U.PORTO

FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Motivação autodeterminada e Bem-Estar Subjetivo em idosos praticantes de exercício físico.

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciência do Desporto, na área de Especialização em Atividade Física para a Terceira Idade, ao abrigo do artigo 20º do Decreto-Lei nº74/2006 de 24 março, na redação dada pelo Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto.

Orientador: Professor Doutor Nuno Corte-Real

Coorientadora: Professora Doutora Ruth Jiménez Castuera

Ana Carolina Milhomem

Porto, Setembro de 2019.

FICHA DE CATALOGAÇÃO

Milhomem, A. C. (2019). Motivação autodeterminada e Bem-Estar Subjetivo em idosos praticantes de exercício físico. Porto: A. C. Milhomem. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PALAVRAS-CHAVE: EXERCÍCIO FÍSICO, ENVELHECIMENTO, BEM-ESTAR SUBJETIVO, MOTIVAÇÃO.

DEDITATÓRIA

Ao meu avô Tunílio Teixeira Milhomem (in memorian)

“Morrer é só não ser visto”

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu companheiro incansável, sem Ele eu nada seria! Eternamente grata por cada pessoa que o Senhor elegeu para fazer parte desta etapa da minha vida.

A minha amiga, Raphaela Goulart Martini por compartilhar comigo seu sonho de estudar e morar em outro país e a amiga Tathiana Lye Takasaki Lara Resende, desbravadora, que com toda a sua serenidade abriu o caminho para nossa chegada.

Ao meu orientador, professor Doutor Nuno Corte-Real, que se disponibilizou a me socorrer em um momento de desespero acadêmico e desde então sempre colocou em prática todo seu conhecimento sobre a Psicologia Positiva em todos os nossos encontros.

A minha coorientadora, professora Doutora Ruth Jiménez Castuera por ter acolhido e confiado na minha capacidade para colaborar com seu lindo projeto, destinado a mulheres em reabilitação de câncer de mama por meio da atividade física. Uma experiência de três meses que mudou para sempre a minha vida.

A todos os professores, pela contribuição no meu crescimento acadêmico e a todos os funcionários da Fadeup pela disponibilidade e acolhimento.

Ao amigo, Miguel Ângelo Sampaio de Oliveira pela solidariedade e disposição em me ajudar na busca por um espaço no qual eu pudesse realizar a minha pesquisa. Aos responsáveis pelo projeto Clube Maia Sénior, Juan Miguel Vieira Couto e José Alberto Azevedo, por permitirem a recolha de dados no projeto, assim como ao professor das turmas Leandro Martins, muito obrigada pela atenção e receptividade. A todos os participantes do projeto que se dispuseram a compartilhar gentilmente informações de suas vidas para contribuir com esta pesquisa, muito obrigada!

A todos os colaborares científicos, que participaram na elaboração deste trabalho os Doutores: José Carmelo Adsuar Sala, Dannyzta Serra, Alex Ferraz, Helder Zimmerman de Oliveira, Márcio Borgonovo dos Santos; as mestres Tathiana Lye Takasaki Lara Resende, Janaína Maria Medeiros Macêdo Menêzes, Keilly Nunes Poças; as futuras mestres Tamyres Carla Beer e Raphaela Goulart Martini; e também a Gabrielle Coelho Simas Bernardes, muitíssimo obrigada por partilharem comigo bens tão preciosos, tempo e conhecimento.

Ao Mário Celso de Araujo por toda a ajuda, definitivamente a vida de estudante não é fácil, principalmente com todo o custo em euro.

Aos amigos fiéis, que nem a distância os impediram de partilhar carinho e atenção. Aos amigos aqui conquistados, pela paciência, por fazerem parte dos inúmeros momentos de alegria e por permanecerem ao meu lado nos dias mais difíceis, sem vocês a caminhada seria insuportável!

A minha família, meu porto seguro e meu maior exemplo, muito obrigada pela confiança em mim depositada e pelo amor incondicional. A minha mãe, por me dar asas sem estabelecer limites para os meus voos e me ensinar a crer que, sempre VAI DAR TUDO CERTO! A minha irmã, grande amor da minha vida, pelo cuidado diário mesmo com um oceano de distância e saudade.

“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música”

(Friedrich Nietzche)

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS V

ÍNDICE GERAL VII

ÍNDICE DE FIGURAS IX

ÍNDICE DE TABELAS XI

ÍNDICE DE ANEXOS XIII

RESUMO XV

ABSTRACT XVII

ABREVIATURA XIX

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO 2. REVISÃO DE LITERATURA 5

2.1. Envelhecimento 7

2.1.1. Teorias do Envelhecimento 8

2.1.2. Etapas do envelhecimento 9

2.1.2.1. Idade Cronológica 10

2.1.2.2. Idade Biológica 11

2.1.2.3. Idade Social 12

2.1.2.4. Idade Psicológica 12

2.1.3. Terceira idade 13

2.1.4. Envelhecimento em Portugal 14

2.1.5. Envelhecimento Ativo/Saudável 15

2. 2. Bem-Estar Subjetivo 16

2. 2.1. Componentes do Bem-Estar Subjetivo 17

2. 2.1.1. Satisfação com a vida 18

2. 2.1.2. Afetos Positivos e Negativos 19

2. 3. Atividade física e Exercício físico 20

2.4. Motivação 23
2.4.1. Teoria da autodeterminação 24
2.4.1.1. Teoria da Integração Organística 25
2.4.1.2. Necessidades Psicológicas Básicas 26
2.4.2. Modelo Hierárquico da Motivação 27
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS 29
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA 33
4.1. Tipo de Estudo 35
4.2. Amostra 35
4.3. Critério de inclusão 36
4.4. Instrumentos 37
4.4.1. Questionários 37
4.5. Procedimentos 39
4.6. Procedimentos estatísticos 39
CAPÍTULO 5 . APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 41
5.1. Análise descritiva e Análise de fiabilidade 43
5.2. Análise descritiva em função do sexo 44
5.3. Análise descritiva em função do escalão etário 45
5.4. Análise descritiva em função da frequência 47
5.5. Análise correlacional 48
CAPÍTULO 6 . DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 55
CAPÍTULO 7 . CONCLUSÃO 65
CAPÍTULO 8 . BIBLIOGRAFIA 69
CAPÍTULO 9 . ANEXOS XXI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoria da Autodeterminação.....28

Figura 2. Estrutura do trabalho 35

Figura 3. Motivos para prática de exercício físico.....49

Figura 4. Benefícios percebidos com a prática de exercício físico.....50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estatística descritiva e análise de fiabilidade dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação..... 44

Tabela 2. Médias e Desvio Padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função do sexo..... 45

Tabela 3. Médias e Desvio Padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função do escalão etário..... 46

Tabela 4. Médias e Desvio Padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função da frequência no programa CMS..... 47

Tabela 5. Correlação Pearson.....48

Tabela 6. Frequência dos Motivos para prática de exercício físico.....51

Tabela 7. Frequência dos Benefícios com a prática de exercício físico.....52

Tabela 8. Frequência das Barreiras.....53

ÍNDICE DE ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....XXV

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o nível de motivação autodeterminada e das necessidades psicológicas básicas, assim como o Bem-estar Subjetivo em idosos praticantes do programa de exercício físico. Trata-se de um estudo com uma abordagem transversal e uma metodologia mista, com um grupo de idosos participantes do programa Clube Maia Sénior (CMS). A amostra estudada corresponde a 65 idosos de ambos os sexos, sendo 46 mulheres e 19 homens, com a média de idade de 72 ± 5 anos. Para avaliar a motivação foi aplicada a versão Portuguesa Behavioral Regulation in Sport Questionnaire-Version 2 (BREQ-2), validado em português por Palmeira, Teixeira, Silva e Markland (2007) e a versão portuguesa da Basic Psychological Needs Exercise Scale (BPNES), validado por Montão, Serra, Alves, Leitão e Vlachopoulos (2012) para a avaliação das necessidades psicológicas básicas. Em relação aos afetos, uma versão portuguesa reduzida da PANAS-VRP validado por Galinha, Pereira e Esteves (2014) e para a satisfação com a vida, a versão traduzida e adaptada da Satisfaction With Life Scale (Figueiras et al. 2010). Também foram realizas três questões de perguntas abertas para verificar a percepção dos motivos, dos benefícios e das barreiras relacionadas com a prática de exercícios físicos. Concluiu-se que os idosos do sexo masculino apresentaram uma maior motivação controlada, assim como apresentaram um nível de motivação autônoma superior. Relativamente à idade, os idosos com 75 anos ou mais dispõem de melhor nível de Bem-estar Subjetivo (BES) que idosos com idade inferior. A percepção da satisfação com vida é maior em idosos que praticam exercício físico mais de duas vezes por semana. Foi encontrada uma correlação positiva e significativa entre a satisfação com a vida e todas as necessidades psicológicas básicas (NPB), assim como entre a motivação autónoma e as três NPB. Este estudo confirma a promoção de saúde, e do BES, bem como a interação social dos idosos por meio do projeto CMS.

PALAVRAS-CHAVE: EXERCÍCIO FÍSICO, ENVELHECIMENTO, BEM-ESTAR SUBJETIVO, MOTIVAÇÃO.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the level of self-determined motivation and basic psychological needs, as well as Subjective Well-Being in elderly participants of the physical exercise program. This is a study with cross-sectional approach and mixed methodology, with a group of elderly participants of the Clube Maia Sénior (CMS). The sample studied included 65 elderly individuals of both sexes, being 46 women and 19 men, with an average age of 72 ± 5 years. In order to evaluate motivation, the Portuguese version of Behavioral Regulation in Sport Questionnaire-Version 2 (BREQ-2) was applied, validated in Portuguese by Palmeira, Teixeira, Silva and Markland (2007). As to evaluate the basic psychological needs, the Portuguese version of the Basic Psychological Needs Exercise Scale (BPNES) was applied, validated by Heap, Serra, Alves, Leitão and Vlachopoulos (2012). Regarding affections, a reduced Portuguese version of the PANAS-VRP was used, validated by Galinha, Pereira and Esteves (2014), whereas for satisfaction with life, the translated and adapted version of the Satisfaction With Life Scale (Figueiras et al. 2010) was applied. Three questions were also asked to verify the perception of the motives, benefits and barriers related to the practice of physical exercises. It was concluded that the elderly males presented a higher controlled motivation, as well as a higher level of autonomous motivation. In relation to age, the elderly aged 75 years or older have a better level of subjective well-being (SWB) than elderly people under such age. The perception of life satisfaction is higher in elderly individuals who practice physical exercise more than twice a week. A positive and significant correlation was found between satisfaction with life and all basic psychological needs (BPN), as well as between autonomous motivation and the three BPN. This study corroborates the promotion of health, SWB, as well as the social interaction of the elderly through the SMC project.

KEY WORDS: PHYSICAL EXERCISE, AGING, SUBJECTIVE WELL-BEING, MOTIVATION.

ABREVIATURAS

ACSM- American College of Sports Medice

BES- Bem-Estar Subjetivo

BPNES- Basic Psychological Needs Exercise Scale

BREQ-2- Behavioral Regulation in Sport Questionnaire-Version 2

CEFADE- Comissão de Ética da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

CMS- Clube Maia Sénior

EF- Exercício Físico

ENAS- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

NPB- Necessidades Psicológicas Básicas

OMS- Organização Mundial da Saúde

PANAS- Escala de Afetos Positivos e Negativos

PORDATA- Base de Dados Portugal Contemporânea

SPSS- Statistical Package for Sciences

TAD- Teoria da Autodeterminação

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIO- Teoria Integração Organística

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas foram registradas consideráveis transformações demográficas caracterizadas principalmente, pelo aumento da longevidade e da população idosa, assim como a diminuição da natalidade e da população jovem. Em 2017, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 21% da população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida alcançou aproximadamente 83 anos para as mulheres e os 77 anos para homens, dados estes que tornaram Portugal o terceiro país com a maior população de idosos entre os países da União Europeia (PORTADA, 2018).

Tendo em conta que esta realidade atinge toda população mundial a Organização Mundial da Saúde (OMS) desde de 2005 defende que as diretrizes para um envelhecimento ativo, são ações que devem ser incorporadas pelas políticas públicas e de ações sociais, e não somente do indivíduo. O envelhecimento ativo e saudável passa por um processo de otimização das oportunidades para a saúde, segurança, participação ativa econômica e social. A melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2015).

Os idosos ativos fisicamente estão menos propícios a doenças e diminuição da capacidade funcional. Para além disso manifestam um maior envolvimento em atividades sociais e dispõem de um melhor bem-estar físico (Monteiro et al., 2014). Estudos revelam a possibilidade de aumento entre 6 a 10 anos na sua expectativa de vida e otimizar sua qualidade em praticantes de exercício físico, visto que, além de melhorar a capacidade física desses indivíduos, os exercícios físicos também beneficiam a manutenção da sua capacidade mental (Fechine & Trompieri, 2012).

