenvolvidos, incluindo perda de peso, sentir-se melhor psicologicamente, ficar mais forte, estar com amigos/socializar-se, e libertação de tensão. Um individuo só irá aceitar recomendações de saúde se percepcionar essa acção como potencialmente eficaz (Strecher e Rosenstock, 1997).

Barreiras Percebidas para Exercício (Barriers to Exercise). Dezassete razões para não se exercitar foram desenvolvidas, incluindo não ter tempo, inconveniente, lesão, custo e mau tempo. Os aspectos potencialmente negativos de uma acção de saúde particular pode actuar como impedimento para adoptar o comportamento recomendado (Strecher e Rosenstock, 1997).

Influência de Outros para o Exercício (Significant Others in Support of Exercise). Aqui estão presentes onze fontes potenciais de inspiração ou apoio relacionadas com o exercício incluindo cônjuge, parentes, crianças, médico (physician), colegas de trabalho e instrutores

Razões para a Acção (Cues to Action). Neste componente são apresentados doze factores potenciais foram identificados relativamente ao conhecimento da necessidade de exercício. Estes factores incluem recomendação médica, aviso de amigos, falta de ar, artigos de jornais/revistas, e a disponibilidade de um programa de exercício.

Quando aplicados à promoção da actividade física como meio de evitar o sedentárismo, realçando a saúde das pessoas podemos dizer que este modelo pretende incrementar:

1) a percepção da susceptibilidade de doença devido à inactividade;
2) a percepção de severidade das consequências da inactividade;
3) a crença na eficácia da actividade física como instrumento de prevenção da inactividade;
4) a percepção de barreiras mínimas para a prática de actividade física;
5) indicadores do meio favoráveis para a prática de actividade física;
6) adopção de um estilo de vida activo .

De acordo com o HBM, um indivíduo deve decidir exercitar regularmente se o estilo de vida sedentário for percebido como uma causa de alguns aspectos de saúde e se a actividade física regular é vista como diminuidora desse risco (Godin, 1994).

Em geral, a percepção de susceptibilidade tem recebido apoio substancial como um preditor de comportamentos de protecção de saúde (Janz & Becker, 1984 citados por Spoth & Redmond, 1995; Strecher e Rosenstock, 1997).

A percepção variável de benefícios no HBM tem sido definida como percepções sobre a utilidade de um comportamento de protecção de saúde em termos de redução da gravidade de risco ou mal (Weinstein, 1988 citado por Spoth & Redmond, 1995). Vários estudos e revisões da literatura sobre o valor predictivo destes constructos com a variedade de resultados de comportamento protector da saúde têm mostrado ser um dos mais fortes preditores das variáveis do HBM (e.g., Janz & Becker, 1984; Kelly et al., 1991; Norman & Fitter, 1989; Strecher, DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986 citados por Spoth & redmond, 1995).

Revisões sobre os numerosos estudos no papel das variáveis do HBM para predizer comportamentos preventivos de saúde tem mostrado que a percepção de barreiras para realizar os comportamentos preventivos foi o preditor mais poderoso (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1990 citados por Spoth & redmond, 1995; Strecher e Rosenstock, 1997). Barreiras são frequentemente definidas em termos de custos em tomar acções protectoras de saúde, incluindo tempo, esforço, e custos monetários associados com essas acções (Weinstein, 1988 citado por Spoth & redmond, 1995).

Numa revisão de 46 estudos, Janz e Becker (1984, citados por Bennet e Murphy, 1997) concluíram que os valores da susceptibilidade estavam significativamente associados com os comportamentos de saúde em 82% dos estudos, os valores da gravidade percebida em 65%, os benefícios em 82% e os custos em 100%. No entanto, embora tenham sido encontradas associações consistentes entre as dimensões do Modelo das Crenças de Saúde e o comportamento, a magnitude destas relações é geralmente baixa.

Num estudo com o HBM e exercício realizado por Slenker, Prince, Roberts e Jurs (1984) constatou-se que as "barreiras percebidas" para a acção foi o melhor predictor, explicando 40% da variação no comportamento de jogging. Outras variáveis incluindo motivação para a saúde, benefícios do jogging, complexidade percebida do jogging, percepção de severidade e susceptibilidade a doenças, e razões para a acção foi responsável por 56% da variação no comportamento de jogging. Os investigadores indicaram que todas as variáveis que afectam o comportamento de exercício podem potencialmente ser modificados através da educação. Estas descobertas têm implicações praticas para os profissionais do exercício.

Usando o efeito do tamanho (effect sizes), encontramos uma relação positiva significativa entre as dimensões do HBM e comportamentos de saúde (Harrison et al., 1992).

Crenças de saúde podem influenciar a intenção de se ser activo, mas as intenções falharam sempre na predição de participação subsequente (Dishman, s.d.; MacKeen, 1983 citados por Dishman et al., 1985).

Segundo Ogden (1999); vários estudos confirmam as hipóteses colocadas pelo modelo de crenças de saúde. A investigação indica que aceitar seguir um regime dietético, praticar sexo seguro, ser vacinado, fazer visitas regulares ao dentista e frequentar programas de prática regular de exercício está relacionado com a percepção de indivíduo da sua susceptibilidade a um determinado problema de saúde, com a crença da gravidade do problema e com a percepção de que os benefícios da acção preventiva são superiores aos custos. Neste sentido, Strecher e Rosenstock (1997) referem que se a percepção dos benefícios ultrapassa a percepção das barreiras o indivíduo terá maior probabilidade de adoptar a acção de saúde recomendada.

METODOLOGIA

3 - METODOLOGIA

3.1 - Amostra

A amostra é constituída por 285 sujeitos, sendo 184 do sexo feminino e 99do sexo masculino. Destes 285, 222 são professores e 60 são auxiliares de acção educativa e/ou outros funcionários das escolas, variando as idades dos 21 aos 70 anos (39,31 ±9,70).

No estudo estiveram envolvidas 7 escolas, sendo 2 do 3°ciclo e secundário, 1 do ensino secundário e 4 eram escolas EB2,3, sendo todas da cidade de Viseu. Da totalidade dos estabelecimentos de ensino da cidade só uma escola pública e uma escola particular não autorizaram a realização dos questionários.

Foram entregues um total de 850 questionários tendo sido devolvidos 333, dos questionários devolvidos 48 foram eliminados da amostra por se encontrarem incorrectamente preenchidos.

3.2 - Procedimentos

O questionário HBM foi por nós traduzido de acordo com as alterações realizadas por Hayslip. Na tradução estiveram envolvidas quatro professoras de Inglês que sugeriram algumas modificações à nossa tradução inicial. Dado que o questionário tem uma forte vertente relacionada com o desporto e actividade física, adoptamos o mesmo procedimento com professores de Educação Física para determinar se estas questões estavam explicitas. Procedemos à eleminação de uma questão por não se

enquadrar com a realidade Portuguesa (Counselor - fazia parte do grupo relativo à influência de outros).

Após esta primeira fase procedemos à realização de um pré-teste tendo tido o cuidado de o realizar numa amostra para a qual o questionário se destinava (professores e funcionários da escola). Neste pré-teste foi pedido aos inquiridos que nos dissessem quais as suas dúvidas no preenchimento para posterior alteração. O facto de nos encontrarmos presentes no momento das respostas facilitou a constatação das dificuldades no preenchimento, tendo em conta estas dificuldades o questionário foi alterado em pequenos pontos (anexo I).

Após a devida autorização dos conselhos executivos/directivos das várias escolas procedeu-se à aplicação dos questionários que, decorreu entre Julho e Setembro de 2000. Em algumas escolas só tivemos autorização para deixar os questionários ficando a direcção responsável pela sua distribuição (com excepção duma escola, foram nestas escolas que o número de questionários devolvidos foi menor e alguns foram eliminados por se encontrarem incorrectamente preenchidos). Noutras escolas foi-nos permitido aplicar o questionário pessoalmente.

3.3 - Medidas

O HBM, modificado por Hayslip et al. (1996), é composto pelos seguintes componentes:

Susceptibilidade Percebida para Sérios Problemas de Saúde (Perceived Susceptibility to Serious Health Problems) Dezasseis doenças ou percepção negativa de problemas de saúde incluindo a depressão, ataque de coração, artrite, obesidade e enfarte foram identificados. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado

aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou discordam com cada uma das dezasseis afirmações (i.e. os itens) relacionadas com a susceptibilidade para sérios problemas de saúde, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente). Relativamente a este componente foi realizada a análise factorial tendo sido criados 5 grupos. Tendo o resultado sido satisfatório para todos eles (como se pode ver no quadro que se segue).

Quadro nº4 - Itens pertencentes aos 4 grupo da susceptibilidade para problemas de saúde

Itens	Outros Problemas	Cardiovasculares	Psicológicos/ osteoporose	Peso
Demência	.71			
Inactividade	.70			
Artrite	.73			
Cancro	.74			
Solidão	.49			
Diabetes	.53			
Falta de força	.51			
Tensão arterial alta		.73		
Ataque cardíaco		.88		
Trombose		.86		
Depressão			.84	
Osteoporose			.43	
Perda de memória			.63	
Problemas de ansiedade			.85	
Obesidade				.83
Excessode peso				.85
Valor próprio	6.942	1.803	1.155	1.030
% variância total	43.385	11.267	7.217	6.435
α	.86	.89	.78	.89
número de itens	7	3	4	2

Benefícios Percebidos com o Exercício (Expected Benefits of Exercise) Treze efeitos (outcomes) potencialmente positivos associados com a actividade física/exercício foram desenvolvidos, incluindo perda de peso, sentir-se melhor psicologicamente, ficar mais forte, estar com amigos/socializar-se, e libertação de tensão. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou discordam com cada uma das treze afirmações (i.e. os itens) relacionadas com os benefícios percebidos com o exercício, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente). Relativamente a este componente foi realizada a análise factorial tendo

sido criados 3 grupos. Tendo o resultado sido satisfatório para todos eles (como se pode ver no quadro que se segue).

Quadro nº5 - Itens pertencentes aos 3 grupo dos Benefícios da Actividade Física

Itens	Físicos e Psicológicos	Aparência/Social	Cardiovasculares
Sentir-me melhor psicologicamente	.71		
Ficar mais forte	.46		
Melhorar a amplitude de movimentos e/ou mobilidade	.61		
Melhorar a condição física	.77		
Melhorar a disponibilidade mental	.71		
Melhorar a saúde	.53		
Libertar tensões	.70		
Poder perder peso		.54	
Estar com os amigos e/ou outras pessoas		.66	
Sentir-me mais jovem		.68	
Sentir-me realizado		.78	
Reduzir risco de ataque cardíaco			.84
Diminuir a tensão arterial			.87
Valor próprio	4.327	1.642	1.230
% variância total	33.283	12.635	9.458
α	.79	.66	.80
número de itens	7	4	2

Barreiras Percebidas para Exercício (Barriers to Exercise) Dezassete razões para não se exercitar foram desenvolvidas, incluindo não ter tempo, inconveniente, lesão, custo e mau tempo. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou discordam com cada uma das dezassete afirmações (i.e. os itens) relacionadas com as barreiras percebidas para o exercício, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente). Relativamente a este componente foi realizada a análise factorial tendo sido criados 5 grupos. Tendo o resultado sido satisfatório para todos eles com excepção do grupo relativo ao tempo (como se pode ver no quadro que se segue).

Quadro nº6 - Itens pertencentes aos 5 grupo das Barreiras para a Prática

Itens	Saúde	Motivação	Factores externos	Conflito com hábitos de vida	Tempo
Lesão	.70				
Fraca Condição Física	.52				
Po doença	.86				
Limitações de Saúde	.88				
Praticar Act. Física é aborrecido		.59			
Falta de motivação		.74			
Sinto-me demasiado cansado		.59			
Sou demasiado preguiçoso		.76			
Falta meio de transporte			.68		
Falta de instalações			.65		
O seu custo			.66		
Desaprovação e/ou falta de apoio de outras pessoas			.53		
Condições climatéricas desfavoráveis			.39		
A prática de Act. Física interfere com meu trabalho				.84	
A prática de Act. Física interfere com a minha vida familiar e/ou social				.78	
Falta de tempo disponível					.71
Inconveniência ("não me dá jeito")					.72
Valor próprio	4.051	2.253	1.555	1.254	1.082
% variância total	23.830	13.252	9.138	7.374	6.362
α	.77	.71	.65	.65	.45
número de itens	4	4	5	2	2

Razões para a Acção (Cues to Action) Doze factores potenciais foram identificados relativamente ao conhecimento da necessidade de exercício. Estes factores incluem recomendação médica, aviso de amigos, falta de ar, artigos de jornais/revistas, e a disponibilidade de um programa de exercício. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou discordam com cada uma das doze afirmações (i.e. os itens) relacionadas com as razões para praticar uma actividade física, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente). Relativamente a este componente foi realizada a análise factorial tendo sido criados 2 grupos. Tendo o resultado sido satisfatório para todos eles (como se pode ver no quadro que se segue).