Tendo em vista que a motivação é o que ativa, proporciona energia, dirige e regula o comportamento, esta é considerada o fator de maior importância no comportamento humano (Iso-Ahola & St. Clair, 2000). Sendo a motivação determinante para dar início à prática de exercício físico, assim com permanecer

a praticar. Dentre as mais populares e contemporâneas abordagens teóricas à motivação está a Teoria da Autodeterminação. Esta teoria compreende a motivação por níveis de autodeterminação, que variam do mais autodeterminado, a motivação intrínseca ao menos autodeterminado a motivação extrínseca e a amotivação. Por outro lado, o comportamento humano é impulsionado por três necessidades psicológicas básicas e universais que são essenciais para que a autodeterminação se desenvolva: autonomia, competência e relação social (Deci & Ryan, 1985).

Deste modo, o presente estudo visa analisar a relação existente entre a motivação, e o bem-estar subjetivo em idosos que praticam exercício físico. O Bem-estar Subjetivo (BES) constitui um campo de estudos no qual um indivíduo avalia sua vida, baseando-se em duas dimensões: a) cognitiva, a satisfação com a vida, b) afetiva, relacionada a aspectos positivo e negativos. Uma boa avaliação de BES é o resultado de um alto índice de satisfação com a vida, alta frequência de emoções positivas e baixa frequência de emoções negativas (Diener, Suh, Lucas & Smit, 1999). Estudos como o do Neto et al. (2012) demonstrou que idosos praticantes de atividade física regular apresentam uma percepção mais positiva das suas experiências em geral e maior nível de BES do que os que não praticantes.

Atenta à realidade de crescimento da população com mais de 60 anos e diante da relevância da prática exercício físico na melhoria da qualidade de vida desta população, a Câmara Municipal da Maia, através do Pelouro do Desporto, criou em 1998 um projeto denominado, Clube Maia Sénior (CMS). Este projeto oportuniza gratuitamente aos residentes do conselho da Maia com 60 anos ou mais, atividades como: hidroginástica, hidroterapia, tai chi chuan, educação física, boccia, dança de salão, xadrez, zumba e tênis.

Este trabalho se torna relevante para esta população em específico, com o propósito de avaliar o nível de motivação autodeterminada, necessidades psicológicas básicas, o Bem-estar Subjetivo assim como, a interrelação entre estas variáveis. Poderá ainda auxiliar na justificativa da criação de projetos semelhantes que atendam as recomendações de políticas públicas sugeridas pela OMS, em outras populações de idosos.

CAPÍTULO 2- REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenômeno que abrange toda a população mundial, sendo possível estimar que em 2050 mais de 2 bilhões de pessoas se encontrará na faixa etária acima dos 60 anos. Esse fenômeno ocasiona novos desafios para a saúde pública mundial, como o bem-estar da terceira idade e o tratamento das doenças crônicas. As alterações demográficas e o crescimento da expectativa média de vida da população colocam em evidência esses desafios tanto aos indivíduos quanto à sociedade. A nível individual é possível apontar o aumento da longevidade e, a nível coletivo, as mudanças e fragilidades das relações sociais e familiares, além das implicações econômicas (Pocinho, 2014).

Resultado de um processo natural, universal, irreversível e individual, o envelhecimento é inerente aos seres humanos (Borges et al., 2017). No decorrer deste processo, as transformações biológicas, funcionais e psicológicas interferem na autonomia para desempenho das atividades cotidianas (Cortez et al.,2018). Porém, nem todas as alterações são oriundas unicamente desse processo, pois muitas destas são provocadas por fatores ambientais, e pelo estilo de vida de cada um (Taylor, 2015). Neste sentido, Freitas (2010) acresce que a aceleração ou retardo do processo de envelhecer está susceptível à influência de fatores genéticos, ao estilo de vida e ao ambiente, no qual a pessoa vive.

As mudanças resultantes do envelhecimento acontecem de maneira única em cada indivíduo. A heterogeneidade deste processo é evidenciada pelo agrupamento de fatores genéticos, ambientais e pessoais. São diversas, as formas de ser velho, pois cada indivíduo traz consigo a sua própria história, a qual é gerenciada por características genéticas e psicossociais (Moraes & Souza, 2005).

A intitulação de idoso tem sua atribuição com base, principalmente, na idade cronológica, e varia em conformidade a classificação socioeconômica de cada país (Meireles, 2007). Em países desenvolvidos, as pessoas são consideradas idosas a partir dos 65 anos, entretanto nos países em desenvolvimento, a idade referente ao idoso tem início aos 60 anos (WHO, 2002).

2.1.1. TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

A literatura especializada apresenta algumas teorias biológicas com intuito de explicar o envelhecimento. Algumas estabelecem que este tem prioritariamente a sua origem em fatores genéticos, por meio da programação de degradação genética; outras defendem a existência de estragos no sistema hemostático, o que resulta em danificações progressivas nas macromoléculas (Botelho, 2007).

As teorias biológicas analisam o envelhecimento como uma ocorrência involuntária e inevitável de transformações e disfunções nas células e sistemas do organismo que ocorrem ao longo da vida. Atualmente estas teorias são agrupadas em duas correntes: as teorias genético-desenvolvimentistas e as teorias estocásticas. As primeiras percebem o envelhecimento como um *continuum* controlado geneticamente e, possivelmente, programado. Essa possível programação encontra-se associada a um desequilíbrio neuroendócrino e, por consequência, a diminuição da integração funcional dos sistemas orgânicos. A segunda corrente analisa a possibilidade de que o envelhecimento sofre interferência do aglomerado de agressões ambientais que alcançam um grau inconciliável com a conservação das funções orgânicas e a vida (Farinatti, 2008).

As modificações provenientes do envelhecimento não se restringem apenas aos âmbitos fisiológico e biológico. Por certo, as modificações são perceptíveis também a nível psicológico e, com frequência, associadas às

alterações corporais, que refletem numa mudança de atitudes e comportamentos (Sequeira, 2010).

As teorias sociais, segundo Farinatti (2008), foram agrupadas em conformidade com a convergência de opiniões, resultando três subdivisões em gerações. Assim a primeira geração tem a centralidade voltada prioritariamente ao indivíduo, em particular as maneiras pelas quais se daria seu ajustamento ao envelhecimento. As teorias de segunda geração abrangem a sua análise, a estrutura macrossocial, atribuindo-lhe maior relevância que os fatores individuais para a definição da posição social dos idosos. Por fim, a terceira procura expor o modo com que os níveis micro e macrossocial interagiram. Neste sentido, os fatores individuais são relativizados e equilibrados com os da estrutura social.

2.1.2. ETAPAS DO ENVELHECIMENTO

A senescência é compreendida como a condição humana de quem se encontra no processo de envelhecimento natural, formada por um conjunto de transformações funcionais, orgânicas e morfológicas. Em contrapartida, a senilidade como envelhecimento patológico, que ocorre juntamente com doenças crônicas e/ou quadros neurodegenerativos que restringem ou inabilitam de uma maneira excessiva a autonomia da pessoa idosa (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento pode ser dividido em três etapas. A primeira, denominada de envelhecimento primário ou normal, é determinada por alterações intrínsecas, gradativas e inevitáveis, nas quais não há declínio da capacidade funcional. A segunda, envelhecimento secundário ou patológico, constituída pelas consequências de doenças, de abuso e de ausência de uso sendo por isso fatores que podem ser evitáveis. A terceira, envelhecimento terciário, que se caracteriza pelo excessivo acumulo de perdas em um pequeno curso de tempo (Motta, 2005).

Em seus estudos, Fechine e Trompieri (2012) constataram indicadores que embasam o envelhecimento em três etapas: primário, secundário e terciário. O primário é intrínseco à espécie humana, vivenciado inevitavelmente por todas

as pessoas, sendo considerado geneticamente determinado ou pré-determinado. Enquanto o envelhecimento secundário está associado às doenças adquiridas que divergem do processo natural do envelhecimento, e podem ser evitadas, na maioria das vezes. Como exemplo dessas doenças é possível citar, doenças cardíacas, câncer, lesões cerebrais, entre outras. Existem ainda fatores externos que podem interferir no envelhecimento secundário, tais como, fatores ambientais, culturais e geográficos. Por último, o terciário decorre de grandes danos físicos e cognitivos acumulados ao longo da vida e das implicações de doenças relativas à idade, que causam a morte. Deste modo, considera-se que o envelhecimento primário é natural, enquanto as outras etapas de envelhecimento, secundário e terciário, podem ser prevenidas.

Com base em uma concepção integral, o envelhecimento é um processo dinâmico, paulatino, particularizado por inúmeras manifestações nos aspectos biológico, psíquico e social, que transcorrem ao longo da vida, de maneiras distintas em cada indivíduo (Lima, Lima, & Ribeiro, 2010).

O envelhecimento humano pode ser entendido em sua complexidade como um percurso progressivo de alterações sucessivas que são percebidas em todo o organismo. Apesar de habitualmente a velhice ter sua definição fundamentada por meio da idade cronológica, iniciada aos 60 anos, também se faz necessário ressaltar as idades psicológica, funcional e biológica (Papália, 2013). Por essa razão, será traçado um perfil sobre as idades cronológica, psicológica, funcional e biológica.

2.1.2.1. IDADE CRONOLÓGICA

O decorrer do tempo mensurado em dias, meses e anos, a partir do nascimento, idade cronológica, é uma maneira simplista e extremamente usual para adquirir conhecimentos a respeito de uma pessoa. A idade cronológica faz referência exclusivamente a somatória de anos vividos por um indivíduo, tendo como marco inicial o nascimento. Desta maneira não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Limita-se a uma contagem de

tempo, o que não pode ser compreendido como sinônimo de desenvolvimento, sendo a idade simplesmente uma medida aproximada do processo que afeta o comportamento ao longo do tempo (Hoyer & Roodin, 2003).

Spirduso et al. (2005) estabeleceram cinco escalões etários com base na idade cronológica: “meia-idade” (60 – 64 anos), “idosos jovens” (65 – 74 anos), os “idosos” (75 – 84 anos), os “idosos-idosos” (85 – 99 anos) e por fim os “extremamente idosos” (mais de 100 anos).

2.1.2.2. IDADE BIOLÓGICA

O envelhecimento biológico tem por característica o aumento da susceptibilidade aos danos dos meios interno e externo, nas células, tecidos, órgãos, aparelhos e sistemas (Borges et al., 2017).

A senescência se inicia com uma série de modificações perceptíveis exteriormente, como exemplo, o surgimento dos cabelos brancos, perda do equilíbrio, morosidade na execução dos movimentos, decréscimo da força muscular, diminuição da velocidade de reação, nas alterações emocionais e cognitivas. Simultaneamente ocorrem transformações internas, devido à degeneração da função dos sistemas orgânicos e das células, sendo estas associadas ao envelhecimento intrínseco implicando frequentemente uma diminuição da capacidade funcional. Ainda que este processo tenha início muito antes, é no idoso que facilmente se pode perceber a redução da elasticidade da pele e músculos, a perda de massa e força muscular (sarcopenia), que está diretamente relacionada ao decréscimo do funcionamento dos diversos sistemas corporais (Sequeira, 2010).

2.1.2.3. IDADE SOCIAL

A avaliação do nível de adaptação de uma pessoa ao cumprimento dos papéis e dos comportamentos esperados para os indivíduos de sua idade, num determinado momento da história de cada sociedade corresponde a idade social. (Neri, 2005). Deste modo, é possível compreender como a correspondência dos comportamentos designados às funções etárias que a sociedade estabelece aos seus membros. A idade social está constituída por singularidades que caracterizam os indivíduos e, tem uma variância conforme a cultura, o gênero, a classe social, o transcorrer das gerações e das condições de vida e de trabalho, sendo que as disparidades destas condições acarretam nas desigualdades do processo de envelhecer (Schneider & Irigaray, 2008).

2.1.2.4. IDADE PSICOLÓGICA

A idade psicológica está relacionada com a subjetividade da idade. Este conceito atende a possibilidade de cada indivíduo reconhecer a ausência ou a presença de indicadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas da mesma faixa etária (Neri, 2005). A avaliação subjetiva, a estimativa da duração de eventos ou a quantificação de tempo decorrido constituem este conceito de idade psicológica, que estabelece uma relação de correspondência com a idade cronológica e o meio. Pode ser atribuída como definição de idade psicológica, o somatório das escolhas feitas no decorrer da vida, em que a auto eficácia é a presunção da capacidade para controlar sua própria vida, está relacionada com a eleição pessoal de comportamento ao longo do processo de envelhecimento e a organização para a aposentadoria ((Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento psicológico é um processo extremamente complexo que provém da associação de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural, em que se encontra inserido e da maneira individual como cada pessoa estrutura e pode vivenciar o seu plano de vida (Sequeira, 2010).