Quadro nº7 - Itens pertencentes aos 2 grupo das Razões para a Prática de uma Actividade Física

Itens	Externas	Internas
Recomendação médica	.42	
Ver anúncios na televisão	.64	
Conselho de amigos	.75	
Conselho de familiares	.75	
Doença de um familiar	.76	
Doença de um amigo	.78	
Ler artigos de revista ou jornal	.69	
Sentir dificuldade em subir escadas		.76
Não me sentir confortável na roupa que visto		.72
Sentir dificuldade em fazer as tarefas do dia a dia		.78
Sentir dificuldades respiratórias		.72
Condições favoráveis para aprática		.45
Valor próprio	5.385	1.217
% variância total	44.871	10.141
α	.85	.79
número de itens	7	5

Influência de Outros para o Exercício (Significant Others in Support of Exercise) Onze fontes potenciais de inspiração ou apoio relacionadas com o exercício incluindo cônjuge, parentes, crianças, médico (physician), colegas de trabalho e instrutores. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou discordam com cada uma das onze afirmações (i.e. os itens) relacionadas com a influência de outros para o exercício, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente).

Foi ainda aplica um questionário relativo à intenção de manter a prática e sobre a intenção de iniciar a prática de uma actividade fisca. Este questionário era composto por:

Intenção para Manter a Prática Oito factores potenciais foram identificados relativamente à intenção de manter a prática. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou

discordam com cada uma das oito afirmações (i.e. os itens) relacionadas com a intenção de manter a pratica de uma actividade física, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente). Relativamente a este componente foi realizada a análise factorial tendo sido criados 2 grupos. Tendo o resultado sido satisfatório para todos eles (como se pode ver no quadro que se segue).

Quadro nº8 - Itens pertencentes aos 2 grupos das intenções para Manter a prática

Manter a Prática	Não Manter a pràtica
Tenho intenção de continuar a praticar regularmente uma actividade física Quero continuar a praticar a actividade física que pratico actualmente Estou a pensar praticar a actividade física que pratico actualmente Tenho que praticar a actividade física que pratico actualmente Estou determinado a praticar a actividade física que pratico actualmente	Estou a pensar abandonar a prática regular de actividade física Não estou a pensar continuar a praticar a actividade física que pratico actualmente Em princípio, vou deixar de praticar a actividade física que pratico actualmente
α=.81	α=.77

Intenção para Iniciar a Prática Oito factores potenciais foram identificados relativamente à intenção de iniciar a prática. Para que seja possível atingir este objectivo, foi solicitado aos inquiridos para indicarem o modo como concordam ou discordam com cada uma das oito afirmações (i.e. os itens) relacionadas com a intenção de iniciar a pratica de uma actividade física, recorrendo a escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 = discordo completamente a 5 = concordo completamente). Relativamente a este componente foi realizada a análise factorial tendo sido criados 2 grupos. Tendo o resultado sido satisfatório para todos eles (como se pode ver no quadro que se segue).

Quadro nº9 - Itens pertencentes aos 2 grupos das intenções para Iniciar a prática

Iniciar a Prática	Não Iniciar a pràtica
Tenho intenção de iniciar a prática de uma actividade fisca com regularidade	Não estou a pensar iniciar a prática regular de actividade fisica
Quero iniciar a prática de uma actividade fisica com regularidade	Não tenciono iniciar a prática regular de qualquer tipo de actividade fisica
Em principio, vou iniciar a prática de uma actividade fisica com regularidade	
Tenho que praticar uma actividade fisica com regularidade	
Estou determinado a iniciar a prática regular de qualquer tipo de actividade fisica	
α=.92	α=.81

3.4 - Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos no presente estudo foram tratados estatísticamente: média, desvio padrão, t-test, Anova One-way, análise factorial exploratória e correlação de Person.

O nível de significância foi estabelecido em 5%.

Todos os dados foram tratados estatisticamente atraves do programa SPSS for Windows versão 10.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 - AMOSTRA TOTAL

Os quadros que se seguem referem-se à amostra total, encontrando-se agrupados em vários grupos de acordo com a analise factorial.

4.1.1- Barreiras para a prática

O quadro que se segue apresenta as barreiras para a prática percebidas pela totalidade dos inquiridos:

Quadro nº10 - Barreiras para a prática de uma actividade física

Saúde	Motivação	Factores Externos	Conflito com hábitos de vida	Tempo
X SD	X SD	X SD	X SD	X SD
1,75 ±,84	2,35 ±,91	1,86 ±,69	2,37 ±1,04	2,93 ±1,00

Os factores mais referenciados pelos inquiridos foram o tempo, os conflitos com hábitos de vida, e ainda, a motivação.

4.1.2 - Benefícios da actividade física

O quadro que se segue apresenta os benefícios percebidos, pela totalidade dos inquiridos, relativamente à prática de uma actividade física:

Quadro nº11 - Benefícios da actividade física

Físicos e Psicológicos X SD	Aparência/social X SD	Cardiovasculares X SD
4,20 ±,50	3,33 ±,78	3,72 ±,87

O factor que é mais valorizado pelos inquiridos refere-se aos benefícios físico e psicológicos, seguindo-se os benefícios cardiovasculares.

4.1.3- Razões para a prática

No quadro nº12 estão presentes os valores atribuídos pela totalidade da amostra às razões que os levam/levariam à prática de uma actividade física:

Quadro nº12 - Razões para a prática

Externas X SD	Internas X SD
2,19 ±,77	2,61 ±,83

As razões mais valorizadas são as razões internas.

4.1.4 - Susceptibilidade para problemas de saúde

A susceptibilidade para problemas de saúde percebidos pela totalidade da amostra esta patente no quadro nº13 :

Quadro nº13 - Susceptibilidade para problemas de saúde

Outros Problemas	Cardiovasculares	Psicológicos/ Osteoporose	Peso
X SD	X SD	X SD	X SD
2,52 ±,84	2,87 ±1,06	2,98 ±,92	3,07 ±1,24

O grupo a que é atribuído maior valor pelos inquiridos é o grupo referente ao peso seguindo-se o grupo dos problemas psicológicos/osteoporose.

4.1.5 - Intenção de manter a prática de uma actividade física

Nos quadros que se seguem estão patentes as intenções de se manter/iniciar a prática de uma actividade física ou de a abandonar.

Quadro nº14 - Intenção de manter a prática de uma actividade física

Manter	Não Manter
X SD	X SD
3,35 ±,66	1,38 ±,63

Constatamos que na amostra total, os sujeitos que praticam uma actividade física, atribuem maior importância à manutenção da mesma comparativamente com os que referem a intenção de abandonar a prática.

Quadro nº15 - Intenção de iniciar a prática de uma actividade física

Iniciar	Não Iniciar
X SD	X SD
3,33 ±1,02	2,13 ±1,17

Os indivíduos da amostra total que não praticam nenhuma actividade física atribuem uma importância maior à intenção de iniciar a prática do que à intenção de a não iniciar.

4.2 - COMPARAÇÃO ENTRE PROFISSÕES

Os quadro que se seguem referem-se à importância atribuída aos diferentes factores, tendo em conta a profissão dos inquiridos.

4.2.1 - Barreiras para a prática

No quadro nº16 podemos analisar a percepção de barreiras para a prática de uma actividade física de acordo com a profissão dos inquiridos:

Quadro nº16 - Barreiras para a prática de acordo com a profissão

	Professores		AAE/FS		t-test	
Barreiras	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Saúde	5º	1,64 ±,77	4º	2,18 ±,95	-4,05	,000
Motivação	3º	2,33 ±,91	2º	2,39 ±,90	-,44	,656
Factores Externos	4º	1,75 ±,63	3º	2,26 ±,75	-4,78	,000
Conflito com hábitos de vida	2º	2,44 ±1,07	5º	2,13 ±,94	2,07	,039
tempo	1º	2,95 ±,99	1º	2,89 ±1,03	,40	,689

Os professores e os AAE/FS atribuem um valor mais alto à barreira tempo. É, ainda de realçar que os professores atribuem, em segundo lugar, um valor mais elevado aos conflitos com hábitos de vida enquanto esta barreira só aparece em quinta posição para os AAE/FS, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa nesta barreira. Onde, também, encontramos uma diferença estatisticamente significativa é nas barreiras relacionadas com a saúde e com factores externos, sendo ambas mais valorizadas pelos AAE/FS

4.2.2 - Benefícios da actividade física

As diferenças entre o grupo dos professores e dos AAE/FS, relativamente aos benefícios percebidos da actividade física, estão patentes no quadro seguinte:

Quadro nº17 - Benefícios da actividade física de acordo com a profissão

	Professores		AAE/FS		t-test	
Benefícios	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Físicos e Psicológicos	1º	4,22 ±,47	1º	4,12 ±,56	1,39	,164
Aparência/social	3º	3,26 ±,77	3º	3,59 ±,76	-2,94	,004
Cardiovasculares	2º	3,73 ±,84	2º	3,64 ±,97	,74	,458

Os benefícios físicos e psicológicos aparecem em primeiro lugar das preferências tanto do professores como dos AAE/FS. É de salientar que os funcionários atribuem um valor superior aos benefícios relacionados com a aparência/social comparativamente com os professores, apesar de este benefícios ocupar a mesma posição na ordem de preferências de ambos os grupos

4.2.3 - Razões para a prática de uma actividade física

O quadro que se segue apresenta as razões para a prática de uma actividade física percebida pelo grupo dos professores e AAE/FS.

Quadro nº18 - Razões para a prática de uma actividade física de acordo com a profissão

	Professores		AAE/FS		t-test	
Razões	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Externas	2º	2,16 ±,77	2º	2,33 ±,74	-1,53	,127
Internas	1º	2,56 ±,82	1º	2,78 ±,80	-1,78	,075

Ambos os grupos profissionais atribuem maior valor às razões internas. No entanto verificamos que os AAE/FS atribuem valores mais altos aos dois factores comparativamente com os professores apesar de estas diferenças não serem estatisticamente significativas.

4.2.4 - Susceptibilidade para problemas de saúde

No quadro apresenta-se os valores atribuídos pelos inquiridos relativamente à percepção da susceptibilidade de sofre ou vir a sofre vários problemas de saúde:

Quadro nº18 - Susceptibilidade de sofrer ou vir a sofre de vários problemas de saúde

	Professores		AAE/FS		t-test	
Problemas	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Outros Problemas	4º	2,54 ±,86	4º	2,42 ±,76	,98	,326
Cardiovasculares	3º	2,96 ±1,06	3º	2,52 ±,97	2,85	,005
Psicológicos/osteoporose	2º	2,99 ±,91	1º	2,96 ±,96	,19	,844
Peso	1º	3,11 ±1,25	2º	2,94 ±1,21	,98	,328

Os problemas relacionados com o peso são aqueles a que o grupo dos professores atribui um valor mais alto, enquanto no grupo dos AAE/FS o que aparece com o valor mais alto são os problemas psicológicos e osteoporose. Apesar do que foi referido os professores apresentam um valor mais alto do que os AAE/FS nos problemas psicológicos e osteoporose.

É de realçar que, apesar dos problemas cardiovasculares ocuparem a terceira posição em ambos os grupos, a diferença entre eles é estatisticamente significativa, apresentado os professores um valor mais alto.

4.2.5 - Intenção de manter/iniciar a prática de uma actividade física

As diferenças entre profissões relativamente às intenções de manter/iniciar a prática de uma actividade física estão expostas no quadro que se segue:

Quadro nº19 - Intenção de manter/iniciar a prática de uma actividade física

	Professores	AAE/FS	t-test	
Intenções	X SD	X SD	t	Sig
Manter	4,46 ±,63	3,92 ±,61	3,39	,001
Não Manter	1,31 ±,61	1,66 ±,60	-2,24	,028
Iniciar	3,40 ±1,01	3,09 ±1,02	1,70	,090
Não Iniciar	2,04 ±1,17	2,50 ±1,09	-2,20	,029

O grupo dos professores atribui um valor superior à intenção de manter a prática e também à intenção de iniciar a prática. Estes dois factores também são os mais valorizados pelos AAE/FS. Salienta-se que em ambos os grupos é atribuído um valor baixo à intenção de não manter a prática de uma actividade física, no entanto, o grupo dos AAE/FS atribui um valor superior comparativamente com os professores, apresentando-se esta diferença estatisticamente significativa.

Também a intenção de não iniciar a prática apresenta valores superiores no grupo dos AAE/FS, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

4.3 - COMPARAÇÃO ENTRE SEXOS

Os quadro que se seguem referem-se à importância dada aos diferentes factores, tendo em conta o sexo dos indivíduos.

4.3.1 - Barreiras para a prática

Os dados referentes às barreiras para a prática de uma actividade física, percebidas pelos diferentes sexos, estão presentes no quadro que se segue:

Quadro nº20 - Barreiras percebidas tendo em conta o sexo

	Homens		Mulheres		t-test	
Barreiras	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Saúde	5º	1,81 ±,79	5º	1,72 ±,86	,83	,406
Motivação	3º	2,22 ±,86	3º	2,42 ±,93	-1,71	,088
Factores Externos	4º	1,82 ±,68	4º	1,88 ±,70	-,65	,516
Conflito com hábitos de vida	2º	2,25 ±,95	2º	2,44 ±1,09	-1,49	,136
tempo	1º	2,74 ±,93	1º	3,03 ±1,02	-2,37	,018

O valor mais levado para as barreiras para a prática é atribuído, em ambos os grupos, ao factor tempo. Apresentado uma maior valorização por parte das mulheres, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

A ordem de valorização entre as barreiras é igual tanto para os homens como para as mulheres, no entanto, tirando a barreira referente à saúde, as mulheres atribuem um valor maior a todas as outras.