2.1.3. TERCEIRA IDADE

O termo “idade” advém da necessidade de circunscrever o envelhecimento. Todo e qualquer limite cronológico a fim de definir a pessoa idosa é impreciso e dificilmente abrange as inúmeras dimensões da evolução da vida humana (Monteiro & Neto, 2008). Ao longo do tempo, o envelhecimento tem sido entendido sob duas concepções distintas: uma que compreende o último estágio da vida, que encaminham o indivíduo rumo à morte; outra, que o percebe como sendo um estágio de sabedoria, de serenidade e maturidade (Arruda, 2007).

Quanto a denominação, terceira idade, Peter Laslett (1989) foi um dos precursores entre os autores a propor este entendimento. Sendo a terceira idade uma nova e diferenciada fase da vida, que se intercala entre a idade adulta e a velhice propriamente dita (Silva, 2008). A terminologia “terceira idade” é uma compreensão recente, resultado da evolução do conceito de velhice. Surge com a necessidade de expressar atuais padrões de comportamento de uma geração que envelhece e se reforma, mas permanece com uma vida ativa (Monteiro & Neto, 2008).

No começo do século XX, a disseminação da nomenclatura terceira idade aconteceu por influência da literatura latina, mais precisamente pelo gerontólogo francês Huet que designou esta denominação aos indivíduos com idade superior aos 60 anos. Aos indivíduos que necessitam de auxílio de terceiros para realizar suas atividades diárias ou pessoas na faixa etária superior aos 80 anos, tem sido atribuído o termo quarta idade. Esse termo tem sido utilizado, principalmente, na França, e em países que têm o francês como idioma oficial (Farinatti, 2008).

2.1.4. ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

Em Portugal, assim como em todo o mundo, também é perceptível o envelhecimento acelerado da sociedade. Segundo dados PORDATA (Base de Dados Portugal Contemporâneo), a percentagem do índice de envelhecimento aumentou de 27,5% em 1961 para 153% em 2017, sendo que neste mesmo ano a população de pessoas idosas representam 21% do total de habitantes em Portugal e a expectativa de vida atingiu aproximadamente 83 anos para as mulheres e 77 anos para os homens.

Além da celeridade no processo de envelhecimento da população mundial, pode-se constatar a maior expectativa de vida, principalmente, a feminina. As mulheres em Portugal, assim como na maioria dos países, vivem em média mais que os homens. Isto ocorre devido a um conjunto de fatores, como a menor incidência de doenças do sistema circulatório antes da menopausa, em geral exercem profissões com menos ricos à saúde, ingerem bebidas alcoólicas e tabaco com maior moderação, menor envolvimento em situações de risco, conduzem com mais prudência e frequentam mais os serviços de Saúde (Meslé & Vallin, 2002, cit. por Oliveira & Mendes, 2010). Este fenômeno tem sido denominado como a feminização da velhice, que é caracterizado por uma maior quantidade de mulheres idosas que homens com a mesma idade, principalmente em idades avançadas (Sousa et al., 2018).

Atribui-se o crescimento da população idosa a uma junção de fatores, especificamente dos avanços tecnológicos e médicos, da ampliação do acesso e cuidados com a saúde; do acréscimo dos sistemas de proteção social e alterações nos comportamentos alimentares (Cabral et al., 2013). O envelhecimento populacional é resultado da diminuição da fecundidade, melhores condições de saúde e processos migratórios (Costa & Remolaldo, 2012).

A junção de todos estes fatores citados por diversos autores, resultaram em um acelerado envelhecimento da população portuguesa. Em consequência a este rápido processo torna-se necessário ajustes e soluções para as novas demandas nos sistemas de saúde, educacional, judiciário, segurança social e

transporte (ENAS, 2017). Assim é imprescindível o investimento em políticas públicas que proporcionem medidas protetivas à velhice, sendo necessário garantir que o idoso se mantenha inserido socialmente e, que tenha assegurado os cuidados essenciais, apropriados e com presteza as condições de maior fragilidade a níveis físicos, psíquicos, mental e/ou social (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

A fim de propiciar um melhor envelhecimento da população portuguesa, surge por meio do despacho nº 12427/2016, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENAS) que reúne medidas para promover o envelhecimento ativo e saudável em todo país.

2.1.5. ENVELHECIMENTO ATIVO/SAUDÁVEL

O termo “ativo” faz referência a participação ininterrupta na vida social, econômica, cultural, espiritual e cívica, o que transcende a definição limitada de pessoa ativa física e profissionalmente (WHO, 2002). O envelhecimento ativo fundamenta-se em um conjunto de elementos que viabilizam ao indivíduo condições necessárias para manter o funcionamento eficaz, tanto ao nível físico como psicológico (Simões, 2006). Ainda segundo o autor, são indispensáveis quatro aspectos para envelhecer ativamente: um elevado funcionamento físico e psicológico, baixo risco de doenças, um envolvimento ativo com a vida e a presença de “bem-estar”.

Por sua vez, o conceito de “envelhecimento saudável” é entendido como o processo de desenvolvimento e preservação da capacidade funcional, que colabora para o bem-estar idosos, sendo a capacidade funcional o produto da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O principal objetivo é o bem-estar, que em conceito abrangente aprecia em totalidade os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Desta forma, além de ser um resultado do êxito e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo, do suporte, dos hábitos cotidianos e das oportunidades garantidas pela sociedade a fim de manter a funcionalidade dos idosos e permiti-los vivenciar tudo aquilo que valorizam (WHO, 2015). Oportunizar aos idosos um envelhecimento ativo e saudável no contínuo ciclo da

vida é uma premissa para transpor os desafios associados à longevidade e o envelhecimento populacional (ENAS, 2017).

Faz-se necessário elucidar que a qualidade de vida para as pessoas idosas, engloba além dos aspectos físicos, os sociais e psicológicos. Assim como o bem-estar físico e mental, a integração social, ser produtivo e ter uma boa organização familiar, são elementos fundamentais para um envelhecimento saudável (Sposito, Neri & Yassuda, 2016).

Para Garcia (1997), ao associar o bem-estar subjetivo à terceira idade, este otimiza o perpassar da vida do idoso; o reflexo disto é o envelhecer de maneira saudável, assim pode torna-se um indicativo da saúde mental, interação social e ainda sinônimo de felicidade (Monteiro et al., 2014).

2.2. BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES)

O Bem-estar Subjetivo (BES) consiste na maneira como as pessoas avaliam as suas vidas, sendo estas avaliações afetivas e cognitivas (Diener,1994).

As características essenciais do BES são: a avaliação pessoal e subjetiva; de uma forma global que abrange todos os domínios da vida; em que o indivíduo estabelece seus próprios critérios para avaliar os afetos positivos sem desprezar os aspectos negativos de suas vidas (Diener et al., 1999).

Dentre as características fundamentais do BES está a autoavaliação, onde o próprio indivíduo observa e avalia sua vida, sem considerar parâmetros estabelecidas por outros. Para esta avaliação, cada pessoa emprega uma concepção subjetiva, embasada em suas próprias perspectivas, valores, sentimentos e vivências (Diener et al., 1999). Outra característica estabelece que a área estudada pelo BES não deve ser delimitada por um humor momentâneo. Reiteradamente, algo que propicia a felicidade em determinado instante pode não coincidir com o que gera o BES. Apesar do humor ser mutável, de acordo com os acontecimentos da vida, a relevância para o estudo do BES está na

constância do humor, e não em emoções momentâneas (Diener, Suh, & Oishi, 1997). Por fim, a terceira característica do conceito de BES é a composição emocional, compreendida por um balanço de emoções positivas e negativas. O resultado deste balanço, para representar uma dimensão de BES, deve ser caracterizado pela prevalência de emoções positivas sobre as negativas ao longo da vida. O estudo dos afetos positivos e negativos não consiste em reconhecer a constância de emoções positivas, e sim constatar que dentre tudo que já foi vivido houve uma preponderância das sensações prazerosas sobre o sofrimento (Siqueira & Padovam, 2008).

Os elementos que influenciam o BES podem ser reunidos em dois grupos, os fatores intrínsecos ao sujeito, aspectos psicológicos, princípios, convicções, espiritualidade, maneira como reage às adversidades da vida e estado de saúde; enquanto os fatores extrínsecos, são aspectos sociodemográficos, culturais e acontecimentos da vida (Luhmann, et al., 2011). O BES é um conceito de relevância crescente em sociedades democráticas, em que se almeja que cada indivíduo se sinta satisfeito com sua própria vida, tendo por base seus parâmetros intrínsecos e não sendo submisso a avaliações exteriores (Galinha, 2008).

2.2.1. COMPONENTES DO BES

O BES está relacionado a três indicadores, organizados com base em fatores globais ou variáveis interligadas: a satisfação com a vida, os afetos positivos e baixo nível de afeto negativo (Diener & Tay, 2015). Em geral, pode-se admitir que o BES é constituído por um componente cognitivo, a satisfação com a vida e o componente afetivo que abrangem afetos positivos e negativos, ambos os componentes têm a maneira de ser avaliados com base a própria vida (Simões, 2006).

2.2.1.1. SATISFAÇÃO COM A VIDA

A satisfação com a vida representa a dimensão cognitiva do BES, isto é, a avaliação que a pessoa faz sobre sua vida em conformidade com um próprio parâmetro. O juízo da satisfação com a vida tem uma relação estabelecida entre as condições de vida do indivíduo e a referência por ele escolhida (Diener, 2013). A terminologia satisfação com a vida está relacionada a um conceito de maior abrangência, a qualidade de vida. Comumente entendidas como sinônimos, se distinguem, pois, a satisfação com a vida representa a dimensão psicológica subjetiva da qualidade de vida, sendo assim, configura uma parte que contribui para a integralidade de um todo (Galinha, 2008).

Dentro do conceito de satisfação com a vida encontra-se a satisfação global com a vida e a satisfação com a vida em domínios específicos. A primeira consiste em mensurar o nível da qualidade geral, na qual o indivíduo estabelece da sua vida como um todo. Enquanto a segunda é uma dimensão mais restritiva, pois avalia a vida com base em domínios específicos, como família, profissão, matrimonio (Galinha, 2008). Normalmente estão correlacionadas, a satisfação com os domínios específicos influencia a satisfação com a vida global (Pavot & Diener, 2008). Quanto à temporalidade, a satisfação com a vida é mensurada de maneira crítica a longo prazo, enquanto a felicidade, equilíbrio dos aspectos positivos e negativos, tem por base as vivências imediatas (Figueiras et al., 2010).

Nos idosos, ocorre uma redução da intensidade emocional na percepção das experiências vivenciadas, a satisfação com a vida se eleva com o passar dos anos, em contrapartida a intensidade das experiências afetivas declinam (Diener et al..1999). A satisfação com a vida mais elevada em pessoas idosas, ocorre devido uma maior capacidade de equilibrar suas emoções e de manifestar mais afetos positivos que afetos negativos (Cachione et al., 2017).

Em seu estudo Sposito et al. (2013) delimitam que a satisfação com a vida além da saúde física se refere à satisfação social e psicológica, está relacionada por inúmeros fatores como, idade, gênero, nível educacional e

socioeconômico; devido ainda, a sua potencialidade com indicador de qualidade de vida percebida ,sendo possível sua utilização como orientação para políticas de saúde destinadas aos idosos.

2.2.1.2. AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS

O componente afetivo do BES é formado pelo balanço entre os afetos positivos e negativos, para que este balanço seja um componente do BES, o resultado deve ser de maior vivência de emoções positivas às negativas ao longo da vida. Este componente do BES mantém uma relação hedônica de felicidade, uma vez que enfatiza os aspectos afetivos da vida (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Um aspecto importante para o estudo dos afetos positivos e negativos é que devem ser avaliados separadamente, tendo em vista que são dimensões distintas do BES (Diener, 2000).

Segundo Galinha (2008), “o afeto positivo pode ser dividido em emoções, tais com alegria, afeição e orgulho. O afeto negativo pode ser dividido em emoções negativas como a vergonha, culpa, tristeza e ansiedade”. Ambas as emoções positivas e negativas podem influenciar as reações fisiológicas. Em seu estudo Kieecolt-Glaser et al. (2002) investigaram a relação das emoções nas alterações corporais e constataram que as emoções negativas aumentam o processo inflamatório, este tem sido relacionado com doença cardiovascular, alzheimer, artrite, osteoporose e alguns tipos de câncer (Diener & Chan, 2011). De acordo com estes mesmos autores citados, anteriormente, as emoções estão consideravelmente relacionadas às alterações biológicas, como pressão arterial, nível de cortisol e inflamação; e indicadores de doenças como espessamento da parede arterial. Deste modo, tanto os afetos positivos quanto os negativos interferem na fisiologia do indivíduo, sendo que os positivos podem beneficiar a saúde. As características associadas ao afeto positivo influem em aspectos psicossociais e comportamentais, como uma melhor sociabilidade, autossuficiência, otimismo, confiança, estilos de *coping* eficazes diante o desafio e o stress (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Em suma, a pessoa com um bom nível de BES é aquela que reconhecidamente mantem um alto nível de satisfação com a vida, elevada constância de experiências emocionais positivas e baixas experiências emocionais negativas (Diener, 2000). Para avaliar o BES se faz necessário medidas distintas de satisfação com a vida e dos componentes afetivos (Diener & Pavot, 2008). Os elevados níveis de BES favorecem de maneira significativa a melhoria da saúde e longevidade (Diener & Chan 2011). Em seus estudos Deneve et al. (2013), constataram que indivíduos que experenciam um elevado nível de BES reduz o risco de morte, resultado perceptível tanto em pessoas saudáveis quanto em portadores de alguma doença, estão propensos a melhores hábitos alimentar e praticar exercícios físicos e menos susceptíveis ao tabagismo.

Nos últimos anos, a investigação no campo do BES tem aumentado, estudos que relacionam este à prática de atividade física. Estudo como os do Neto et al. (2012) demonstra que idosos que praticam atividade física regular apresentam maiores experiências positivas e maior nível de BES do que os não praticantes.

2. 3. ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO

A distinção conceitual entre atividade física e exercício físico são geralmente empregados de forma errônea, como sinônimos. Por definição, a atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela contração musculoesquelética, que resulte gasto energético. Enquanto o exercício físico é uma categoria da atividade física, aplicado de forma planejada, estruturada e repetitiva que visa melhorar ou manter a aptidão física (Caspersen et al.,1985).

A prática de atividade física além de promover aumento de massa muscular, proporciona a melhoria do humor, diminui o stress, eleva o nível de energia, amplia a flexibilidade articular, ajuda a prevenir e reduzir a incidência de doenças e aumenta a qualidade de vida (Haskell et al., 2007). Seja qual for o tipo de atividade escolhida e do quanto se pratica, são diversos os benefícios para a

saúde física e mental. Não é capaz de reduzir os anos vividos pelo idoso, porém adiciona qualidade de vida, sendo este um dos elementos primordiais para um envelhecimento saudável (Benedetti et al., 2008).

O envelhecimento saudável está diretamente relacionado com a prática de atividade física. A redução dos níveis de atividade física ao longo do processo de envelhecimento fomenta um decréscimo das aptidões funcionais e cognitivas no idoso e o sedentarismo sendo relacionado como um fator de risco para a sarcopenia em idosos (Padilla et al., 2014). Na população idosa, a sarcopenia está relacionada à diminuição da funcionalidade, aumento da fragilidade e incapacidade. Depois dos 65 anos, o decréscimo da massa muscular e força ocorre de maneira mais acentuada e tem sido relacionado à falta de atividade física (Galloza, 2017).

A inatividade física tem como consequência um declínio acentuado da capacidade funcional, o que consequentemente reflete de modo direto na autonomia e independência. Enquanto uma vida ativa proporciona aos idosos a possibilidade de manterem a independência por mais tempo. Os idosos praticantes de exercício físico podem ter um aumento de 6 a 10 anos na sua expectativa de vida e otimizar sua qualidade, visto que, além de melhorar a capacidade física desses indivíduos, os exercícios físicos também beneficiam a manutenção da sua capacidade mental (Fechine & Trompieri, 2012).

O entendimento que a prática de exercícios físicos promove resultados positivos na manutenção da capacidade funcional nos idosos não tem muito tempo. Ainda na década de 1960, havia uma percepção que o exercício físico era algo exclusivo aos indivíduos mais jovens, pois um idoso ao aderir a prática desses exercícios estaria em exposição à riscos e consequências negativas. (Farinatti, 2008). Enquanto na atualidade, o exercício físico tem sido avaliado como meio de prevenir doenças cardíacas e diabetes, promovendo assim o aumento da longevidade (Miranda Neto et al., 2012).

As adaptações e a melhoria da aptidão física referentes ao exercício são similares em adultos jovens e idosos, sendo estas fundamentais para a conservação da capacidade funcional e saúde, assim como atenuar as modificações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento (ACSM, 2014). Fato

este que permite compreender que as melhorias obtidas com a atividade física podem ser usufruídas em qualquer idade, não sendo o envelhecimento uma barreira.

Os idosos ativos fisicamente estão menos propícios às doenças e à diminuição da incapacidade funcional, manifestam um maior envolvimento em atividades sociais e dispõem de um melhor bem-estar físico. Em contrapartida, os inativos fisicamente apresentam maior vulnerabilidade aos problemas relacionados à saúde, maior propensão a incidência de atrofia muscular, redução da força e resistência muscular; e superior índice de mortalidade. Os efeitos benéficos do exercício físico podem ser desfrutados por idosos de qualquer idade, independentemente de o início de sua prática ter sido mais tardio em suas vidas, considera-se um instrumento fundamental para ser empregado como parte de uma política de educação e saúde (Monteiro et al., 2014).

Nogueira et al. (2012) compilam a definição de exercício físico como uma atividade física que requer planejamento; uma estrutura estabelecida e realizada com repetições, com objetivo medial ou final o acréscimo ou manutenção da saúde e aptidão física, e que possam proporcionar benefícios agudos e crônicos. Dentre eles é possível salientar a melhora da aptidão física, a redução da perda de massa óssea e muscular, ganho de força, aumento da coordenação, equilíbrio e funcionalidade; redução da frequência de pensamentos negativos e doença físicas, promove um melhor bem-estar e humor; e também reduz a pressão arterial pós-exercício, com base nos níveis pré-exercício. Deve-se avaliar ao prescrever o exercício físico a intensidade, periodicidade, o tempo determinado, a maneira como será realizado, o desenvolvimento continuado e progressivo. A atividade física deve ser elegida segundo o interesse individual e ser orientada com base nas limitações inerentes à idade.

A recomendação descrita pelo ACSM (2014) para um programa de exercício físico seja completo necessita conter exercícios aeróbicos, de força, de flexibilidade, cardiorrespiratórios e, em casos de indivíduos que caem frequentemente ou que apresentem alguma restrição de mobilidade, podem ser acrescidos exercícios de condicionamento neuromuscular, afim de promover um melhor equilíbrio, agilidade e propriocepção.

A combinação de exercícios aeróbico, resistência, flexibilidade e treinamento de equilíbrio são primordiais para a eficácia de um programa voltado à população idosa. Na qual, o treinamento de exercício aeróbico atua na diminuição dos fatores cardiovasculares; o de resistência aumenta a massa, força e função muscular, atenua a sarcopenia inerente à idade; e os de flexibilidade preservam e melhoram a amplitude do movimento, tem em vista que a redução da flexibilidade nos idosos está relacionada a recuperação mais lenta ante a uma perturbação, fator este que aumenta a vulnerabilidade às quedas (Galloza, 2017).

Em uma revisão de literatura Scianni et al. (2019) apontam que o exercício físico praticado regularmente aparece em inúmeros estudos da atualidade como maneira de diminuir a velocidade do envelhecimento do sistema nervoso, colabora com o tratamento das doenças crônico-degenerativas, previne doenças neurodegenerativas, além dos benefícios nas funções e estruturas, do sistema nervoso, muscular e cardiovascular e, ainda está relacionado à melhoria das habilidades cognitiva, na mobilidade e equilíbrio. Os resultados positivos para os idosos praticantes de exercício físico abrangem melhor autoestima e qualidade de vida, mais autonomia em práticas de autocuidado, aumento da esperança de vida, diminuição do risco de quedas e mortalidade (Galloza, 2017).

Embora comprovados os inúmeros benefícios da prática de atividade física somente 22% dos idosos são praticantes regulares, e este percentual diminui para 11% em participantes acima dos 80 anos, o que configura os idosos como o grupo etário menos ativo fisicamente (ACSM, 2014). Diante disto se faz necessário identificar os fatores motivacionais assim como as barreiras específicas desta faixa etária para iniciar e continuar a prática de exercício físico (Schutzer & Graves, 2004).

2.4. MOTIVAÇÃO

A etimologia da palavra motivação se refere ao que “move” os indivíduos para a ação (Ryan & Deci, 2017). Quando se evidencia em uma pessoa a

inexistência de impulso ou inspiração para realizar uma atividade constata-se a motivação, entretanto, uma pessoa com energia e disposta significa estar motivado para agir (Ryan & Deci, 2000). A motivação é considerada o fator de maior importância no comportamento humano, tendo em vista é o que ativa, proporciona energia, dirige e regula o comportamento (Iso-Ahola & St. Clair, 2000).

Estudar a motivação e os efeitos que esta resulta no comportamento consiste em investigar a intensidade, direção e a persistência do comportamento. Sendo a direção uma escolha, como por exemplo, decidir iniciar a prática de exercício físico. A persistência é o esforço necessário para continuar, independentemente de quais sejam as dificuldades não desistir de alcançar a direção que foi estabelecida e a intensidade tem relação a quantidade de esforço necessária para atingir uma meta (Roberts, 2001).

Nos últimos anos, inúmeras teorias se destinam a estudar a motivação, mais de 32 proposições discorrem sobre este tema com o objetivo de entender e antecipar alterações no comportamento, processo de aprendizagem e desenvolvimento em diversos comportamentos humanos (Roberts, Treasure, & Conroy, 2007; Ryan & Deci, 2017).

2.4.1. TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO (TAD)

A teoria da autodeterminação (TAD), atualmente, se destaca no estudo dos aspectos motivacionais associados à prática de exercício físico (Deci & Ryan, 1985). Esta teoria se diferencia das demais, pois considera que as pessoas são motivadas intrinsicamente ou extrinsecamente, e que estas distintas maneiras de motivação podem acontecer simultaneamente dentro de um *continum* de autodeterminação (Ryan & Deci, 2017). As pessoas tendem a iniciar e permanecer nas atividades em que a motivação seja mais autodeterminada, ou seja, estejam motivados intrinsicamente. A TAD está estruturada em seis microteorias, este estudo será realizado com base na Teoria da Integração Organísmica (TIO) e na Teoria das Necessidades Psicológicas

Básicas (NPB), devido à significativa interação destas teorias com o exercício físico.

2.4.1.1. TEORIA DA INTEGRAÇÃO ORGANÍSMICA (TIO)

A Teoria da Integração Organísmica (TIO) consiste em descrever as distintas formas de motivação extrínseca, bem como a internalização e a integração, que tornam comportamentos a princípio controlados externamente em mais autodeterminados. A regulação extrínseca segundo Ryan e Deci (2017) pode ser dividida em quatro tipos:

I - Regulação externa que é a menos autônoma dentre a motivação extrínseca, em que o comportamento é realizado para satisfazer exigências externas, com intuito de obter recompensas ou se eximir de punições. No contexto do exercício físico é quando a motivação do participante para realizar as atividades está condicionada à vontade ou determinação de outras pessoas.

II - Regulação introjetada se caracteriza pelo comportamento motivado por recompensas e punições internas, por exemplo, para evitar sentimentos como culpa, vergonha e ansiedade. Sendo assim, o motivo pelo qual se pratica um exercício físico é evitar a sensação de culpa pela inatividade.

III - Regulação identificada o indivíduo valoriza ou se identifica com o comportamento, deste modo existe uma aceitação da importância de realizar uma tarefa. É possível exemplificar dentro do contexto do exercício físico quando o praticante cumpre com as atividades porque tem consciência que estas o proporcionam benefícios à saúde e ao bem-estar.

IV - Regulação integrada é a mais autônoma da motivação extrínseca, o indivíduo compreende a importância, e se identifica com a necessidade em desempenhar um comportamento, mas ainda assim busca algum tipo de resultado e não apenas a satisfação em desfrutar da atividade.

O conceito de internalização consiste no processo pelo qual as pessoas convertem comportamentos que tiveram inicialmente por uma regulação externa

em um comportamento motivado internamente, tendo assim mais autonomia e integração em sua realização (Ryan & Deci, 2000).

A TAD assume que a motivação se determina em diferentes níveis de autodeterminação elucidadas por um *cotinuum,* em que se oscila entre formas menos e mais autodeterminadas, que segundo Ryan e Deci (2000) está dividido em amotivação, motivação extrínseca (externa, introjetada, identificada e integrada) e motivação intrínseca. Sendo a regulação intrínseca, o nível mais elevado de autodeterminação, e ocorre quando o indivíduo realiza um comportamento pela satisfação e prazer inerente ao mesmo.