4.3.2-Benefícios da actividade física

No quadro podemos analisar a percepção dos benefícios da actividade física tendo em conta o sexo dos inquiridos:

Quadro nº21 - Benefícios da actividade física tendo em conta o sexo

	Homens		Mulheres		t-test	
Benefícios	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Físicos e Psicológicos	1°	4,22 ±,50	1°	4,18 ±,49	,63	,527
Aparência/social	3°	3,33 ±,68	3°	3,33 ±,83	,01	,987
Cardiovasculares	2°	3,93 ±,86	2°	3,59 ±,85	3,21	,001

Os benefícios físicos e psicológicos foram os que receberam o valor mais alto por ambos os sexos. É de salientar que os benefícios cardiovasculares apresentam uma diferença estatisticamente significativa, sendo-lhe atribuído um valor mais alto por parte dos homens.

4.3.3 - Razões para a prática

No quadro que se segue estão presentes os dados referentes à percepção das razões para a prática de uma actividade física de acordo com o sexo dos inquiridos:

Quadro nº22 - Razões para a prática de uma actividade física tendo em conta o sexo

	Homens		Mulheres		t-test	
Razões	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Externas	2º	2,11 ±,81	2º	2,24 ±,74	-1,31	,191
Internas	1º	2,44 ±,87	1º	2,70 ±,78	-2,53	,012

A ordem atribuída das razões para a prática é igual em ambos os grupos, ocupando as razões internas uma preferência superior em relação às externas.

O grupo das mulheres dá um valor superior, comparativamente aos homens, às razões internas apresentando-se esta diferença estatisticamente significativa.

4.3.4 - Susceptibilidade para problemas de saúde

A percepção que os inquiridos de ambos os sexos têm relativamente à susceptibilidade de virem a sofre de vários problemas de saúde está patente no quadro seguinte:

Quadro nº23 - Susceptibilidade para problemas de saúde tendo em conta o sexo

	Homens		Mulheres		t-test	
Problemas	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Outros Problemas	4º	2,46 ±,93	4º	2,55 ±,78	-,84	,400
Cardiovasculares	2º	3,03 ±1,13	3º	2,79 ±1,02	1,77	,077
Psicológicos/osteoporose	3º	2,65 ±,94	1º	3,16 ±,86	-4,49	,000
Peso	1º	3,05 ±1,24	2º	3,09 ±1,24	-,30	,761

Ambos os grupo atribuem um valor elevado ao factor peso, no entanto é de realçar que este factor é o mais importante para o grupo dos homens, enquanto no grupo das mulheres o factor que se apresenta como mais importante é o que se refere a problemas psicológicos/osteoporose. Os problemas psicológicos apresentam uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

4.3.5 - Intenção de manter/iniciar a prática de uma actividade física

As diferenças entre sexos relativamente às intenções de manter/iniciar a prática de uma actividade física estão presentes no quadro que se segue:

Quadro nº24 - Intenções de manter/iniciar a prática tendo em conta o sexo

	Homens	Mulheres	t-test	
Intenções	X SD	X SD	t	Sig
Manter	4,35 ±,64	4,35 ±,67	,02	,980
Não Manter	1,24 ±,49	1,47 ±,69	-1,89	,061
Iniciar	3,43 ±,94	3,28 ±1,05	,94	,345
Não Iniciar	2,00 ±1,01	2,19 ±1,24	-1,11	,269

Tanto os homens como as mulheres dão maior importância à intenção de manterem a prática da actividade física que já praticam, sendo dado pouco relevo ao abandono dessa prática.

Nos sujeitos que não praticam qualquer actividade física nota-se uma importância maior relativamente à intenção de iniciar a prática de uma actividade física.

4.4 - COMPARAÇÃO ENTRE ESCALÕES ETÁRIOS

Nos quadros que se seguem estão presentes as diferenças entre escalões etários relativamente à importância dada aos vários factores.

4.4.1 - Barreiras para a prática

As barreiras para a prática, percebidas pelos vários escalões etários, estão patentes no quadro seguinte:

Quadro nº25 - Barreiras para a prática tendo em conta o escalão etário

Barreiras	21 – 29 (1) Ordem	X SD	30 – 39 (2) Ordem	X SD	40 – 49 (3) Ordem	X SD	50 ... (4) Ordem	X SD	ANOVA F	sig
Saúde	5º	1,64 ±,69	5º	1,70 ±,85	4º	1,79 ±,86	4º	1,93 ±,88	1,14	,333
Motivação	2º	2,43 ±,98	3º	2,28 ±,96	3º	2,31 ±,84	3º	2,36 ±,85	,31	,813
Factores externos	4º	1,98 ±,70	4º	1,88 ±,74	5º	1,78 ±,69	5º	1,79 ±,55	1,09	,350
Conflito com hábitos de vida	3º	2,12 ±,96	2º	2,34 ±1,07	2º	2,51 ±1,04	2º	2,39 ±1,12	1,60	,190
Tempo	1º	2,99 ±,93	1º	2,97 ±,95	1º	2,95 ±1,05	1º	2,75 ±1,09	,53	,658

Todos os grupos etários atribuem o valor mais alto às barreiras relacionadas com o tempo, seguindo se o factor referente aos conflitos com hábitos de vida com excepção para o escalão dos 20/29 anos que coloca em segunda posição a motivação.

4.4.2 - Benefícios da actividade física

No quadro nº26 estão presentes os valores atribuídos pelos diferentes escalões etários à percepção dos benefícios da actividade física.

Quadro nº26 - Benefícios da actividade física tendo em conta o escalão etário

Benefícios	21 – 29 (1) Ordem	X SD	30 – 39 (2) Ordem	X SD	40 – 49 (3) Ordem	X SD	50 ... (4) Ordem	X SD	ANOVA F	sig
Físicos e Psicológicos	1º	4,14 ±,46	1º	4,26 ±,49	1º	4,21 ±,48	1º	4,11 ±,58	1,10	,348
Aparência/social	3º	3,40 ±,75	3º	3,20 ±,83	3º	3,38 ±,73	3º	3,37 ±,81	1,11	,345
Cardiovasculares	2º	3,60 ±,84	2º	3,62 ±,91	2º	3,82 ±,86	2º	3,73 ±,85	1,08	,357

A ordem atribuída por todos os escalões etários aos benefícios é a mesma, recebendo o valor mais elevado os benefícios físicos e psicológicos, seguindo-se os cardiovasculares e por último os relacionados com a aparência/social.

4.4.3 - Razões para a prática

Os valores atribuídos, por cada escalão etário, às razões para a prática de uma actividade física estão patentes no quadro que se segue:

Quadro nº27 - Razões para a prática tendo em conta o escalão etário

Razões	21 – 29 (1) Ordem	X SD	30 – 39 (2) Ordem	X SD	40 – 49 (3) Ordem	X SD	50 ... (4) Ordem	X SD	ANOVA F	sig
Externas	2º	2,29 ±,83	2º	2,13 ±,72	2º	2,19 ±,79	2º	2,20 ±,74	,47	,697
Internas	1º	2.78 ±,83	1º	2,49 ±,80	1º	2.60 ±,86	1º	2,59 ±,74	1,42	.236

As razões internas são as que todos os escalões etários atribuem um valor superior.

4.4.4 - Susceptibilidade para problemas de saúde

O quadro nº28 refere-se à percepção que os indivíduos têm relativamente ao risco de sofrer ou vir a sofrer de vários problemas de saúde.

Quadro nº28 - Susceptibilidade para problemas de saúde tendo em conta o escalão etário

Problemas	21 – 29 (1) Ordem	X SD	30 – 39 (2) Ordem	X SD	40 – 49 (3) Ordem	X SD	50 ... (4) Ordem	X SD	ANOVA F	sig
Outros Problemas	4º	2,34 ±,80	4º	2,42 ±,80	4º	2,58 ±,82	4º	2,75 ±,91	2,54	,057
Cardiovasculares	2º	2,70 ±1,04	3º	2,65 ±1,00	2º	3,08 ±1,08	3º	3,09 ±1,12	3,59	,014 (2 Vs 3)
Psicológicos/ Osteoporose	3º	2,69 ±1,01	1º	3,07 ±,87	3º	2,97 ±,94	2º	3,15 ±,86	2,58	,054
Peso	1º	3,01 ±1,22	2º	2,82 ±1,16	1º	3,19 ±1,30	1º	3,35 ±1,23	2,22	,086

Todos os escalões etários, com excepção do escalão dos 30/39, atribuem valor mais alto aos problemas de peso. Enquanto o grupo dos 30/39 coloca em primeiro lugar os problemas psicológicos.

Os problemas cardiovasculares apresentam diferença estatisticamente significativa entre os escalões dos 30/39 e os 40/49, sendo este problema colocado em segundo lugar pelo grupo dos 40/49 enquanto o grupo dos 30/39 o colocam em terceiro.

4.4.5 - Intenção de manter/iniciar a prática

As diferenças entre os vários escalões etários, relativamente à intenção de manter/iniciar a prática de uma actividade física, estão presentes no quadro que se segue:

Quadro nº28 - Intenção de manter/iniciar a prática tendo em conta o escalão etário

	21 – 29 (1)		30 – 39 (2)		40 – 49 (3)		50 ... (4)		ANOVA	
Intenções	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	F	sig
Manter	4,01	±,85	4,37	±,64	4,50	±47	4,25	±,77	2,33	,080
Não Manter	1,72	±,92	1,33	±,56	1,25	±,44	1,47	±,66	2,39	,074
Iniciar	3,61	±,82	3,28	±1,09	3,33	±1,01	3,13	±1,07	1,38	,249
Não Iniciar	1,94	±1,03	2,00	±1,19	2,28	±1,15	2,30	±1,32	1,18	,343

Em todos os escalões etários, os indivíduos que já praticam uma actividade apresentam valores altos relativamente à intenção de manter essa prática. Enquanto que aqueles que não praticam tem valores elevados na intenção de iniciar a prática de uma actividade física.

4.5 - COMPARAÇÃO ENTRE PRATICANTES E NÃO PRATICANTES

Os quadro que se seguem referem-se à importância dada aos diferentes factores, tendo em conta o facto de os inquiridos serem ou não praticantes de uma actividade física

4.5.1 - Barreiras para a prática

No quadro nº29 podemos analisar a percepção das barreiras para a prática de uma actividade física, tendo em conta o facto de os inquiridos serem ou não praticantes.

Quadro nº29 - Barreira para a prática tendo em conta o nível de prática

	Praticantes		Não Praticantes		t-test	
Barreiras	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Saúde	4º	1,78 ±,88	5º	1,74 ±81	,365	,716
Motivação	3º	1,97 ±,82	2º	2,54 ±,89	-5,16	,000
Factores Externos	5º	1,70 ±,62	4º	1,94 ±,71	-2,73	,007
Conflito com hábitos de vida	2º	2,23 ±1,06	3º	2,45 ±1,03	-1,67	,096
tempo	1º	2,72 ±1,05	1º	3,03 ±,96	-2,46	,014

Tanto os praticante como os não praticantes atribuem um valor mais alto às barreiras relacionadas com o tempo, apresentando-se a diferença entre ambos os grupos estatisticamente significativa, dando os não praticantes um valor superior relativamente ao outro grupo.

Em segundo lugar aparece o conflito com hábitos de vida para os praticantes, enquanto os não praticantes colocam a motivação como a segunda barreira. A motivação apresenta-se com uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, assim como os factores externos que também recebem um valor mais alto por parte dos não praticantes.

4.5.2-Benefícios da actividade física

No quadro nº30 podemos analisar a percepção dos benefícios da prática de uma actividade física tendo em conta o facto dos inquiridos serem ou não praticantes de uma actividade física:

Quadro nº30 - Benefícios da actividade física tendo em conta o nível de prática

	Praticantes		Não Praticantes		t-test	
Benefícios	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Físicos e Psicológicos	1º	4,30 ±,38	1º	4,14 ±,54	2,87	,004
Aparência/social	3º	3,29 ±,73	3º	3,35 ±,80	-,62	,531
Cardiovasculares	2º	3,75 ±,82	2º	3,69 ±,89	,57	,568

Os benefícios que recebem um valor mais elevado são os benefícios físicos e psicológicos, apresentando uma diferença estatisticamente significativa, sendo mais valorizados pelo grupo dos praticantes.

4.5.3 - Razões para a prática

As razões para a prática referidas pelo grupo dos praticantes e não praticantes estão patentes no quadro :

Quadro nº31 - Razões para a prática tendo em conta o nível de prática

	Praticantes		Não Praticantes		t-test	
Razões	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Externas	2º	2,09 ±,84	2º	2,24 ±,72	-1,45	,147
Internas	1º	2,53 ±,86	1º	2,65 ±,80	-1,07	,282

Ambos os grupos atribuem um valor maior às razões internas para a prática de uma actividade física.