2.4.1.2. NECESSIDADE PSICOLÓGICAS BÁSICAS (NPB)

Segundo Ryan e Deci (2017), existem necessidades essenciais no nível psicológico que precisam ser contempladas para que a integração, o crescimento, o desenvolvimento social e o bem-estar sejam alcançados. A competência, a autonomia e o relacionamento são as três necessidades psicológicas básicas consideradas os pilares da TAD (Ryan & Deci, 2000).

A autonomia é primeira das necessidades básicas, se caracteriza pelo desejo de autorregulação das ações e experiências da pessoa (Ryan & Deci 2017). Pode ser compreendida pela vontade em participar de alguma atividade com a possibilidade de eleger escolhas ao realizar o comportamento. Um ambiente que promove a autonomia é aquele no qual existe a oportunidade de escolha e estimula a autorregulação.

A competência reflete a necessidade básica de vivenciar a efetividade e o domínio. A pessoa precisa se sentir capacitada e confiante para realizar um determinado comportamento com aptidão. É uma necessidade que pode ser frustrada com facilidade em um ambiente no qual, as atividades propostas possuem um grau de dificuldade extremamente elevado, em que não ocorre um feedeback positivo que estimule a confiança na capacidade de realizar ou ainda

que desfavoreça a interação interpessoal, como por exemplo, críticas individualizadas a pessoa (Ryan & Deci, 2017).

Por fim, a terceira necessidade básica é o relacionamento, se refere a necessidade de estar inserido em um grupo e se sentir valorizado e reconhecido positivamente pelo o mesmo (Ryan & Deci, 2000).

A satisfação destas três necessidades psicológicas básicas resulta na motivação intrínseca, assim como no bem-estar e a vitalidade. Promover a autonomia, competência e relacionamento além de propiciar um comportamento autodeterminado favorece a efetividade, a resiliência e condições psicológicas saudáveis ao logo do tempo (Ryan & Deci, 2017). Estas necessidades são influenciadas tanto intrinsecamente quanto extrinsecamente e devem ser satisfeitas continuamente, tendo em vista que quanto mais motivada intrinsicamente, maior será o bem-estar psicológico e a persistência (Ryan & Deci, 2000).

2.4.2. MODELO HIERÁRQUICO DA MOTIVAÇÃO

Vallerand (2001), com base na teoria da autodeterminação apresentou o Modelo Hierárquico de Motivação (*Figura 1*), em que a motivação , as suas determinantes, os seus mediadores, assim como os respectivos resultados se definem em três níveis: global (personalidade), contextual (vida quotidiana) e situacional (estado), que perpassam do mais geral para o mais específico. Este modelo sugere que os tipos de orientação motivacional (motivação intrínseca, regulação extrínseca integrada, regulação extrínseca identificada, regulação extrínseca introjetada, regulação extrínseca externa e amotivação) são influenciados por fatores sociais como a cooperação, a competição, os modelos de ensino, entre outros e, que por meio da satisfação das NPB promove-se a motivação autodeterminada, o que acarreta transformações de caráter cognitivo, afetivo e comportamental (Vallerand, 2001).

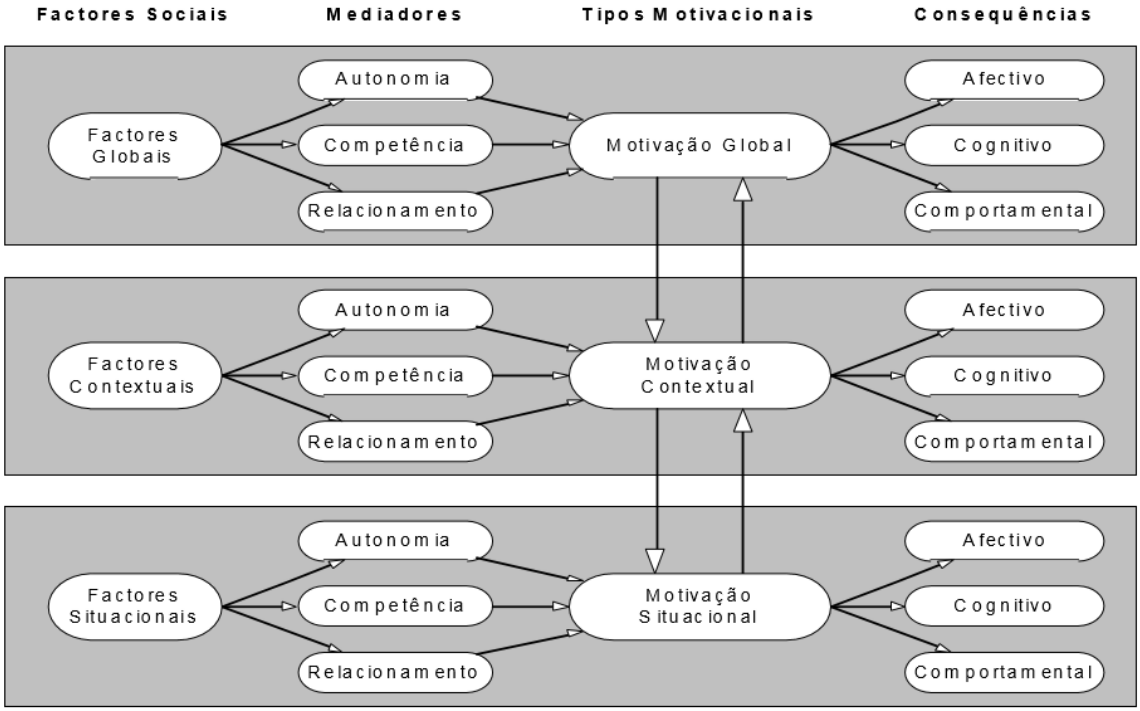

*Figura 1***.** Modelo Hierárquico Motivacional proposto por Vallerand (2001).

O Modelo Hierárquico Motivacional propõe que um determinado nível de generalidade motivacional pode influenciar o nível hierarquicamente abaixo ou superior. Sendo assim as mudanças que ocorrem especificamente em um nível, influenciam modificações em um nível adjacente (Vallerand, 2007). A partir deste modelo teórico compreende- se que a satisfação com a vida está relacionada com a satisfação das necessidades psicológicas básicas e por consequência com motivação em níveis mais autodeterminados (González-Serrano et al., 2013).

Em suma, com base no escopo teórico, a motivação autodeterminada, na qual consiste nas regulações intrínsecas juntamente com as regulações integradas e identificadas deverá ser promovida com o intuito de favorecer uma maior adesão ao exercício que por sua vez promove consequências associadas ao bem-estar (Teixeira et al., 2012).

Diante deste contexto, a relevância deste estudo consiste em avaliar o nível de motivação autodeterminada, das NPB , bem como do BES em idosos praticantes de Exercício Físico.

CAPÍTULO 3- OBJETIVOS

3. OBJETIVO GERAL

Analisar o nível de motivação autodeterminada e das necessidades psicológicas básicas, assim como o Bem-estar Subjetivo em idosos praticantes do programa de exercício físico Clube Maia Sénior (CMS).

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a motivação, necessidades psicológicas básicas, afetos positivos e afetos negativos, satisfação com a vida, em função do sexo, idade e frequência da prática de exercício físico nos participantes do programa CMS.

- Avaliar a relação da motivação autônoma, necessidades psicológicas básicas, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos em idosos que participam do programa CMS.

- Verificar a percepção dos motivos, dos benefícios e das barreiras relacionadas com a prática de exercícios físicos.

CAPÍTULO 4- METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem transversal, em que os dados foram coletados em um único momento, com o intuito de descrever e analisar a sua ocorrência, assim como as suas interrelações. É um estudo com um grupo de idosos participantes do programa CSM, com uma abordagem mista.

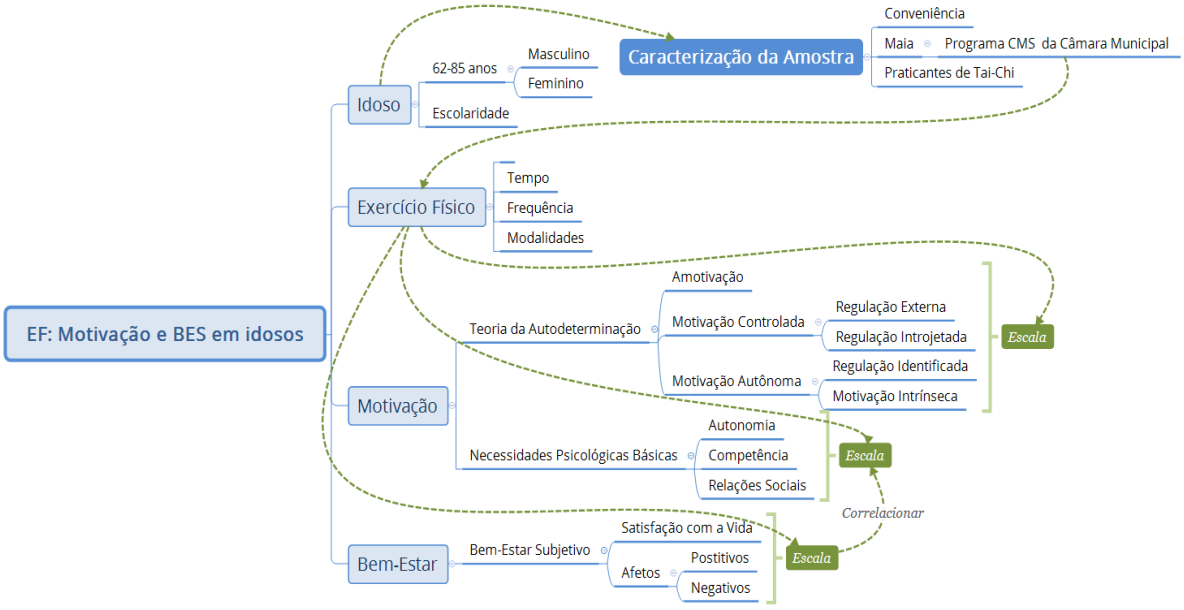

Figura 2. Estrutura do trabalho

4.2. AMOSTRA

A amostra estudada corresponde a 65 idosos de ambos os sexos, sendo 46 mulheres (70,8%) e 19 homens (29,2%), com a média de idade e desvio padrão respectivamente de 72 ± 5 anos e 73 ± 4 anos, em que o indivíduo mais novo tinha 62 anos e o mais velho 85 anos. De acordo com a divisão etária estabelecida por Spirduso (2005) a amostra foi dividida em dois grupos: o

primeiro composto por idosos com idade até 74 anos que engloba a “meia-idade” (60 – 64 anos) e “idosos jovens” (65 – 74 anos);e o segundo com idade de 75 ou mais que reúne “ os “idosos” (75 – 84 anos), os “idosos-idosos” (85 – 99 anos).

Todos são inscritos no programa Clube Maia Sénior (CMS), realizado no Complexo Municipal de Ginástica da Maia, oportunizado gratuitamente pela Câmara Municipal da Maia, Distrito do Porto, nos quais 33,3 % frequentam somente as aulas de tai chi chuan e 66,7% frequentam mais de uma modalidade. A amostra foi dividida em dois grupos quanto a frequência no programa, em que 52,3% dos idosos praticam exercício físico duas vezes por semana e 47,97% praticam mais de duas vezes por semana. No que se refere ao tempo de prática de exercício físico a média e desvio padrão respectivamente de 8 ± 7 anos de prática.

No que diz respeito ao nível de escolaridade foram verificados que do total da amostra 41,0 % são referentes ao 1º ciclo, seguido de 19,7% ao 2º ciclo, 16,4% ao 3º ciclo, 9,8% ao ensino secundário, 6,6% ao bacharelato, 4,9% à licenciatura e por fim 1,6% ao mestrado. A amostra é do tipo não probabilística, por conveniência, tem em conta a disponibilidade dos participantes no dia e local da recolha de dados.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade para a participação no estudo foram: presença no programa CMS no dia da recolha dos dados, disponibilidade em participar da pesquisa; assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecimento (TCLE) e ter 60 anos de idade ou mais.

4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

4.4.1. QUESTIONÁRIOS

No estudo foram utilizados cinco questionários, sobre informações sociodemográficas, Motivação Autodeterminada, Necessidades Psicológicas Básicas, Satisfação com a Vida e Afetos Positivos e Negativos. O questionário inclui três questões de respostas abertas relacionadas a prática de exercício físico:

1- Quais os principais motivos que o (a) levaram a praticar exercício físico?
2- Quais os benefícios que tem com a prática de exercício físico?
3- Que barreiras/dificuldades teve para iniciar a prática de exercício físico? E que barreiras/dificuldades tem para continuar a fazer exercício físico?

4.4.1.1. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Com a finalidade de identificar e caracterizar o grupo de idosos participantes do presente estudo, foi aplicado um questionário sociodemográfico com questões referentes à sexo, idade, nível de escolaridade, frequência e volume de exercício físico dentro e fora do programa CMS, tempo de prática, bem como as modalidades praticadas.