4.5.4 - Susceptibilidade para problemas de saúde

O quadro nº32 apresenta a percepção que os praticantes e não praticantes têm relativamente à susceptibilidade de sofrer ou vir a sofre de vários problemas de saúde:

Quadro nº32 - Susceptibilidade para problemas de saúde tendo em conto o nível de prática

	Praticantes		Não praticantes		t-test	
Problemas	Ordem	X SD	Ordem	X SD	t	Sig
Outros Problemas	4º	2,44 ±,82	4º	2,56 ±,85	-1,13	,259
Cardiovasculares	3º	2,72 ±1,03	3º	2,95 ±1,07	-1,66	,098
Psicológicos/osteoporose	2º	2,88 ±,96	2º	3,03 ±,90	-1,29	,198
Peso	1º	3,00 ±1,23	1º	3,12 ±1,25	-,76	,443

Os problemas de peso são os que ambos os grupo atribuem um valor maior seguindo-se os problemas psicológicos/osteoporose. É de realçar que, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, o grupo dos não praticantes atribuiu valores superiores a todos os problemas comparativamente com os praticantes.

4.5.5 - Intenção de manter/iniciar a prática

O quadro que se segue aponta as intenções dos indivíduos manterem/iniciarem uma actividade física:

Quadro nº33 - Intenção de manter/iniciar a prática tendo em conta o nível de prática

	Praticantes		Não Praticantes	
Intenções	X	SD	X	SD
Manter	4,34 ±,66		-	
Não Manter	1,38 ±,63		-	
Iniciar	-		3,34 ±1,01	
Não Iniciar	-		2,13 ±1,17	

Da análise do quadro podemos verificar que os praticantes apresentam valores elevados relativamente à manutenção de uma actividade física e que os não praticantes apresentam valores elevados relativamente a intenção de iniciarem a prática de uma actividade física.

4.6 - CORRELAÇÃO

No quadro que se segue estão patentes as correlações entre os vários grupos que constituem o questionário por nós aplicado e a intenção de manter ou iniciar a prática de uma actividade física:

Quadro nº33 - Correlação entre os vários grupos do questionário e a intenção de manter/iniciar a prática

		Intenções	
Grupos	Factores	Manter	Iniciar
Barreiras	Saúde	-,127	-,100
	Motivação	-,184	-,140
	Factores Externos	-,310**	-,156*
	Conflito com hábitos de vida	-,045	-,001
	Tempo	,054	,067
Benefícios	Físicos e Psicológicos	,271**	,319**
	Aparência/Social	,018	,357**
	Cardiovasculares	,124	,224**
Razões	Externas	-,275**	,187*
	Internas	-,246*	,186*
Susceptibilidade	Outros Problemas	-,013	,206**
	Cardiovasculares	-,012	,094
	Psicológicos/Osteoporose	-,116	,121
	Peso	-,051	,209**

As barreiras para a prática correlacionam-se negativamente com a intenção de manter a prática de uma actividade física com excepção do factor tempo. Nas barreiras salientam-se os factores externos como estatisticamente significativos. Na intenção de iniciar a prática de uma actividade física verificam-se valores semelhantes, temos uma correlação positiva com o factor tempo, enquanto as restantes barreiras têm uma correlação negativa. Também aqui os factores externos têm uma diferença estatisticamente significativa.

No que diz respeito aos benefícios todos eles se correlacionam positivamente tanto com a intenção de manter como com a intenção de iniciar a prática de uma actividade física. A correlação com a intenção de iniciar é sempre estatisticamente

significativa, enquanto que na intenção de manter a prática só os benefícios físicos e psicológicos apresentam valores estatisticamente significativos.

Todas as razões referidas pelos inquiridos apresentam valores estatisticamente significativos com a intenção de manter e iniciar a prática. Esta correlação é negativa para a intenção de manter a prática e positiva para a intenção de iniciar a prática de uma actividade física.

Relativamente aos problemas verifica-se uma correlação negativa de todos eles em relação à intenção de manter a prática. Já na intenção de iniciar a prática todos os valores da correlação são positivos, sendo de realçar que tanto o peso como os outros problemas apresentam valores estatisticamente significativos.

DISCUSSÃO

5 - DISCUSSÃO

Neste estudo, propusemo-nos analisar as crenças sobre a saúde e a sua relação com a prática de uma actividade física.

Neste sentido, verificou-se que a barreira para a prática percebida como mais importante para todos os sujeitos foi o tempo disponível, estando este dado em conformidade com a bibliografia por nós consultada. Na realidade, também Jackson et al. (1999), Dishman et al. (1985), Willis e Campbell (1992) e Pitts (1996) referiram que a falta de tempo é a principal barreira para a não participação ou manutenção de uma actividade física de forma regular. Ainda segundo Wankell (1988), e de acordo com estudos desenvolvidos no Canada (Canada Fitness Survey e Fitness Ontario), a falta de tempo foi a barreira mais referida por todos os grupos destes estudos para não praticar uma actividade física.

A segunda barreira indicada pelos inquiridos está relacionada com os conflitos com os hábitos de vida. Esta barreira parece ter uma certa relação com o tempo, pois o facto de uma pessoa estar ocupada com uma actividade física pode ocupar uma determinada parcela de tempo da sua vida quotidiana que, habitualmente, estaria a ser ocupada com outra actividade.

Foi atribuído um valor mais baixos à barreira relacionada com a saúde, apresentando-se como um indicador de que esta barreira não é a mais importantes. Parece-nos que o facto dos elementos da amostra usufruírem da assistência médica da ADSE pode, eventualmente, permitir que estes problemas sejam acompanhados numa fase em que ainda se estão a desenvolver.

Para além deste facto, é de sublinhar a pouca importância atribuída aos factores externos (onde temos barreiras como a falta de meio de transporte, o custo e a falta de

instalações). Estes resultados parecem-nos naturais pois, no local onde realizamos o estudo existem algumas instalações desportivas que se encontram perto do centro da cidade, adicionalmente, o facto de, normalmente, grande parte dos professores e dos AAE/FS terem viatura própria (ou pelo menos o seu agregado familiar) pode levar a que a sensação de falta de transportes não seja tão marcante. Também devemos ter em conta que nas proximidades do centro da cidade existem três piscinas, um parque com circuito de manutenção, vários ginásios e ainda, as instalações desportivas da escola.

De referir que estas duas barreiras (saúde, Factores externos) também não foram consideradas como das mais importantes nos estudos de Steinhardt e Dishman (1989 citados por Jackson et al., 1999).

Quando fazemos a comparação dos valores atribuídos às barreiras para a prática da actividade física em função do sexo e dos elementos da amostra, constatamos que ambos valorizam o tempo; no entanto a esta razão é atribuído um valor maior por parte das mulheres. Esta diferença pode dever-se ao facto de muitas mulheres terem a função de mãe e/ou dona de casa, o que juntamente com a carreira profissional pode originar uma maior percepção de falta de tempo. Também verificamos que a falta de motivação é mais destacada pelas mulheres. A este respeito é de salientar que se as mulheres, depois do trabalho na escola, ainda tiverem que gerir todo um horário onde a hora da refeição, de tratar dos filhos e de tratar da casa lhe ocupam muito tempo, provavelmente não terão grande motivação para realizar uma actividade física.

Ao compararmos as respostas, dos AAE/FS e dos Professores verificamos que os AAE/FS atribuiram um valor mais elevado às barreiras para a prática de actividade física. As únicas barreiras relativamente às quais os professores indicaram valores mais elevados foram o tempo e o conflito com os hábitos de vida. Estas diferenças talvez se fiquem a dever ao facto da profissão docente implicar que se faça muito trabalho extra-

aulas, o que faz com que os professores levem trabalho para casa, enquanto os AAE/FS não têm que trabalhar depois do final do tempo de serviço na escola. Em ambos os grupos o tempo é o factor ao qual é atribuído o valor mais alto.

Relativamente aos AAE/FS, verificamos que apresentam diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à saúde e aos factores externos. Parece-nos que o valor mais elevado atribuído aos factores externos pode ficar a dever-se à diferença de salários entre ambos os grupos. O aspecto anterior também pode ter relação com o maior valor atribuído a barreira saúde pois, a questão financeira pode ter um papel importante ao representar um encargo no orçamento dos AAE/FS. Por exemplo, se um professor se lesionar tem um suporte financeiro que lhe permite recorrer a um médico e fazer tratamentos para curar essa lesão. Um AAE/FS pode optar por deixar que o tempo cure a sua lesão, o que faz com que fique mais tempo inactivo e sujeito a que a lesão fique mal curada e volte a repetir-se.

Comparando os resultados tendo em conta o escalão etário dos indivíduos não verificamos diferenças estatisticamente significativas. É de realçar que, mais uma vez, o tempo é mais valorizado por todos os escalões etários.

Quando comparamos os valores atribuídos às barreiras para a prática de uma actividade física, de acordo com o nível de prática dos inquiridos, verificamos que os valores relativos ao tempo, factores externos e motivação apresentam diferença estatisticamente significativa; com os maiores valores a corresponderem aos não praticantes. A questão do tempo como barreira para a prática foi também referida por vários autores (Jackson et al., 1999; Dishman et al., 1985; Willis e Campbell, 1992; Pitts, 1996; Cananda Fitnes Survey e Fitness Ontario citados por Wankell, 1988).

É de realçar que, por vezes, estas barreiras têm a ver mais com uma desculpa do que com uma verdadeira barreira. Johnson (2000) assinalou que, das muitas razões

dadas para não se praticar uma actividade física, algumas são desculpas auto-justificativas para não se aderir à prática. Este aspecto é notório quando se fala dos factores externos, já que existem nas escolas instalações desportivas que podem ser usadas, desde que não colidam com as actividades lectivas e, como são no local de trabalho, não implicam a necessidade de deslocações das pessoas. Por esta razão, parece-nos que os não praticantes tentam valorizar barreiras que auto-justifiquem a sua não adesão à prática, talvez por isso atribuam um valor mais elevado para a barreira motivação. Parece-nos que esta barreira se próxima mais das verdadeiras razões para não praticarem uma actividade física, sendo atribuído um valor claramente superior, comparativamente com os praticantes, à falta de motivação.

Ao analisarmos as correlações entre as diferentes barreiras para a prática de uma actividade física e a intenção de manter/iniciar a prática, verificamos que somente em relação aos factores externos se verifica um valor estatisticamente significativo. Estas barreiras correlacionam-se negativamente com a intenção de manter/iniciar a prática de uma actividade física.

No que se refere aos benefícios da actividade física constatámos que os benefícios físicos e psicológicos foram os que receberam um valor maior. Este resultado é consistente com o que é assinalado por Wilmore (1982), Steinhard e Dishman (1989 citado por Jackson et al., 1999), Taylor, Sallis e Needle (1985), ISSP (1993) e por Morgan e Goldston (1987). Nestes benefícios encontramos a saúde, que é referida como um benefício por variadíssimos autores (Mota, 1991; Wilmore, 1982; Sallis e Owen, 1998; Powell, 1988; Barata, 1997; Shephard, 1997; Haskell, 1984; Blair, 1994a; King e Martin, 1993; Haskell, 1994b). A importância dada aos benefícios físicos e psicológicos vai no sentido de um crescente interesse do exercício habitual para a saúde pública porque parece prevenir, ou pelo menos retardar, o desenvolvimento de várias doenças

de importância para a saúde pública. (Powell, 1988). Este benefício também é o que recebe valores mais elevados em todos os escalões etários.

É de referir que o factor aparência/social é o menos valorizado o que nos deixa surpreendidos, principalmente pela grande importância que pensávamos existir relativamente a estas questões da aparência, o que não esta de acordo com as evidências cientificas onde se sabe que efectivamente a actividade física pode reduzir o risco de se ficar com excesso de peso ou obeso (Blair, 1996; Haskell, 1984) e nós sabemos a importância que estes factores têm actualmente na nossa sociedade um pouco por causa do mundo da moda.

Ao compararmos os valores atribuídos aos benefícios percebidos entre sexos, encontrámos como diferença estatisticamente significativa relativamente aos benefícios cardiovasculares que é mais valorizada pelos homens. Isto pode ficar a dever-se aos homens terem uma grande incidência deste tipo de problemas (Blair, 1998; Leal, 1991). Esta percepção de benefícios para problemas cardiovasculares é corroborada por vários autores que referem a importância da actividade física na prevenção dos mesmos (Sallis e Owen, 1998; Powell, 1988; Barata, 1997; Haskell, 1984; Elrick, 1996; Becerro, 2000; Sallis et al., 1993; McAuley et al., 1998; Seiger, 1998; Piéron, 1998), mas também como forma de tratamento da doença já existente (Powell, 1988; Borms, 1990; Sallis et al., 1993; Elrick, 1996; Seiger, 1998).

Apesar de não atingido valor estatisticamente significativo, encontrámos uma maior valorização por parte dos professores relativamente aos benefícios físicos e psicológicos, o que se pode ficar a dever ao facto dos professores serem uma classe profissional muito susceptível a problemas psicológicos, como por exemplo a depressão (Esteves, 1992). Ainda assim, e dada a incidência das doenças psicológicas neste grupo profissional, esperávamos encontrar valores superiores.