4.4.1.2. MOTIVAÇÃO AUTODETERMINADA

Para motivação foi empregado a versão Portuguesa Behavioral Regulation in Sport Questionnaire-Version 2 (BREQ-2), validado em português por Palmeira, Teixeira, Silva e Markland (2007). O questionário é composto por 19 itens, sobre as diferentes maneiras de regulação comportamental relacionadas ao exercício físico (amotivação, regulação externa, regulação introjetada, regulação identificada e motivação intrínseca) , avaliadas de acordo com a escala do tipo Likert de 5 pontos em que 0= “Não é verdade para mim”;1= “

Poucas vezes é verdade para mim; 2= “Algumas vezes é verdade para mim”; 3= “Bastante vezes é verdade para mim”; 4 = “Muitas vezes é verdade para mim”.

4.4.1.3. NECESSIDADES PSICOLÓGICAS BÁSICAS

Para a sua avaliação foi utilizado a versão portuguesa da Basic Psychological Needs Exercise Scale (BPNES), validado por Montão, Serra, Alves, Leitão e Vlachopoulos (2012), composto por 12 itens, divididos em 3 dimensões as quais consistem nas necessidades psicológicas básicas, a autonomia, competência e relações socias. As respostas foram mensuradas com base em uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 = “Discordo Totalmente; 2 = “Discordo”; 3 = “Não concordo, nem discordo”; 4 = “Concordo”; 5 = “Concordo Totalmente”.

4.4.1.4. BEM-ESTAR SUBJETIVO

Em relação aos afetos, as escalas aplicadas foram a Escala de Afetos Positivos e Negativos, originalmente composta por Watson, Clark & Tellegen (1988) adaptada em uma versão portuguesa reduzida da PANAS portuguesa (Galinha & Ribeiro 2005), PANAS-VRP validado por Galinha, Pereira e Esteves (2014). Este instrumento é constituído por duas escalas com 5 itens cada, em que os afetos positivos são interessado (a), entusiasmado (a), inspirado (a), ativo (a) e determinado (a). Enquanto os afetos negativos são nervoso (a), amedrontado (a), assustado (a), culpado (a), atormentado (a). As respostas variam de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 = “Nada ou muito ligeiramente”; 2 = “Um pouco”; 3 = “Moderadamente”; 4 = “Bastante”; 5 = “Extremamente”.

Por fim para avaliar a satisfação com a vida enquanto um constructo cognitivo (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), foi utilizada a versão traduzida para o português e adaptada da Satisfaction With Life Scale (Figueiras et al. 2010) composta por 5 afirmativas, em que as respostas tem como base a

escala de Likert com 5 pontos : 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = nem concordo, nem discordo, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente.

4.5. PROCEDIMENTOS

Este estudo foi inicialmente aprovado pelo Comissão de Ética da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP) com o número de protocolo CEFADE 09 2019.

A aplicação dos questionários foi realizada no mês de abril de 2019, no Complexo Municipal de Ginástica da Maia, local onde são ministradas as aulas de tai chi chuan, no período da tarde. O professor da modalidade ao começar a aula apresentou aos alunos a investigadora desta pesquisa. Os participantes receberam informações sobre este trabalho, em que foram enfatizadas a importância das investigações e os objetivos deste estudo. Após o consentimento do idoso em participar, a aplicação do questionário foi realizada em grupos de seis alunos, a fim de proporcionar uma maior atenção da pesquisadora em caso de dúvidas quanto as questões ao preencherem os questionários.

4.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico foi efetuado com o programa de análise estatística Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 25.0. Foram realizadas as análises de fiabilidade, valores de alfa (α) de Cronbach, bem como as análises descritivas: média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, frequência e percentagem. O teste t foi utilizado para comparar medidas independentes. Para a correlação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0.05$. Os dados de caráter qualitativo foram verificados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1995).

CAPÍTULO 5- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA E ANÁLISE DE FIABILIDADE

Na tabela 1 podemos verificar uma caracterização geral das variáveis analisadas, na qual são apresentados os valores: mínimos, máximos, médios, desvio padrão, valores de alfa (α) de Cronbach, referentes aos afetos positivos e negativos, satisfação com a vida, BES, NPB e as variáveis de motivação. Verificamos que os coeficientes de fiabilidade dos indicadores avaliados apresentaram valor alfa (α) de Cronbach acima de .70, com exceção da motivação controlada que apresentou o valor de 0.656. Devido ao número de itens que compõem o fator, sua consistência interna é aceita (Hair et al., 1998).

A variável do BES consiste no resultado da soma dos valores da satisfação com a vida e afetos positivos, subtraído o valor referente aos afetos negativos. Enquanto a variável da motivação controlada é proveniente da junção das regulações externas e introjetada. Por fim a motivação autônoma reúne a regulação identificada e a motivação intrínseca.

Os resultados analisados apresentaram uma elevada percepção das três NPB, bem como revelaram que o grupo estudado demonstrou um alto nível de motivação autônoma quando comparados à motivação controlada e amotivação.

Relativamente ao BES os valores variam em uma escala de 1 a 5 para os afetos positivos e negativos , assim como para a satisfação com a vida, de uma forma geral a amostra apresentou: afetos positivos com valor médio de 3.81 e desvio padrão de ± .70; afetos negativos com valor médio de 1.90 e desvio padrão de ± .82, por fim a satisfação com a vida com valor médio de 3.74 e desvio padrão de ± .66.

Tabela 1. *Estatística descritiva e análise de fiabilidade dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação.*

Variáveis	*Mínimo*	*Máximo*	*Média*	*Desvio Padrão*	*Alfa (α) de Cronbach*
Afetos Positivos	1.40	5.00	3.81	± .70	.809
Afetos Negativos	1.00	4.00	1.90	± .82	.775
Satisfação com a vida	2.00	4.60	3.74	± .66	.779
Bem-estar Subjetivo	2.00	8.00	5.67	± 1.37	.740
Autonomia NPB	3.00	5.00	4.25	± .46	.760
Competência NPB	3.00	5.00	4.19	± .47	.801
Relação Social NPB	3.00	5.00	4.27	± .55	.834
Amotivação	1.00	5.00	1.73	± .88	.721
Motivação Controlada	1.43	4.29	2.63	± .69	.656
Motivação Autônoma	3.60	5.00	4.62	± .38	.701

5.2. ANÁLISE DESCRITIVA EM FUNÇÃO DO SEXO

A tabela 2 permite-nos analisar os valores médios e desvio padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função do sexo. No que diz respeito aos afetos positivos e negativos embora não fossem significativas as diferenças podemos observar que o sexo feminino apresentou, ao que parece, um valor médio maior ao do sexo masculino em ambos os afetos.

Quanto a satisfação com a vida, o BES e as necessidades psicológicas básicas os idosos do sexo masculino apresentaram, aparentemente, valores médios mais favoráveis que os do sexo feminino.

No que se refere a motivação para a prática de exercício físico, podemos verificar que os idosos do sexo masculino apresentaram valores médios significativamente maiores de motivação controlada que os do sexo feminino (*p*= 0.046), bem como na motivação autônoma é significativamente maior no sexo masculino (*p*= 0.006), a amotivação não apresentou diferença significativa.

Tabela 2. *Médias e Desvio Padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função do sexo.*

Variáveis	***Feminino***	***Masculino***	***P***
Afetos Positivos	3.80 ± .73	3.76 ± .63	.725
Afetos Negativos	2.00 ± .74	1.65 ± .96	.132
Satisfação com a vida	3.67 ± .70	3.91 ± .55	.172
Bem-estar Subjetivo	5.50 ± 1,41	6.12 ± 1.17	.110
Autonomia NPB	4.21 ± .46	4.33 ± .46	.331
Competência NPB	4.15 ± .44	4.28 ± .56	.305
Relação Social NPB	4.25 ± .50	4.28 ± .67	.891
Amotivação	1.60 ± .74	2.03 ± 1.10	.072
Motivação Controlada	2.51 ± .61	2.94 ± .79	.046*
Motivação Autônoma	4.55 ± .41	4.77 ± .22	.006*

*$p \leq 0.05$

5.3. ANÁLISE DESCRITIVA EM FUNÇÃO DO ESCALÃO ETÁRIO

Na tabela 3 analisamos os valores médios e desvio padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função do escalão etário. Podemos observar que o valor da média mesmo sem diferença significativa para os afetos positivos, aparentemente os idosos com 75 anos ou mais apresentam valores médios maiores. Enquanto são os idosos com até 74 anos que apresentaram valores médios significativamente mais elevados no que diz respeito aos afetos

negativos, em que se verificou p = 0.027. No que concerne ao BES, são os idosos com 75 anos ou mais que dispõem valores médios mais elevados, sendo a diferença significativa com p = 0.008.

Apesar das análises não demonstrarem diferenças significativas todas as necessidades psicológicas básicas em idosos com 75 anos ou mais obtiveram valores médios comparativamente superiores ao outro escalão etário. Assim como nos resultados das NPB em nenhuma das variáveis da motivação foram apresentadas diferenças significativas.

Tabela 3. *Médias e Desvio Padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função do escalão etário.*

Variáveis	***Até 74 anos***	***75 anos ou mais***	***P***
Afetos Positivos	3.70 ± .70	4.04 ± .66	.071
Afetos Negativos	2.06 ± .79	1.57 ± .80	.027*
Satisfação com a vida	3.71 ± .72	3.80 ± .50	.589
Bem-estar Subjetivo	5.38 ± 1.42	6.27 ± 1.04	.008*
Autonomia NPB	4.23 ± .50	4.28 ± .38	.668
Competência NPB	4.17 ± .52	4.23 ± .37	.628
Relação Social NPB	4.22 ± .56	4.36 ± .50	.330
Amotivação	1.72 ± .77	1.75 ± 1.10	.907
Motivação Controlada	2.66 ± .74	2.58 ± .58	.656
Motivação Autônoma	4.61 ± .40	4.63 ± .36	.855

*$p \leq 0.05$

5.4. ANÁLISE DESCRITIVA EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA NO PROGRAMA CMS

Ao analisar a tabela 4, apresentamos os valores médios e desvio padrão das variáveis da motivação, necessidades psicológicas básicas, afetos positivos e negativos, satisfação com a vida e BES em função da frequência no programa CMS. Podemos observar que os idosos praticantes de exercício físico com frequência maior que duas vezes por semana apresentaram valores médios, aparentemente, mais favoráveis em todas as varáveis analisadas.

Entre estes resultados o grupo que pratica exercício físico mais de 2 vezes por semana apresentou uma satisfação com a vida significativamente maior (p = 0.021) que o grupo com menor frequência semanal.

Tabela 4. *Médias e Desvio Padrão dos afetos positivos e negativos, da satisfação com a vida, do BES, das NPB e das variáveis da motivação, em função da frequência no programa CMS*.

Variáveis	*2 x semana*	*Mais de 2 x semana*	*p*
Afetos Positivos	3.79 ± .60	3.82 ± .80	.885
Afetos Negativos	2.01 ± .80	1.78 ± .83	.265
Satisfação com a vida	3.56 ± .67	3.93 ± .59	.021*
Bem-estar Subjetivo	5.36 ± 1.37	6.00 ± 1.31	.065
Autonomia NPB	4.17 ± .48	4.33 ± .43	.147
Competência NPB	4.12 ± .51	4.26 ± .43	.228
Relação Social NPB	4.25 ± .53	4.27 ± .58	.862
Amotivação	1.69 ± .76	1.77 ± 1.00	.706
Motivação Controlada	2.52 ± .74	2.75 ± .63	.182
Motivação Autônoma	4.55 ± .44	4.69 ± .29	.137

*$p \leq 0.05$

5.5. ANÁLISE CORRELACIONAL

A correlação verifica a influência de uma determinada variável em outra. Na tabela 5 são apresentados os valores de correlação entre a motivação autodeterminada, as NPB e as componentes do BES: os afetos positivos e negativos, bem como a satisfação com a vida. Ao analisar a correlação entre a satisfação com a vida e as NPB existiu uma correlação positiva estatisticamente significativa como as variáveis autonomia, competência e relações sociais.

Existiu também uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a motivação autónoma e as variáveis autonomia, competência e relações sociais. Assim como existe uma correlação positiva significativa entre as três NPB.