Tendo em conta o nível de prática apercebemo-nos da grande importância dada pelo grupo dos praticantes aos benefícios físico e psicológicos. Esta diferença pode ficar a dever-se não só aos benefícios físicos já referidos, mas a uma vertente psicológica muito marcada que tem o seu expoente máximo num fenómeno conhecido por "runners high" que é acompanhado de sentimentos de felicidade e ausência de tensão, e pelo facto de as pessoas não sentirem que estão a despender um grande esforço físico (Cruz et al., 1996). Isto leva-nos à afirmação de Shephard (1994) quando diz que indivíduos sedentários consideram a actividade física menos agradável que as pessoas activas. O facto de não ser considerada como uma actividade agradável, pode fazer com que os não praticantes, não sintam os benefícios como significativamente estimulantes para aderirem à prática.

Ao analisarmos as relações entre os benefícios da actividade física e a intenção de manter/iniciar a prática, verificamos a existência de correlações estatisticamente significativas relativamente a todos os benefícios. No entanto, somente os benefícios físicos e psicológicos apresentam uma correlação estatisticamente significativa com a intenção de manter a prática.

Da analise das razões para se iniciar, ou manter, a prática de uma actividade física constatamos que os inquiridos colocam em primeiro lugar as razões internas, o sugere que é a percepção que as pessoas têm das suas dificuldades, em termos físicos, e de aspectos relacionados com a forma de ver o que as rodeia, que desempenha o papel mais importante para a prática de uma actividade física.

Comparando as razões apresentadas pelos homens e pelas mulheres verificamos uma diferença estatisticamente significativa nas razões internas, sendo estas mais valorizadas pelas mulheres. Este facto pode ficar a dever-se a uma maior necessidade das mulheres executarem determinadas tarefas, associadas com a função de dona de

casa, que poderão ser percepcionadas como cada vez mais difícil de realizar devido à pessoa não se encontrar bem fisicamente. É, ainda, de realçar que nesta razão temos aspectos estéticos que geralmente são muito valorizados pelas mulheres.

Ao comparar as classes profissionais, constatamos que nenhuma delas apresenta uma diferença estatisticamente significativa no que se refere aos dois tipos de razões para a prática, no entanto, verificamos que os AAE/FS valorizam mais ambos os tipos de razões. Isto pode ficar a dever-se a uma maior necessidade de realizar determinadas tarefas implícitas na sua actividade profissional

Aos dois tipos de razões foram atribuídos valores mais elevados por parte dos não praticantes comparativamente com os praticantes. No entanto, esta diferença não é significativa. O valor superior atribuído pelos não praticantes pode dever-se ao facto de os praticantes, como já praticam, não sentirem necessidade de razões deste tipo para praticarem, provavelmente o facto de ser uma actividade agradável já é suficiente (Cruz et al., 1996; Shephard, 1994). Neste sentido, e ainda que para outro tipo de actividade física, verificou-se que os praticantes consideram como razão importante para a sua prática os motivos relacionados com o divertimento (ver Fonseca, 1995).

Ambas as razões e a intenção de manter a prática de uma actividade física Apresentam valores estatisticamente significativos. Ao apresentar uma correlação negativa podemos ser levados a pensar que, algo mais do que estas razões estão na base da manutenção da prática de uma actividade física. No entanto a intenção de iniciar já tem uma correlação positiva relativamente às duas razões. Isto leva-nos a pensar que provavelmente estas razões desempenham um papel importante para o início da prática, já para quem pratica estas razões podem não se apresentar como suficientemente motivadores para continuarem a prática.

No que diz respeito à susceptibilidade percebida pelos inquiridos relativamente ao risco de sofrer, ou vir a sofrer, de vários problemas de saúde constatamos que foram assinalados como principais os relativos ao peso e aos problemas psicológicos/osteoporose. Curiosamente, os problemas cardiovasculares aparecem só na terceira posição, esta menor valorização em relação aos outros problemas parece-nos em desacordo com o elevado factor de risco que estas doenças representam nas sociedades modernas, como tem sido afirmado por Blair (1998) que refere, que factores ligados ao sedentarismo levaram a uma epidemia de doenças cardiovasculares. Como este facto é do conhecimento geral poderíamos ser levados a pensar que este problema receberia um valor maior por parte dos inquiridos.

O peso recebe o valor mais elevado, apresenta aspectos relacionados com a vertente estética. Também não nos podemos esquecer que este factor é um espelho dos resultados da vida sedentária que as sociedades industriais têm vivido nos últimos anos (Bouchard, Shepard e Stephens, 1994; Williams, 1996; Seiger, 1998; Sallis e Owen, 1998). Um facto importante é que o peso também é associado a vários problemas de saúde (Sallis e Owen, 1998). Contrariamente e contrariamente ao que seria de esperar, a diferença entre homens e mulheres, relativamente a este problema, não se apresenta como estatisticamente significativo, sendo até mais valorizado pelo homens. Estes resultados parecem levar-nos a pensar que o peso é um problema que também recebe uma importância grande por parte dos homens e não só por parte das mulheres.

O valor que apresenta uma diferença estatisticamente significativa refere-se aos problemas psicológicos e osteoporose. A este problema é atribuído um valor maior pelas mulheres, enquanto os homens o colocam em terceira posição. Parece-nos que o maior valor atribuído pelas mulheres ao risco de sofrer de osteoporose pode ficar a dever-se à grande incidência que estas doenças têm nas mulheres. Quanto ao risco de

sofrer de problemas do foro psicológico (como a depressão) está de acordo com Pitts (1996) e Stiwell (2000) pois afirmam que as mulheres são mais susceptíveis de sofrer deste tipo de problemas.

Aos problemas cardiovasculares, os professores atribuem um valor superior, sendo a diferença estatisticamente significativa, comparativamente com o valor atribuído pelos AAE/FS. O que se pode ficar a dever ao facto dos professores terem uma actividade que requer menor esforço físico. Como se sabe a falta de actividade está associada a várias doenças do coração, enfarte e outros (Bouchard, Shephard e Stephens, 1994), talvéz venha deste conhecimento o maior valor atribuído pelos professores a este problema.

Surpreendentemente o maior valor atribuído, pelos professores, aos problemas psicológicos/osteoporose não se apresenta estatisticamente significativo. Tendo em conta que estes problemas é tipicamente referenciados aos professores (Esteves, 1992) seria de esperar um resultado diferente.

Relativamente ao escalão etário verificámos que os problemas cardiovasculares apresentam uma diferença estatisticamente, ao comparar o escalão dos 40/49 com o escalão dos 30/39. Como estes problemas são marcadamente doenças crónicas, que demoram anos a manifestar-se, é compreensível que só entre os 40/49 se comece a atribuir uma importância maior a este problema. Também verificámos que o escalão dos 50 e mais anos de idade atribuíram um valor elevado a este problema.

É possível verificar que os sujeitos que não praticam nenhuma actividade física se percepcionam como mais susceptíveis de sofrer ou vir a sofrer dos vários problemas, esta diferença não é estatisticamente significativa. Estes dados podem ter a ver com a percepção geral dos benefícios para a saúde da prática de uma actividade física (Dimeo, 2000; Borms, 1990; Haskell, 1984; Sallis e Owen, 1998; Powell, 1988; Shephard,

1997), o que faz com que quem não pratica uma actividade física tenha a percepção de estar mais exposto a problemas de saúde.

Somente o peso e os outros problemas se apresentam correlacionados com a intenção de manter a prática, o que nos faz pensar que as questões estéticas representam um aspecto importante na manutenção da prática de uma actividade física.

CONCLUSÕES

6 - CONCLUSÕES

Os dados desta investigação permitem-nos concluir que:

I) a percepção da falta de tempo é a barreira mais focada para a não participação numa actividade física. Este factor conjuntamente com os factores externos e a motivação são as barreiras a que os não praticantes atribuem um valor mais elevado.

II) No que diz respeito aos benefícios todos os inquiridos percepcionam a actividade física como benéfica, tanto em termos físicos com psicológicos. No entanto, os praticantes atribuem um valor maior a este factor do que os não praticantes.

III) As razões internas são as que obtém o valor mais elevado, sendo atribuído um um valor superior por parte das mulheres. Tanto a estas razões como às externas é atribuído um valor mais alto pelos não praticantes comparativamente com os praticantes.

IV) Relativamente à percepção da susceptibilidade de sofrer, ou de vir a sofrer, de diversos problemas de saúde, verificou-se que os problemas psicológicos/osteoporose e o peso tiveram valores superiores atribuídos pela totalidade da amostra. Sendo este problema mais valorizado pelas mulheres. Também verificámos que os professores se consideram mais susceptíveis a problemas cardiovasculares do que os AAE/FS. Este factor também é muito valorizado pelo escalão etário dos 40/49 e dos que t~em mais de

50 anos. É de realçar que os não praticantes se percepcionam mais em risco dos vários problemas de saúde do que os praticantes.

V) Os benefícios para a actividade física apresentam-se como mais correlacionados com a intenção de iniciar a prática de uma actividade física.

BIBLIOGRAFIA

8 - BIBLIOGRAFIA

A

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM) (1990). "The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness in Healthy Adults" in Medicine and science in sport and exercise (22) nº2 pp.265-274

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM) (1993). "Relatório Sumário do Encontro de Trabalho Realizado pelo CDC/ACSM sobre o Tema 'Exercício Físico e Saúde Pública'". In Revista Portuguesa de Medicina Desportiva. (28) 4 p.7

ALMEIDA, C. M. (1997). "A emergência de uma nova subcultura desportiva" in Revista Horizonte nº80 (XIV), 7-15. Lisboa: Livros Horizonte

ANDREW, G.M.; OLDRIDGE, B.; PARKER, J.O; CUNNINGHAM, D.A. (1981). "Reasons for Dropout from Exercise Programs in Post Coronary Patients" in Medicie & Science in Sports and Exercise. 13, pp.164-168

ARAÚJO, M. (1999). Promoção da Saúde Psicossexual na Adolescência - Avaliação da Eficácia de um Estudo Piloto. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia da Saúde no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga

ASTRAND, Per-Olof (1992). "Why exercise?" in Med. Sci. Sports Exerc. nº2 (24) pp.153-162

B

BARATA, T. (1997). "Benefícios da Actividade Física na Saúde" in Actividade Física e Medicina Moderna BARATA, T. e colaboradores Europress. Odivelas

BECERRO, J.F.M. (2000). "Ejercicio, Envejecimiento y Longevidad" in Archivos de Medicina del Deporte. nº76 (XVII), pp153-167

BENNET, P.; MURPHY, S. (1997). Psicologia e promoção da saúde. Manuais Universitários; 14. Lisboa, CLIMEPSI Editores

BENTO, J.O. (1990). "Introdução ao tema Desporto, Saúde e Bem-estar" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 17-26

BENTO, J.O. (1991). Desporto, Saúde, Vida - Em Defesa do Desporto. Colecção Horizonte de Cultura Física; 22. Lisboa, Livros Horizonte, Lda.

BENTO, J.O. (1991b). "Para um desporto referenciado à saúde" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 147-155

BENTO, J.O. (1998). Desporto e Humanismo: o campo do possivel. Rio de Janeiro, Edvery

BERGER, B.G.; OWEN, D.R. (1988). "Strees Reduction and Mood Enhancement in Four Exercise Modes: Swimming, Body Conditioning, Hatga Yoga, and Fencing" in Research Quarterly for Exercise and Sport (59) nº2 pp.148-159

BLAIR, S.N.; JACOBS, D.R.; POWELL, K.E. (1985). "Relationships Between Exercise or Physical Activity and Other Health Behaviors" in Public Health Reports (100) nº2 pp.172-180

BLAIR, S.N. (1988). "Exercise Within a Healthy Lifestyle" in Exercise Adherence. It's Impact in Public Health (Editor) Dishman, Rod K. (1988). Human Kinetics Books. Champaign, Illinois

BLAIR, S.N.; WELLS, C.L.; WEATHERS, R.D.; PAFFENBARGER, R.S.,Jr. (1994a). "Chronic Disease: The Physical Activity Dose-Response Controversy" in Advances in Exercise Adherence. (Editor) Dishman, Rod K. (1994). Human Kinetics Books. Champaign, Illinois

BLAIR, S.N.; Brill, P.A.; BARLOW, C.E. (1994b). "Physical Activity and Disease Prevention" in Toward Active Living - Proceedings of teh International Conference on Physical Activity, Fitness, and Health (1992, Toronto) Editors: H. Arthur Quinney/ Lise Gauvin/ A.E. Ted Wall, Human Kinetics Publishers, Inc.

BLAIR, S.N. (1996). "Physical Activity, Physical Fitness, and Health" in Current Research in Sports Sciences: na International Perspective. Edited by: Victor A. Rogozkin e Ron Maughan. New York, Plenum Press pp.225-241

BORMS, J. (1990). "Exercício fisico, aptidão física e o novo paradigma da saúde" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 111-117

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; MCPHERSON, B.D. (1990). Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Illinois. Human Kinetics

BOUCHARD, C. (1994). "Physical Activity, Fitness, and Health: Overview of the Consensus Symposium" in Toward Active Living - Proceedings of teh International Conference on Physical Activity, Fitness, and Health (1992, Toronto) Editors: H. Arthur Quinney/ Lise Gauvin/ A.E. Ted Wall, Human Kinetics Publishers, Inc.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J. (1994): "Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts" (Chapter 3) in Physical Activity, Fitness, and Health: International Procedings and Consensus Statement / (edited by) Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. & associates (1994). Human Kinetics Publishers, Inc.

BROW, D.R. (1990). "Exercise, Fitness, and Mental Health" in Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R.; McPherson, B.D. (Eds.) Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Illinois. Human Kinetics

C

CARMODY, T.P. (1997). "Health-Related Behaviours: Common Factors" in Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine Edited by: Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, Chris McManus. Cambrige. Cambrige University Press

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON,G.M. (1985). "Physical Activity, Exercise, and Physical fitness. Definitions and Distinctions for Health-Related Research" in Public Health Reports (100) nº2 pp.126-131

CONNER, M.; NORMAN, P. (1994). "Applying the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour to Predicting Attendance at Health Screening" in Psychology and Promotion of Health (Swiss Monographs in Psychology; Vol.2) (Editor) Jean-Pierre Dauwalder. Hogrefe & Huber Publishers

CONNER, M.; NORMAN, P. (1995). Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models [edited] by Mark Conner & Paul Norman. Philadelphia, Open University Press

CONSTANTINO, J. (1994). Desporto e Municípios. Colecção Horizonte e Cultura Física; 26. Lisboa, Livros Horizonte, Lda

CONSTANTINO, J. (1998). "A Actividade Física e a Promoção da Saúde das Populações" in A Educação para a Saúde - O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Educação Física

COOPER, K. (1968). Aerobics. New York. M.Evans & Company, Inc.

COOPER, C.B. (2000). "Blood Pressure Measurement, Hypertension and Endurance Exercise" in ACSM'S Health & Fitness Journal nº2 (4) pp. 32-33

CORBIN, C.B. (1987). "Youth Fitness, Exercise and Health: There is Much to be Done" in Research Quarterly for Exercise and Sport (58) nº4 pp.308-314

COSTA, O. (1990). "Desporto e qualidade de vida" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 53-59

COSTA, D. (1997). "A influência da Actividade Física nos níveis da saúde, condição física e hábitos de saúde" in Revista Horizonte nº77 (XIII), I-VIII. Lisboa : Livros Horizonte

COUNCIL OF EUROPE (1995). "Position Paper" in The Significance of Sport for Society. Health, Socialisation, Economy. Council of Europe. Committee for the Development of Sport (CDDS). Council of Europe Press

COX, R.H. (1998). Sport Psychology: Concepts and Applications 4th Edition WCB/McGraw-Hill (a division of the McGraw-Hill Companies).

CRUZ, J.F.A.; MACHADO, P.P.P.; MOTA, M.P. (1996). "Efeitos e Benefícios Psicológicos do Exercício e da Actividade Física" in Manual de Psicologia do Desporto capitolo 5. [editor] José Fernando A. Cruz e outros. Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

CURETON, K.J. (1987). "Commentary on «Children and fitness: A Public Health Perspective»" in Research Quarterly For Exercise and Sport (58) nº4 pp.315-320

D

De BOURDEAUDHUIJ, I.; VAN OOST, P. (1993). "Psychological Determinants of Habitual Leisure Time Physical Activity" in Actas do VIII Congresso Mundial de Psicologia do Desporto – Psicologia do Desporto: Uma Perspectiva Integrada. Editores: Sidónio Serpa; José Alves; Victor Ferreira; António Paula-Brito. Lisboa

DIMEO, F. (2000). "Exercise for cancer patients: a new challenge in sports medicine" in British Journal of Sports Medicine vol. 34 nº 3 Junho pp.160-161

DISHMAN, R.K. (1988). Exercise Adherence: Its Impact on Public Health. Champaign, Illinois. Human Kinetics Books

DISHMAN, R.K. (1994). "Predicting and Changing Exercise and Physical Activity: What's Practical and What's Not" in Toward Active Living - Proceedings of teh International Conference on Physical Activity, Fitness, and Health (1992, Toronto) Editors: H. Arthur Quinney/ Lise Gauvin/ A.E. Ted Wall, Human Kinetics Publishers, Inc.

DISHMAN, R.K.; SALLIS, J.F.; ORENSTEIN, D.R. (1985). "The Determinants of Physical Activity and Exercise" in Public Health Reports (100) nº2 pp.158-171

DISHMAN, R.K. (1988). "Determinants of Participation in *Physical Activity" in Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R.; McPherson, B.D. (Eds.) Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Illinois. Human Kinetics

DUARTE, A.M. (1991). "A prática desportiva como ocupação dos tempos livres: um passatempo ou uma necessidade" in Actas das jornadas cientificas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 187-192

DUMAZEDIER, J. (1962). Vers une Civilisation du Laisir? Collections "Esprit". Paris, Éditions du Seuil

E

EDGINTON, C.R.; JORDAN, D.J.; DEGRAAF, D.G.; EDGINTON, S.R. (1998). Leisure and Life Satisfaction: Foundational Perspectives (Second Edition). WCB/McGraw-Hill

EISER, J.R. (1997). "Attitudes and Beliefs" in Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine Edited by: Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, Chris McManus. Cambrige. Cambrige University Press

ELRICK, H. et al. (1996). "Exercise - The Best Prescription" in The Physician and Sportsmedicine. (2) nº2

EMERY, C.F.; SCHEIN, R.L.; HAUCHK, E.R.; MACINTYRE, N.R. (1998). "Psychological and Cognitive Outcomes of a Randomized Trial of Exercise Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease" in Health Psychology vol.17 nº3 pp. 232-240

ESTEVES, J.M. (1992). O mal-estar docente. Escher/Fim de Século Edições, Lda. Lisboa

F

FONSECA, C.N. (1998). "Mulher, Trabalho e Stress" in A Outra Metada da Medicina (Monografias Breves de Psicologia Médica) Coordenador: Rui Mota Cardoso. Colecção convergência 2. Lisboa, Climepsi Editores

FONSECA, A.M. (1995). " Estudo Preliminar à Estrutura Factorial da Versão Portuguesa do Participation Motivation Questionnaire (PMQ)" in Aprendizagem Motora e Tomada de Decisão no Desporto. Actas das VI Jornadas de Psicológia do Desporto. Guarda. Edição: Instituto Politécnico da Guarda - Departamento de Ciências do Desporto e Educação Física da Escola Superior de Educação.

G

GAUVIN, L.; REJESKI, W. J.; NORRIS, J.L. (1996). "A Naturalistic Study of the Impact of Acute Physical Activity on Feeling States and Affect in Women" in Health Psychology vol.15 nº5 pp. 391-397

GRAÇA, P. & ALMEIDA, M.D.V. (1998). "Atitudes e comportamentos de adultos europeus face à actividade física" in Revista Horizonte nº 85 (XV). 9-16. Lisboa: Livros Horizonte

GRANDE, N. (1990). "Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 27-32

GONÇALVES, J.L.C. (1994) "Coluna vertebral e envelhecimento ósseo. Importância e contra-indicações da actividade física" in Physical activity and health in the elderly - Proceeding of the 1st conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity) Marques, A; Gaya, A.; Constantino, J. (eds). Oeiras. Portugal.

GODIN, G. (1994). "Social-Cognitive Models" in Advances in Exercise Adherence. (Editor) Dishman, Rod K. (1994). Human Kinetics Books. Champaign, Illinois

H

HACKFORT, B. (1993). "Health and Wellness: A Sport Psychology Perspective" in Actas do VIII Congresso Mundial de Psicologia do Desporto – Psicologia do Desporto: Uma Perspectiva Integrada. Editores: Sidónio Serpa; José Alves; Victor Ferreira; António Paula-Brito. Lisboa

HAHN, R.A.; TEUTSCH, S.M.; ROTHENBERG, R.B.; MARKS, J.S. (1990). "Excess Deaths from Nine Chronic Diseases in the United States, 1986" in Journal of teh American Medical Association, 264, pp.2654-2659

HARDMAN, A.E. (1999). "Accumulation of physical activity for health gains: what is the evidence?" in Br. J. Sports Med. (33) nº2 pp.87-92

HARRISON, J.A.; MULLEN, P.D.; GREEN, L.W. (1992). "A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults" in Health Education Research (7) nº1 pp.107-116

HASKELL, W.L. (1984). "Overview: Health Benefits of Exercise" (Chapter 28) in Behavioral Health - A Handbook of Health Enhancement and Desease Prevention A wiley-interscience Publication Edited by: Joseph D. Matarazzo, Sharlene M. Weiss, J. Alan Hero, Neal E. Miller, Stephen M. Weiss. John Wiley & sons pp.409-423

HASKELL, W.L. (1987). "Developing na Activity Plan for Improving Health" in Exercise and Mental Health (The Series in Health Psycology and Behavioral Medicine) Edited by: Morgan W.P. e Goldston S.E. Hemisphere Publishing Corporation, Washinton

HASKELL, W.L. (1994a). "Health consequences of physical activity: understanding and challenges regarding dose-response" in Med. Sci. Sports Exerc. (26) nº6 pp649-660

HASKELL, W.L .(1994b). "Physical/Phycological/Biological Outcomes of Physical Activity" in Toward Active Living - Proceedings of teh International Conference on

Physical Activity, Fitness, and Health (1992, Toronto) Editors: H. Arthur Quinney/ Lise Gauvin/ A.E. Ted Wall, Human Kinetics Publishers, Inc.

HAYSLIP, B.; Jr.; WEIGAND, D.; WEINBERG, R.; RICHARDSON, P. & JACKSON, A. (1996). "The Development of New Scales for Assessing Health Belief Model Constructs in Adulthood" in Journal of Aging and Physical Activity nº4, 307-323. Human Kinetics

HOCHBAUM, G.;KEGELS, S.;ROSENSTOCK, I. (2000). "Health Belief Model" in http://www.med.ust.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm (04-05-2000)

HOLLIS, J.F.; CONNOR, W.E.; MATARAZZO, J.D. (1982) "Lifestyle, Behavioral Health, and Heart Disease" in Handbook of Psychology and Health Vol I – Clinical Psychology and Behavioral Medicine: Overlapping Disciplines Edited by: Robert J. Gatchel; Andrew Baum; Jerome E. Singer. Hillsdale, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers

HORTA, L. (1991): "Vantagens e inconvenientes do exercício físico regular" in Cadernos da Equipa Enervit ano 3 (4) 23-31

I

INTERNATIONAL SOCIETY OF SPORT PSYCHOLOGY (1992). " Physical Activity and Psychological Benefits: a Position Statement" in The Sport Psycologist 6, pp.199-203

J

JACKSON, A.W.; MORROW, J.R.; HILL, D.W.; DISHMAN, R.K. (1999). Physical Activity for Health and Fitness. Human Kinetics

JACOB, J. (1995): "Metodologia do treino da musculação" in Revista Horizonte vol XII (68) pp. Dossier I-VIII

JOHNSON, M.R. (2000): "Perceptions of Barriers to Healthy Physical Activity among Asian Communities" in Sport, Education and Society (5) nº1 pp.51-70

K

KAPLAN, R.M.; SALLIS, J.F.; PATTERSON, T.L. (1993). Health and Human Behavior. McGraw-Hill, Inc.

KING, A.C. (2000). "Role of exercise conselling in health promotion" in British Journal of Sports Medicine. nº2 (34) pp.80-81

KING, A.C.; MARTIN, J.E. (1993). "Exercise Adherence and Maintenance" (Chapter 37) in American College of Sports Medicine – Resourse Manual for Guidelenes for Exercise Testing and Prescription (Second Edition). Editors: J. Larry Durstine et al. Williams & Wilkins pp.443-454

KING, A.C.; KIERNAN, M.; OMAN, R.F.; KRAEMER, H.C.; HULL, M.; AHN, D. (1997) "Can We Identify Who Will Adhere to Long-Term Physical Activity? Signal Detection Methodology as a Potential Aid to Clinical Decision Making" in Health Psycology Vol 16 nº4 pp.380-389

KING, A.C.; CASTRO, C.; WILCOX, S.; EYLER, A.A.; SALLIS, J.F.; BROWNSON, R.C. (2000). "Personal and Enviromental Factores Associated With Physical Inactivity

Among Different Racial-Ethnic Groups of U.S. Middle-Age and Older-Age Women" In Health Psychology (19) nº4 pp.354-364

KRUSE, C. (1990). "Educação da saúde como tarefa da actuação pedagógica no desporto" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 97-110

L

LANDERS, DM; PETRUZZELLO SJ. (1994). "Physical Activity, Fitness and Axiety" in Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R.; McPherson, B.D. (Eds.) Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Illinois. Human Kinetics pp.868-882

LEAL, A.S. (1991). "Desporto e Medicina preventiva" in Actas das jornadas cientificas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 137-146

LEE, C. (1993). "Attitudes, Knowledge, and Stages of Change. A Survey of Exercise Patterns in Older Australian Women" in Health Psychology (12) nº6 pp.476-480

LUBYSHEVA, L.I. (1996). "The Value of Physical Culture in a Health Life-Style" in Current Research in Sports Sciences: na International Perspective. Edited by: Victor A. Rogozkin e Ron Maughan. New York, Plenum Press pp.243-246

M

MCAULEY, E. (1994). "Enhancing Psycological Health Through Physical Activity" in Toward Active Living - Proceedings of teh International Conference on Physical

Activity, Fitness, and Health (1992, Toronto) Editors: H. Arthur Quinney/ Lise Gauvin/ A.E. Ted Wall, Human Kinetics Publishers, Inc.