Tabela 5. *Correlação de Pearson.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Afetos Positivos	-								
2. Afetos Negativos	-.03	-							
3. Satisfação com a vida	.20	-.06	-						
4. Autonomia NPB	.13	.15	.40**	-					
5. Competência NPB	.24	.12	.49**	.75**	-				
6. Relação Social NPB	.15	.19	.46**	.62**	.69**	-			
7. Amotivação	-.23	.14	.16	.16	-.05	-.03	-		
8. Motivação Controlada	-.05	.22	-.00	.24	.23	.29*	.30*	-	
9. Motivação Autônoma	.02	-.05	.21	.34**	.29*	.31*	.18	.27*	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

5.5.1. ANÁLISE DOS TÓPICOS DAS PERGUNTAS ABERTAS

Com base nas respostas obtidas por meio dos tópicos de perguntas abertas, informações que são de caráter qualitativo, foi necessário estabelecer categorias a fim de otimizar a análise. Para tanto foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1995), que consiste em uma pré-análise, realizada por uma leitura atenta dos dados obtidos. Em seguida é estabelecida uma categorização, na qual classificam-se as respostas por diferenciação e reagrupamento em conformidade com suas similaridades. Uma vez identificadas as categorias, as respostas são agrupadas dentro destas classificações.

MOTIVOS	**Promoção/manutenção da saúde**	- Manter me ativa - Mais saudável - Problemas de saúde - Mobilidade - Faz bem a saúde - Saúde mental e física - Manter desempenho físico - Vida melhor - Saúde espiritual - Saúde física - Agilidade - Porque movimento é vida
	Bem-estar Subjetivo	- Para aliviar o estresse - Autonomia - Por gostar - Bem-estar - Alegria - Aprendi a gostar - Melhor qualidade de vida - Prazer
	Socialização	- Convivência - Para combater a solidão - Superar um divórcio

Figura 3. Motivos para prática de exercício físico

BENEFÍCIOS	**Promoção/manutenção da saúde**	- Menos problemas de saúde - Mais saúde - Mais saúde física e mental - Mais maleável - Todo organismo funciona melhor - Melhora as condições físicas - Saúde física - Mais independência - Mais mobilidade - Agilidade - Faz bem - Melhora as funções do corpo a nível muscular
	Bem-estar Subjetivo	- Mais relaxado - Melhor desenvoltura - Mais ativo - Mais descontraído - Bem-estar - Responsabilidade em não faltar as aulas - Determinação - Sinto me melhor - Satisfação - Concentração - Rir - Fico mais leve - Mais contente - Mais realizada - Mais confortável - Diminui o estresse - Mais energia - Melhora a autoestima - Melhor qualidade de vida
	Socialização	- Convivência - Socialização - Criar amizades - Contato com outras pessoas - Sair de casa - Ocupação

Figura 4. Benefícios percebidos com a prática de exercício físico

5.5.1.1. ANÁLISE DOS MOTIVOS PARA PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO

A primeira pergunta aberta do questionário refere-se “Quais os principais motivos que o (a) levaram a praticar exercício físico?” Na tabela 6 constam as respostas encontradas, bem como a frequência destas.

Dentre os motivos para iniciar a prática de exercício físico, mais da metade dos participantes referiram-se a promoção/manutenção da saúde, em seguida foram os aspectos relacionados ao BES mencionados em 30.5% dos casos, por fim a socialização foi citada em 13.4 % dos casos.

Tabela 6. *Frequência dos motivos para praticar exercício físico*

Motivos	***N***	***%***
Promoção/manutenção da saúde	46	56.1
Bem-estar Subjetivo	25	30.5
Socialização	11	13.4
Total	82	100

* valores da tabela correspondem à frequência e percentagem de cada um dos termos individualmente.

5.5.1.2. ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS PERCEBIDOS

Relativamente à segunda pergunta aberta” Quais os benefícios que tem com a prática de exercício?” os resultados encontrados estão na tabela 7.

Assim como para os motivos a “promoção/manutenção da saúde” foi a resposta que mais ocorreu dentre os benefícios, citada em 47.2% dos casos. Em seguida aspectos relacionados ao BES mencionados em 34.8% dos casos, logo após socialização em 16.9 % dos casos e por fim um único participante relatou ainda não ter percebido benefícios com a prática de exercício físico. Um exemplo das respostas obtidas foi, “Além dos benefícios para o corpo, tenho convívio com pessoas que não conhecia antes e divertimo-nos. Também temos um professor que nos chama para o exercício.”

Tabela 7. *Frequência dos benefícios percebidos com a prática de exercício físico*

Benefícios	***N***	***%***
Promoção/manutenção da saúde	42	47.2
Bem-estar Subjetivo	31	34.8
Socialização	15	16.9
não percebido	1	1.1
Total	89	100

* valores da tabela correspondem à frequência e percentagem de cada um dos termos individualmente.

5.5.1.3. ANÁLISE DAS BARREIRAS

Na tabela 8 consta a frequência das respostas da pergunta aberta "Que barreiras/dificuldades teve para iniciar a prática de exercício físico? E barreiras/dificuldades tem para continuar a fazer exercício físico?" Mais de 80% da amostra relatou não ter encontrado nenhuma barreira para iniciar a prática de exercício físico, assim como nenhum dos participantes encontrou barreira para permanecer com a prática. Entre as barreiras encontradas para iniciar estão os problemas de saúde, citados por 3 participante (4.7% dos casos), dos quais 2 referiram-se à própria saúde e o terceiro a barreira encontrada foi problema de saúde do cônjuge. A idade foi mencionada por 3 participantes (4.7% dos casos), e o tempo foi a barreira para 2 entrevistados (3.1% dos casos), baixa estima (1.5%) foi mencionada apenas uma vez (1.5% dos casos, preguiça (1.5%), excesso de peso (1.5%) e medo de água (1.5%).

Tabela 8. *Frequência de barreiras*

Barreiras	***N***	***%***
Nenhuma	52	80
Mais idade	3	4.7
Problema de saúde	3	4.7
Falta de tempo	2	3.1
Dificuldade de deslocamento	1	1.5
Baixa estima	1	1.5
Preguiça	1	1.5
Excesso de peso	1	1.5
Medo de água	1	1.5
Total	65	100

CAPÍTULO 6- DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal analisar o nível de motivação autodeterminada, das necessidades psicológicas básicas, assim como do Bem-estar Subjetivo em idosos participantes do programa de exercício físico Clube Maia Sénior (CMS). No que concerne ao BES, em que os valores variam em uma escala de 1 a 5 para os afetos positivos e negativos , assim como para a satisfação com a vida, de uma forma geral a amostra apresenta valor médio e o desvio padrão respectivamente de 3.81 ± .70 afetos positivos; 1.90 ± .82 afetos negativos, por fim a satisfação com a vida 3.74 ± .66. Os valores do nosso estudo apresentaram valores mais elevados de afetos positivos e satisfação com a vida e menor afeto negativo quando comparado aos resultados encontrados por Monteiro et al. (2014), afetos positivos 3.81 ± .70; afetos negativos 1.90 ± .82 e a satisfação com a vida 3.74 ± .66; e por Marconcin et al. (2010) que contataram os referentes valores aos afetos positivos 3.67 ± .62; aos afetos negativos 2.63 ± .69 e à satisfação com a vida 3.42 ± .68. O grupo que foi alisado neste estudo apresentou uma elevada percepção de autonomia, competência e relações sociais, bem como dispõe de um nível motivação autônoma. Em conformidade com modelo hierárquico da motivação proposto por Vallerand (2001), comprovou- se neste grupo por nós estudado que quanto mais elevado os níveis referentes a satisfação das NPB, maior a motivação por uma maneira autônoma, ou seja, maior o prazer em participar do projeto CMS e consequentemente uma melhor percepção do BES.

No que diz respeito à componente afetiva do BES, tanto os afetos positivos quanto os negativos referentes ao sexo feminino apresentaram médias superiores quando comparados ao do sexo masculino, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas. Também sem diferença significativa foram obtidos nos estudos de Marconcin et al. (2010) e Ritti (2018) os mesmos resultados quanto aos afetos. Diferentemente de Figueiras (2009) que encontrou em ambos os afetos resultados maiores no sexo masculino em idosos praticantes de desporto. Estes resultados superiores encontrados tanto nos

resultados dos afetos positivos, quanto nos afetos negativos caracterizam um balanço nos afetos (Dienner, 1984). Relativamente a componente cognitiva do BES, no nosso estudo apesar das análises não terem apresentado diferenças significativas, a satisfação com a vida no sexo masculino obteve valor médio superior ao feminino, assim como, Figueiras (2009), Marconcin et al. (2010) e Sposito et al. (2013). Por outro lado, no estudo de Ritti (2018) foi o sexo feminino que obteve maior valor médio. As análises das variáveis referentes as NPB não demonstraram diferenças significativas no nosso estudo. Aparentemente, o sexo masculino obteve valores médios superiores nas três NPB. Martinho (2017) em seu estudo obteve resultado semelhante, com exceção da relação social que o valor médio do sexo feminino apresentou resultado maior. Contrariamente, no estudo realizado por Batista et al. (2017) com atletas veteranos foram encontrados resultados significativamente superiores em todas as NPB do sexo feminino. No que se refere às variáveis da motivação, no presente estudo as diferenças não foram significativamente aceitáveis ao nível de amotivação. Todavia os resultados das variáveis da motivação controlada e autônoma foram estatisticamente significativos, em que o sexo masculino apresentou o nível de motivação controlada superior, bem como de motivação autônoma. Este resultado referente à motivação autônoma difere de Martinho (2017) e Batista et al. (2017) que por sua vez encontraram um maior nível de motivação intrínseca no grupo do sexo feminino, porém em nenhum dos dois estudos anteriormente mencionados a diferença foi significativa.

Outro objetivo do nosso estudo foi a análise das variáveis em função do escalão etário. Neste estudo foi encontrado o valor médio significativamente maior de afetos negativos em idosos com até 74 anos. Marconcin et al. (2010) também obtiveram valores médios de afetos negativos mais elevados neste mesmo escalão etário, que em seu estudo corresponde a idade entre 65-74 anos, porém as diferenças não foram aceitáveis estatisticamente. Contrariamente, Ritti (2018) apresentou um resultado, aparentemente, maior de afetos negativos em idosos com mais de 75 anos. Os idosos com mais de 75 anos do presente estudo apresentaram um resultado significativamente mais elevado de BES. Tal como Ritti (2018), embora sem significância estatística em seu estudo. Os resultados referentes ao BES no nosso estudo foram de encontro com Cachione et al. (2017), a satisfação com a vida mais elevada em pessoas

idosas, ocorre devido uma maior capacidade de equilibrar suas emoções e de manifestar mais afetos positivos que afetos negativos. As análises não demonstraram diferenças significativas no que diz respeito a autonomia, competência e relações sociais, assim como em nenhuma das variáveis da motivação. Infere-se com estes resultados que a idade não interferiu na percepção das NPB e na motivação, diferentemente do que ocorre quanto a percepção do BES. Resultado este que coincide com Diener et al. (1999), em idosos, ocorre uma redução da intensidade emocional na percepção das experiências vivenciadas, a satisfação com a vida se eleva com o passar dos anos, em contrapartida a intensidade das experiências afetivas declinam.

Também foi objetivo deste estudo analisar as variáveis em função da frequência no programa CMS. No que se refere as componentes afetivas do BES não encontramos diferenças significativas na análise em função da frequência. Todavia o grupo que participa no projeto mais de duas vezes por semana apresentou uma satisfação com a vida significativamente superior ao grupo com uma menor frequência semanal. Tal como Pronk (2018) que os seus resultados não apresentaram diferenças significativas quanto aos afetos, contudo obteve níveis significativamente mais elevados de satisfação com a vida no grupo com frequência equivalente a mais de duas vezes por semana de prática desportiva. Em seu estudo Monteiro et al. (2014) não constataram diferenças significativas entre as componentes do BES em função da frequência semanal. No nosso estudo a frequência superior a 2 vezes por semana nos apresentou a uma tendência mais elevada na percepção de autonomia, competência e relações sociais, bem como de motivação autônoma. Quanto a análise em função da frequência semanal Martinho (2017) obteve significativamente um melhor relacionamento social no grupo que praticava atividade física supervisionada 3 vezes por semana ou mais. Com base nos estudos de Benedetti et al. (2008); Fechine e Trompieri (2012); Padilla et al. (2014); Galloza (2017) , conjuntamente as recomendações descritas pelo ACSM (2014) sugeridas aos idosos para um programa de exercício físico que comprovaram os benefícios relacionados a saúde física e mental dos idosos que praticam exercício físico regularmente, foi constatado em nosso estudo que além destes ganhos os participantes com maior frequência no projeto apresentaram uma maior satisfação com a vida.