MACAULEY, D.; MC CRUM, E.E.; STOTT, G.; EVANS, A.E.; GAMBLE, R.P.;MC ROBERTS, B.; BOREHAM, C.A.G.; TRINICK, T.R.; SWEENEY, K. (1998). "Levels of Physical Activity, Physical Fitness and their Relationship in the Northern Ireland Health and Activity Survey" in Int. J. Sports Med. nº7 (19) pp.503-511

MORENO, A. (1990). "Desporto, Saúde e Bem-estar" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 33-40

MORGAN, W.P.; GOLDSTON, S.E. (1987). Exercise and Mental Health. Washington D.C. Hemisphere

MORGAN, W.P.; O'CONNOR, P.J.; KOLTYN, K.F. (1990). "Psychological Benefits of Physical Activity Through the Life Span: Methodological Issues" in Physical Education and Life-Long Physical Activity Editor: Telama, R.; Laakso, L; Piéron, M.; Ruoppil, I.; Vihko, V. (1990). Reports of Physical Culture and Health 73. Jyväskylä. Finland

MOTA, J. (1991). "Educação Física e saúde. Que afinidades" in Actas das jornadas científicas Desporto, Saúde, Bem-Estar. Editores Jorge Bento e António Marques. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física pp. 305-309

MOTA, J. (1992): "A Escola a Educação Física e a Educação da Saúde" in Revista Horizonte vol VIII (48) pp.208-212

MOTA, J. (1993): "A Educação da Saúde: as crianças do séc. XX os idosos do séc.XXI" in Revista Horizonte vol X (58) pp.143-146

MOTA, J.; APPELL, H. (1995). Educação da Saúde: aulas suplementares de educação física. Colecção horizonte da cultura física nº27. Lisboa. Livros Horizonte

MOTA, J. (1997). A Actividade Física no Lazer: Reflexões sobre a sua prática. Lisboa. Livros Horizonte

MYERS, R.S.; ROTH, D.L. (1997): "Perceived Benefits of and Barriers to Exercise and Stage of Exercise Adoption in Young Adults" in Health Psychology Vol 16 (3) pp.277-283

N

NEWELL, S.A.; GIRGIS, A.; SANSON-FISHER, R.W.; SAVOLAINEN, N.J.; HONS. B.A. (1999). "The Accuracy of Self-Reported Health Behaviors and Risk Factors Relating to Cancer and Cardiovascular Disease in the General Population - A Critical Review" in Am J Prev Med (17) nº3 pp.211-229

NORTH, C.T.; MCCULLAGH, P.; TRAN, W. (1990). "Effects of Exercise in Depression" in Exercise and Sport Science Reviews. 19, pp.379-414

O

OGDEN, J. (1999). Psicologia da Saúde. Manuais universitários 11. Climepsi Editores. Lisboa.

OWEN, N.; VITA, P. (1997). "Physical Activity and Health" in Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine Edited by: Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, Chris McManus. Cambrige. Cambrige University Press

P

PAFFENBARGER, R.S., Jr.; HYDE, R.T.; WING, A.L.; LEE, I-Min; KAMPERT, J.B. (1994a): "Some Interrelation of Physical Activity, Physiological Fitness, Health, and Longevity" (Chapter 7) in Physical Activity, Fitness, and Health: International Procedings and Consensus Statement / (edited by) Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. & associates (1994). Human Kinetics Publishers, Inc.

PAFFENBARGER, R.S., Jr.; HYDE, R.T.; WING, A.L.; LEE, I-Min; KAMPERT, J.B. (1994b). "An Active and Fit Way-of-Life Influencing Health and Longevity" in Toward Active Living - Proceedings of teh International Conference on Physical Activity, Fitness, and Health (1992, Toronto) Editors: H. Arthur Quinney/ Lise Gauvin/ A.E. Ted Wall, Human Kinetics Publishers, Inc.

PEREIRA, J.G. (1998). "Actividade Física regular versus Treino Desportivo. Que Benefícios para a Saúde" in A Educação para a Saúde - O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Educação Física

PIÉRON, M. (1998). "Actividade Física e Saúde um Desafio para os Profissionais de Educação Física " in A Educação para a Saúde - O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Educação Física

PITTS, M. (1996). The Psychology of Preventive Health. Routledge. London

POWELL, K.E.; PAFFENBARGER, R.S. (1985). "Workshop on Epidemiologic and Public Health Aspects of Physical Activity and Exercise: A Summary" in Public Health Reports (100) n°2 pp.118-126

POWELL, K.E. (1988). "Habitual Exercise and Public Health: Na Epidemiological View" in Exercise Adherence. It's Impact in Public Health (Editor) Dishman, Rod K. (1988). Human Kinetics Books. Champaign, Illinois

R

RAGLIN, J.S.; WILSON, M. (1996). "State Anxiety Following 20 minutes of Bicycle Ergometer Exercise at Selected Intensities" in Int. J. Sports Med. nº6 (17) pp.467-471

REJESKI, WJ. (1994). "Dose-Response issues from a psychosocial Perspective" in Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T.; Sutton, J.R.; McPherson, B.D. (Eds.) Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Illinois. Human Kinetics pp.1040-1050

ROBINSON-WHELEN, S.; STORANDT, M. (1992): "Factorial Structure of Two Health Belief Measures Among Older Adults" in Psychology and Aging Vol7 (2) pp.209-213

RUDOLPH, D.L.; MCAULEY, E. (1996). "Self-Efficacy and Perceptions of Effort: A Reciprical Relationship" in Journal of Sport and Exercise Psychology. (18) nº2, pp.216-223

S

SALLIS, J.F.; HASKELL, W.L.; FORTMANN, S.P.; VRANIZAN, K.M.; TAYLOR, C.B.; SOLOMON, D.S. (1986). "Predictores of Adoptins and Maintenance of Physical Activity in a Community Sample" in Preventive Medicine 15, pp.331-341

SALLIS, J.F.; OWEN, N. (1998). Physical Activity & Behavioral Medicine (Behavioral Medicine and Health Psychology series, V3). SAGE Publications

SCULLY, D.; KREMER, J.; MEADE, M.M.; GRAHAM, R. DUDGEON, K. (1998) "Physical exercise and psychological well being: a critical review" in Br. J. Sports Med. (32) nº2 pp.111-120

SEIGER, L.; KANIPE, D.; VANDERPOOL, K.; BARNES, D. (1998). Fitness and Wellness Strategies (Second Edition). WCB/McGraw-Hill (a division of McGraw-Hill Campanies).

SLEKER, S.E.; PRINCE, H.J.; ROBERTS, S.M.; JURS, S.G. (1984). "Joggers versus Nonexercisers: Na Analusis of Knowledge, Attitudes and Beliefs About Jogging" in Research Quarterly for Exercise and Sport. (55) nº4, pp.371-378

SHEPHARD, R.J. (1994). "A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits" in Med. Sci. Sports Exerc. (24) nº3 pp.354-370

SHEPHARD, R.J. (1994). Aerobic Fitness and Health. Human Kinetics Publishers

SHEPHARD, R.J. (1997). "What is the optimal type of physical activity to enhance health?" in Br. J. Sports Med. (31) nº4 pp.277-284

SIME, W.E. (1984). "Psychological Benefits of exercise Training in the Healthy Individual" (Chapter 32) in Behavioral Health - A Handbook of Health Enhancement and Desease Prevention A wiley-interscience Publication Edited by: Joseph D. Matarazzo, Sharlene M. Weiss, J. Alan Hero, Neal E. Miller, Stephen M. Weiss. John Wiley & sons pp.488-508

SISCOVICK, D.; LAPORTE, R.; NEWMAN, J. (1985). "The Disease. Specific Benefits and Risks of Physical Activity and Exercise" in Public Health Reports (100) nº2, pp.181-188

SMITH, D.H.; TEMBERGE, N. (1987): Why People Recreate - an overview for Research Life Enhancement Publications. Champaign, Illinois

SOBRAL, f. (1993): "Que Desporto, Que Saúde? - Uma revisão de conceitos, métodos e expectativas" in Revista Horizonte vol X (56) pp.43-51

SONSTROEM, R.J. (1988). "Psychological Models" in Exercise Adherence. It's Impact in Public Health (Editor) Dishman, Rod K. (1988). Human Kinetics Books. Champaign, Illinois

SPOTH, R.; REDMOND, C. (1995): "Parent Motivation to Enroll in Parenting Skills Programs: A Model of Family Context and Health Belief Predictors" in Journal of Family Psychology Vol 9 (3) pp.294-310

SREPHENS, T.; JACOBS, D.R. Jr; WHITE, C.C. (1985). "A Descriptive Epidemiology of Leisure-Time Physical Activity" in Public Health Reports (100) nº2 pp.147-157

STETSON, B.A.; DEBBERT, P.M.; RAHN, J.M.; WILNER, B.I.; MERCURY, M.G. (1997). "Prospective Evaluation of the Effects of Stress on Exercise Adherence in Community-Residing Women" in Health Psychology (16) nº6 pp.515-520

STILWELL, I. (2000). "Depressão. Um sítio sem luz nem memórias felizes..." in Notícias Magazine nº434 (Suplemento do Jornal de Notícias nº832/122 do dia 17 de Setembro de 2000) pp.44-54

STRECHER, V.J.; ROSENSTOCK, I.M. (1997). "The Health Belief Model" in Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine Edited by: Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, Chris McManus. Cambrige. Cambrige University Press

T

TAYLOR, C.B.; SALLIS, J.F.;NEEDLE, R. (1985). "The Relation of Physical Activity and Exercise to Mental Health" in Public Health Reports (100) nº2 pp.105-109

TANNAHILL, A. (2000). "«You don't have to...»: walking to a healthier nation" in British Journal of Sports Medicine. nº2 (34) pp.79-80

V

VAN HOOF, R.; MACOR, F.; LIJNEN, P.; STRAESSEN, J.; THIJS,L.; VANHEES, L.; FAGARD,R. (1996). "Effect of Strength Training on Blood Pressure Measured in Various Conditions in Sedentary Men" in Int. J. Sports Med. nº6 (17) pp.415-422

VILLAS-BOAS, J.P. (1996). "Aplicação da Biomecanica à hidroginástica" Comunicação apresentada na Acção de Formação de Hidroginástica e hidrobiocinética, Porto

VUORI, I.; FENTEM, P. (1995). "Scientific Review" in The Significance of Sport for Society. Health, Socialisation, Economy. Council of Europe. Committee for the Development of Sport (CDDS). Council of Europe Press

W

WANKEL, L.M. (1985. "Personal and Situational Factores Affecting Exercise Involvement: The Importance of Enjoyment" in Research Quarterly for Exercise and Sport. (56) nº3, pp. 275-282

WANKEL, L.M. (1988). "Exercise Adherence and Leisure Activity: Patterns of Involvement and Interventions to Facilitate Regular Activity" in Exercise Adherence. It's Impact in Public Health (Editor) Dishman, Rod K. (1988). Human Kinetics Books. Champaign, Illinois

WEINBERG, R.; GOULD, D. (1995). Foundations of Sport and Exercise Psychology. Champaing, Illinois: Human Kinetics

WEINSTEIN, N.D. (1993): "Testing Four Competing Theories of Health-Protective Behavior" in Health Psychology Vol 12 (4) pp.324-333

WEINSTEIN, N.D.; SUTTON, S.R.; ROTHMAN, ªJ. (1998). "Stage Theories of Health Behavior: Conceptual and Methodological Issues" in Health Psychology (17) nº3 pp.290-299

WILLIAMS, M.H. (1996). Lifetime Fitness and Wellness: A Personal Choice (4th Edition) Brown & Benchmarck Publishers

WILLIS, J.D.; CAMPBELL, L.f. (1992). Exercise Psychology Human Kinetics Publishers

WILMORE, J.H. (1982). Training for Sport and Activity (2nd Ed.) Boston: Allyn & Bacon

Y

YOUNG, D.R.; STEINHARDT, M.A. (1993). "The Importance of Physical Fitness Versus Physical activity for Coronary Artery Disease Risk Factors: A Cross-Sectional Analysis" in Research Quarterly for Exercise and Sport (64) nº4 pp.377-384

ANEXO

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

Caro/a senhor/a

Apresentam-se, ao longo deste inquérito, diversas afirmações relacionadas com sentimentos ou opiniões que as pessoas têm habitualmente em relação à Actividade Física em geral.

Repare que estamos a falar de opiniões que as pessoas têm acerca do que é que significa a Actividade Física para elas. Logo, neste caso, **não tem sentido falar de respostas certas ou erradas**. O que verdadeiramente interessa é que seja sincero/a.

Não demore muito tempo com cada umas das questões e/ou afirmações. Normalmente, as respostas que primeiro lhe ocorrem são as que mais interessam.

Se alguma coisa não estiver muito clara para si (o que é perfeitamente possível, já que, por vezes, aquilo que é claro para uns não o é para outros) **chame-nos**.

Ninguém, para além de nós, **terá acesso às suas respostas**.

Quando terminar, leia novamente o questionário, certificando-se de que não deixou de responder a nenhuma questão.

Muito obrigado pela colaboração!

Primeiro, apresentam-se algumas afirmações relacionadas com as razões porque as pessoas, de uma forma geral, não praticam uma Actividade Física, ou, no caso de a praticarem, não o fazem com maior frequência.

Leia com atenção cada uma delas e coloque um círculo na resposta que mais se aproximar do seu caso pessoal. NÃO SE ESQUEÇA: Indique a sua opinião relativamente a todas as afirmações dos diferentes grupos.

As opções de resposta são: 1= Discordo Totalmente; 2=Discordo; 3=Nem Discordo Nem Concordo; 4=Concordo; e 5=Concordo Totalmente.

PRINCIPAL RAZÃO PORQUE EU NÃO PRATICO UMA ACTIVIDADE FÍSICA, OU NÃO O FAÇO COM MAIOR FREQUÊNCIA...	Totalmente				Totalmente
1) ... falta de tempo disponível	1	2	3	4	5
2) ... inconveniência ("não me dá jeito")	1	2	3	4	5
3) ... falta de meio de transporte	1	2	3	4	5
4) ... lesão	1	2	3	4	5
5) ... fraca condição física	1	2	3	4	5
6) ... praticar actividade física é aborrecido	1	2	3	4	5
7) ... falta de instalações	1	2	3	4	5
8) ... o seu custo	1	2	3	4	5
9) ... a prática de actividade física interfere com o meu trabalho	1	2	3	4	5
10) ... a prática de actividade física interfere com a minha vida familiar e/ou social	1	2	3	4	5
11) ... falta de motivação	1	2	3	4	5
12) ... desaprovação e/ou falta de apoio de outras pessoas	1	2	3	4	5
13) ... sinto-me demasiado cansado	1	2	3	4	5
14) ... sou demasiado preguiçoso	1	2	3	4	5
15) ... por doença	1	2	3	4	5
16) ... limitações de saúde	1	2	3	4	5
17) ... condições climatéricas desfavoráveis	1	2	3	4	5

Em seguida, apresentam-se algumas afirmações relativas a benefícios que são normalmente atribuídos à prática de uma Actividade Física. Indique, por favor, o seu grau de concordância, ou discordância, relativamente ao modo como considera que elas se aplicam a si, colocando, para cada uma delas, um círculo em volta da resposta que mais se aproximar da sua opinião.

PARA MIM, O PRINCIPAL BENEFÍCIO DA ACTIVIDADE FÍSICA É PERMITIR...	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1)... poder perder peso	1	2	3	4	5
2)... sentir-me melhor psicologicamente	1	2	3	4	5
3)... ficar mais forte	1	2	3	4	5
4)... melhorar a amplitude dos movimentos e/ou a mobilidade	1	2	3	4	5
5)... melhorar a condição física	1	2	3	4	5
6)... melhorar a disponibilidade mental	1	2	3	4	5
7)... reduzir o risco de ataque cardíaco	1	2	3	4	5
8)... diminuir a tensão arterial	1	2	3	4	5
9)... estar com os amigos e/ou outras pessoas	1	2	3	4	5
10)... melhorar a saúde	1	2	3	4	5
11)... sentir-me mais jovem	1	2	3	4	5
12)... sentir-me realizado	1	2	3	4	5
13)... libertar tensões	1	2	3	4	5

Aqui, procura-se saber que razões estão na origem da sua decisão de iniciar, ou manter, a prática de uma actividade física.

PARA MIM, A PRINCIPAL RAZÃO PARA INICIAR, OU MANTER, A PRÁTICA DE UMA ACTIVIDADE FÍSICA É...	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1)... recomendação médica	1	2	3	4	5
2)... ver anúncios na televisão	1	2	3	4	5
3)... sentir dificuldade em subir escadas	1	2	3	4	5
4)... não me sentir confortável na roupa que visto	1	2	3	4	5
5)... conselho de amigos	1	2	3	4	5
6)... conselho de familiares	1	2	3	4	5
7)... doença de um familiar	1	2	3	4	5
8)... doença de amigos	1	2	3	4	5
9)... ler artigo de revista ou jornal	1	2	3	4	5
10)... sentir dificuldade em fazer as tarefas do dia a dia	1	2	3	4	5
11)... sentir dificuldades respiratórias (falta de ar)	1	2	3	4	5
12)... condições favoráveis para a prática (p.ex. instalações e/ou instrutores disponíveis)	1	2	3	4	5

Agora, o que interessa é saber em que medida sofre, ou sente que corre o risco de vir a sofrer, de alguns problemas de saúde.

SOFRO, OU SINTO QUE CORRO O RISCO DE VIR A SOFRER, DOS SEGUINTES PROBLEMAS:	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1)... depressão	1	2	3	4	5
2)... osteoporose (problemas de ossos)	1	2	3	4	5
3)... obesidade	1	2	3	4	5
4)... tensão arterial alta	1	2	3	4	5
5)... ataque cardíaco	1	2	3	4	5
6)... trombose	1	2	3	4	5
7)... perda de memória	1	2	3	4	5
8)... problemas de ansiedade	1	2	3	4	5
9)... demência	1	2	3	4	5
10)... inactividade (incapacidade para realizar algumas das actividades do dia a dia)	1	2	3	4	5
11)... artrite	1	2	3	4	5
12)... cancro	1	2	3	4	5
13)... solidão	1	2	3	4	5
14)... diabetes	1	2	3	4	5
15)... falta de força	1	2	3	4	5
16)... excesso de peso	1	2	3	4	5

Em seguida, procura-se saber em que medida cada um dos indivíduos, ou grupos, apoia ou aprovação de determinadas pessoas relativamente aos seus hábitos de actividade física relacionados com a saúde.

A MINHA DECISÃO DE PRATICAR UMA ACTIVIDADE FÍSICA É INFLUENCIADA POR...	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1)... cônjuge	1	2	3	4	5
2)... pais	1	2	3	4	5
3)... irmãos	1	2	3	4	5
4)... filhos	1	2	3	4	5
5)... médico	1	2	3	4	5
6)... padre	1	2	3	4	5
7)... amigos	1	2	3	4	5
8)... colegas de trabalho	1	2	3	4	5
9)... superiores	1	2	3	4	5
10)... netos	1	2	3	4	5

Seguidamente, pretende-se saber o tipo de actividade física que, de uma forma geral, faz actualmente. Assim, gostaríamos que, uma vez mais, indicasse qual o número que melhor se adequa à sua situação. Neste caso, no entanto, a escala de resposta é a seguinte: 1=Nunca; 2=Raramente; 3=Algumas vezes; 4=Frequentemente; e 5=Muito Frequentemente

NORMALMENTE, NO MEU TRABALHO...	Nunca				Muito Frequentemente
1)... costumo sentar-me	1	2	3	4	5
2)... mantenho-me de pé	1	2	3	4	5
3)... movimento-me a pé	1	2	3	4	5
4)... pego em cargas pesadas	1	2	3	4	5
5)... sinto-me cansado	1	2	3	4	5
6)... transpiro	1	2	3	4	5

De uma forma geral, comparando com outras pessoas da sua idade, o seu trabalho é fisicamente

muito mais leve ☐ mais leve ☐ igualmente leve/pesado ☐ mais pesado ☐ muito mais pesado ☐

NORMALMENTE, NOS MEUS TEMPOS LIVRES...	Nunca				Muito Frequentemente
1)... transpiro	1	2	3	4	5
2)... pratico desporto	1	2	3	4	5
3)... vejo televisão	1	2	3	4	5
4)... ando a pé	1	2	3	4	5
5)... ando de bicicleta	1	2	3	4	5

De uma forma geral, comparando com outras pessoas da sua idade, a sua actividade física, durante os tempos livres é:

muito menor ☐ menor ☐ semelhante ☐ maior ☐ muito maior ☐

Normalmente, por dia, quantos minutos anda a pé?

menos de 5 ☐ de 5 a 15 ☐ de 15 a 30 ☐ de 30 a 45 ☐ mais de 45 ☐

Pratica algum desporto regularmente? ☐ não ☐ sim Qual? _____

Há quanto tempo? _____ anos Onde o pratica? _____

De uma forma geral, pratica-o quantos meses por ano?

menos de 1 ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 6 ☐ 7 a 9 ☐ mais de 9 ☐

Aproximadamente, em média, quantas horas por semana dedica à sua prática?

☐ 1 a 2 horas ☐ De 3 a 4 horas ☐ De 5 a 6 horas ☐ Mais de 6 horas

Pratica mais algum desporto regularmente? ☐ não ☐ sim Qual? _____

De uma forma geral, pratica-o quantos meses por ano?

menos de 1 ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 6 ☐ 7 a 9 ☐ mais de 9 ☐

Aproximadamente, em média, quantas horas por semana dedica à sua prática?

☐ 1 a 2 horas ☐ De 3 a 4 horas ☐ De 5 a 6 horas ☐ Mais de 6 horas

Finalmente, as questões que se seguem relacionam-se com alguns dados relativos a si e à sua família. Lembre-se, no entanto, que, tal como referimos no início, todas as suas respostas serão mantidas confidenciais, apenas sendo analisadas por nós.

Qual é o seu sexo? ☐ Mas. ☐ Fem. Idade? _____ anos Estado Civil? _____

Qual é a sua profissão? Auxiliar de Acção Educativa ☐ Professor ☐ De que disciplina? _____

Actualmente, quais dos seus familiares mais directos fazem alguma actividade física regularmente (isto é, pelo menos 1 ou 2 vezes por semana?

Pai	Não tenho ☐	Não Pratica ☐	Pratica ☐	Se pratica, qual?	_____
Mãe	Não tenho ☐	Não Pratica ☐	Pratica ☐	Se pratica, qual?	_____
Conjuge	Não tenho ☐	Não Pratica ☐	Pratica ☐	Se pratica, qual?	_____
Filhos	Não tenho ☐	Não Pratica ☐	Pratica ☐	Se pratica, qual?	_____
Irmãos	Não tenho ☐	Não Pratica ☐	Pratica ☐	Se pratica, qual?	_____
Netos	Não tenho ☐	Não Pratica ☐	Pratica ☐	Se pratica, qual?	_____

Finalmente, gostaríamos que nos indicasse a sua intenção relativamente à prática de actividade física regular (isto é, pelo menos 1 ou 2 vezes por semana) nos próximos tempos (isto é, 2 ou 3 meses). Para tal, relativamente a cada uma das afirmações que se seguem, coloque um círculo na resposta que mais se aproximar da sua opinião pessoal.

Neste caso, a escala de resposta é a inicial: 1=Discordo Totalmente; 2=Discordo; 3=Nem Discordo Nem Concordo; 4=Concordo; e 5=Concordo Totalmente

ATENÇÃO: Se já pratica uma actividade física regularmente, responda às questões do primeiro bloco, já que elas se referem à sua continuação ou abandono. Se não pratica, responda às questões do segundo bloco, pois elas referem-se a possibilidade de iniciar, ou de não iniciar, uma prática regular de actividade física.

NOS PRÓXIMOS TEMPOS...	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1) ... tenho intenção de continuar a praticar regularmente uma actividade física	1	2	3	4	5
2) ... estou a pensar abandonar a prática regular de actividade física	1	2	3	4	5
3) ... quero continuar a praticar a actividade física que pratico actualmente	1	2	3	4	5
4) ... não estou a pensar continuar a praticar a actividade física que pratico actualmente	1	2	3	4	5
5) ... estou a pensar praticar a actividade física que pratico actualmente	1	2	3	4	5
6) ... em princípio, vou deixar de praticar a actividade física que pratico actualmente	1	2	3	4	5
7) ... tenho que praticar a actividade física que pratico actualmente	1	2	3	4	5
8) ... estou determinado a praticar a actividade física que pratico actualmente	1	2	3	4	5

NOS PRÓXIMOS TEMPOS...	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1) ... tenho intenção de iniciar a prática de uma actividade física com regularidade	1	2	3	4	5
2) ... não estou a pensar iniciar a prática regular de actividade física	1	2	3	4	5
3) ... quero iniciar a prática de uma actividade física com regularidade	1	2	3	4	5
4) ... estou a pensar iniciar a prática de uma actividade física com regularidade	1	2	3	4	5
5) ... em princípio, vou iniciar a prática de uma actividade física com regularidade	1	2	3	4	5
6) ... tenho que praticar uma actividade física com regularidade	1	2	3	4	5
7) ... estou determinado a praticar uma actividade física com regularidade	1	2	3	4	5
8) ... não tenciono iniciar a prática regular de qualquer tipo de actividade física	1	2	3	4	5

UMA VEZ MAIS, OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

NOTA: NÃO SE ESQUEÇA DE CONFIRMAR SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES E/OU AFIRMAÇÕES.