Este estudo também teve como objetivo avaliar a relação entre a motivação autônoma, as necessidades psicológicas básicas, a satisfação com a vida; e os afetos positivos e negativos em idosos que participam do programa CMS. Na nossa análise obtivemos uma correlação positiva e significativa de todas as NPB com a satisfação com a vida. Rosário et al. (2015) da mesma maneira constataram uma correlação positiva e significativa entre a satisfação com a vida e a motivação intrínseca. Também foi encontrado em nosso estudo uma correlação significativa positiva entre a motivação autônoma e as três NPB. Marco Pardo et al. (2014) também obtiveram resultado de correlação positiva e significativa entre as variáveis citadas anteriormente. Martinho (2017), por sua vez também obteve resultados significativos de correlação positiva tanto entre as NPB e a satisfação com a vida, quanto nas NPB e a motivação autônoma. Tendo em vista a relação do BES e motivação para o exercício físico, Teixeira et al. (2018) analisaram a literatura publicada sobre as correlações entre os afetos positivos e negativos, NPB e a motivação para a atividade física ou exercício físico, evidenciaram a associação positiva entre todas as NPB e o afeto positivo. Quanto ao afeto negativo ocorreu uma associação negativa com a competência, positiva com o relacionamento e, por fim para a autonomia não constataram associações significativas. Os resultados por nós encontrados foram de encontro com o aporte literário, no qual se infere que a motivação de maneira mais autônoma colabora para uma melhor percepção de satisfação com a vida. A satisfação das três necessidades psicológicas básicas resulta a motivação intrínseca, a integração, o crescimento, o desenvolvimento social, assim como o bem-estar e a vitalidade (Ryan e Deci, 2017).

Relativamente as respostas por nós encontradas com maior recorrência quanto ao motivo que os levou a praticar exercício físico foi promoção/manutenção da saúde, mencionada por mais da metade dos participantes (56.1% dos casos), logo após com 25 menções (30.5% dos casos) os aspectos relacionados ao BES e por fim motivos com cunho voltado à socialização mencionados 11 vezes (13.4%). Resultados semelhantes foram encontrados por Amorim et al. (2012) em que o motivo mais citado em sua pesquisa foi a “promoção ou manutenção da saúde”, logo após “ o gosto pela prática de atividades físicas”, seguidamente da indicação médica, a

“socialização”, a “indicação e incentivo de amigos, familiares e profissionais da área”, “manter-se ativo”, “ter ocupação e distração”, “sentir-se em “e por último “estética”. Barboza et al. (2010) encontraram como a principal razão de adesão a prática de atividade física a manutenção e/ou promoção da saúde física, seguido por recomendação médica e a influência de amigos e familiares. Resultado semelhante foi constatado por Meurer et al. (2012) em que 48.6% dos idosos iniciaram a participação em um programa de exercícios físicos devido a recomendação médica, a “saúde” corresponde a 33.4 %, a “socialização” com 8.6 %, acompanhar alguém 6.4%, enquanto 2.9% responderam como motivo o “prazer”. Em uma revisão de literatura feita por Ferraro e Cândido (2017) na maioria dos estudos analisados os motivos para iniciar a prática de atividade física foi saúde, seguidamente de prazer, autoestima, indicação médica, socialização, convite, prevenção, a estética, entre outros motivos com menor incidência. No estudo de Cohen-Mansfield et al. (2003) os fatores mencionados como barreiras ao exercício físico são relacionados posteriormente citados como motivos para o início da prática. Um exemplo disto, são os problemas de saúde, que podem diminuir a capacidade de exercício de um idoso, da mesma forma foram recorrentemente mencionados como motivo para iniciar o exercício físico. Também inclui como motivos, “ter mais tempo”, mais acesso a informações sobre benefícios do exercício ou indicação médica e residir próximo a um ginásio. Assim como nos demais estudos que investigam os motivos que levaram os idosos a praticarem exercício físico, foram encontrados resultados, nos quais, confirmaram que os idosos buscavam mais saúde de uma maneira global, a maior sensação de bem-estar, assim como permanecerem integrados socialmente.

Nesta pesquisa também foi por nós verificados os benefícios percebidos com prática de exercício físico. Assim como nos motivos os benefícios mais identificados no nosso grupo foram relacionados a promoção/manutenção da saúde, resposta mencionada por mais de um terço dos participantes (47.2% dos casos), seguidamente por aspectos relacionados ao BES (34.8% dos casos) , logo após a socialização mencionada em 16.9 % dos casos e por fim um único participante relatou que ainda não percebeu nenhum benefício pois, é o primeiro ano que ele estava matriculado no projeto. Ritti (2018) encontrou resultados semelhantes entre os benefícios elencados pelos idosos da sua pesquisa, a

“diminuição da dor” (33,7% dos casos), a “melhora da saúde” foi o segundo benefício mais citado (20% dos casos), o terceiro foi a “socialização”, sendo correspondente 18% dos casos. Dentre os motivos mencionados no estudo de Amorim et al. (2012) para a permanência no programa de atividade física foram respectivamente “a promoção e manutenção da saúde”, “”o gosto pela prática de atividades físicas”, “a socialização”, “sentir-se bem”, “manter-se ativo”, “ter um bom professor” e por último a indicação médica. Ferraro e Cândido (2017) listaram como impactos positivos promovidos pela atividade física a socialização, melhora na qualidade de vida, melhora no peso, melhora no humor, impacto psicológico, impacto no convívio com outras pessoas; e redução de quedas e fraturas. Os benefícios relacionados a prática de exercício físico em idosos são objetivo de inúmeras pesquisas e a comprovação destes constam nos estudos realizados por Benedetti et al. (2008); Farinatti (2008); Fechine & Trompieri (2012); Nogueira et al. (2012); Padilla et al. (2014); Monteiro et al. (2014); Borges et al. (2017) e Galloza (2017) todos citados ao longo deste trabalho. Também foi possível constatar que o grupo de participante do projeto CMS conseguiu perceber benefícios biológicos, socias, bem como no bem-estar com a prática de exercício físico.

O último tópico de pergunta aberta analisado nesta pesquisa foi referente às barreiras percebidas para iniciar, bem como permanecer a praticar exercício físico. No nosso estudo 80% dos participantes disseram não ter encontrado nenhuma barreira para iniciar a prática de exercício físico. Dos poucos participantes que mencionaram ter encontrado alguma barreira 3 deles responderam “mais idade” que faz alusão ao fato de estarem mais velhos (4.6% dos casos), seguida por “problema de saúde”, mencionado por 2 participantes (3.1% dos casos), falta de saúde do marido foi mencionada apenas uma vez (1.5%), bem como baixa estima (1.5%), preguiça (1.5%), peso (1.5%) e medo de água (1.5%). Em nosso estudo nenhum participante relatou algum tipo de barreira para permanecer no projeto CMS. Barboza et al. (2010) por meio de entrevista constataram que a maioria dos participantes indicaram dores e problemas de saúde como barreira no engajamento em atividades físicas, porém primeiramente as respostas sobre as barreiras percebidas foram a ausência de dificuldades e só posteriormente citavam que tinham que lidar com problemas de saúde e dor constantemente. Este resultado difere ao encontrado por Ritti

(2018), que em seu estudo um pouco mais de um terço dos entrevistados (38.1% dos casos) mencionaram a “falta de motivação” como maior barreira para iniciar a prática de exercício físico, em seguida “problemas de saúde “ foi mencionado em 19.0 % dos casos, “cansaço/falta de tempo/medo de cair” representa 9,5%, enquanto “ser velho” corresponde a 4.8% dos casos. Como barreira no grupo de idosos que praticavam exercício físico Lees et al. (2005) encontraram em primeiro lugar a “inércia” (priorizar outra ocupação ao invés do exercício físico), em segundo lugar a falta de tempo e a outra barreira encontrada foi “doenças físicas”. Shutcutz e Graves (2004) mencionaram que ao contrário da falta de tempo citada com maior frequência por adultos jovens, os idosos referiram-se aos problemas de saúde e a dor como as barreiras mais comuns ao exercício físico. O mesmo estudo citado anteriormente aponta que um bom ambiente físico, com recursos disponíveis, próximo à residência facilitam a prática de exercício físico. A proximidade da morada também é relatada por Barboza et al. (2010) como um facilitador, assim como a gratuidade do programa em que os idosos estão inscritos. Podemos inferir que por estes motivos facilitadores mencionados tanto por Shtcutz e Graves (2004), quanto por Barboza et al. (2010) a grande maioria dos participantes do nosso estudo respondeu não ter encontrado nenhuma barreira para iniciar a prática de exercício físico, nem tampouco para permanecer no projeto CMS.

CAPÍTULO 7- CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Depois de finalizar este estudo podemos concluir que os participantes do estudo apresentaram uma elevada percepção de BES, das NPB, bem como revelaram um alto nível de motivação autônoma. Foi identificado nos idosos do sexo masculino um maior nível de motivação controlada, bem como de motivação autônoma. Não foi possível perceber diferença significativa quanto as outras variáveis em função do sexo. Relativamente ao escalão etário, os idosos com 75 anos ou mais dispõem de melhor nível de Bem-estar Subjetivo que idosos com idade inferior. E no que diz respeito à análise em função da frequência semanal no programa CMS, a percepção da satisfação com vida é maior em idosos que praticavam exercício físico mais de duas vezes por semana. No estudo verificou-se relação significativa positiva entre a satisfação das NPB e a satisfação com a vida, da mesma maneira entre a motivação autónoma e as três NPB.

Ademais verificou-se que 80% do grupo estudado não encontrou algum tipo de barreira para iniciar a prática de exercício físico e nenhum participante relatou barreiras para permanecer no projeto. Assim como os motivos para iniciar, os benefícios percebidos com a prática de exercício físico neste grupo estão relacionados respectivamente à saúde, ao BES e à socialização.

Portanto, o programa de exercício físico CMS oferecido gratuitamente pela Câmara da Maia proporciona um melhor bem-estar aos seus participantes tendo em vista que, segundo este estudo, a satisfação das necessidades psicológicas básicas resulta em maior nível de motivação autônoma e consequentemente de satisfação com a vida. Sendo assim, podemos sugerir a utilização do programa CMS como modelo para criação de projetos semelhantes, que atendam as recomendações de políticas públicas sugeridas pela OMS para um envelhecimento ativo, em outras populações de idosos.

O nosso estudo consistiu em uma abordagem transversal, em que os dados foram coletados em um único momento, fator este que causa uma limitação em perceber possíveis mudanças nos níveis de motivação autodetermina, bem como de BES com o passar do tempo no programa. A

segunda limitação encontrada refere-se ao número reduzido da amostra do sexo masculino; uma amostra mais significativa deste grupo viabilizaria uma análise mais aprofundada em função do sexo. Outra limitação concerne na ideia inicial de realizarmos uma segunda coleta de dados, que seria realizada em um programa de exercício físico para idosos oportunizado gratuitamente pela Universidade Federal do Ceará, Brasil; todavia, o programa foi suspenso por tempo indeterminado por motivos internos o que impediu a realização desta coleta de dados.

Tendo em vista as limitações citadas anteriormente, podemos sugerir estudos longitudinais e com intervenção a fim de perceber a existência de mudanças na percepção das variáveis estudadas durante a participação no programa. Deste modo, seria possível avaliar o nível de motivação e BES dos novos inscritos antes e após o Programa. Quanto à amostra sugerimos investigar um maior número de integrantes no Programa, assim como fazer uma comparação com outros grupos, desde os que não são praticantes até praticantes de exercício físico em programas com características semelhantes ao do CMS.

Por fim, no que diz respeito aos resultados encontrados no estudo das variáveis da motivação autodeterminada, em que se constataram resultados diferenciados relativamente a outros estudos, salientamos a importância de mais estudos destinados a investigar esta temática em idosos praticantes de exercício físico em diferentes contextos.

CAPÍTULO 8- BIBLIOGRAFIA

8. BIBLIOGRAFIA

American College of Sports Medicine (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (9th ed.).* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Arruda, I. (2007). Reflexões sobre o idoso e o programa universidade da terceira idade*. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 4*(2), 94-113.

Batista, M., Jiménez, R., Lobato, S., Leyton, M., & Aspano, M. (2017). Diferenças em função do género das formas de motivação autodeterminada de atletas veteranos. *Ágora para la Educación Física y el Deporte, 19*(1), 35-51.

Barboza, S. E., da Silva, W. H. A., de Souza, D. L., & Vendruscolo, R. (2010). Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas 31*(2),75-89.

Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idoso. *Revista de Saúde Pública, 42*(2), 302-307.

Borges, E., Batista, K. R. O., Andrade, L. E., Sena, P. L. S. C., Soares, N. M. M., Silva, F. B., & Hernández, M. (2017). O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. In Dantas, E. H. M., & Santos, C. A. de S. (Org.), *Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade* (pp.17-46). Santa Catarina: Editora Unoesc.

Botelho, M. (2007). Idades avançada características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23*(2), 191-195.

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes*

sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cachioni, M., Lopes, L. D., Sanches, M. Y., Tavares, S. B. S., Caldeira, R. de M., & Rodrigues, M. A. da C. D. (2017). Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20*(3), 340-351. Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, *100*(92), 126-131.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Guralnik, J. M. (2003). *Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. Journal of aging and physical activity, 11(2), 242–253.*

Cortez, A. C. L., Menezes, J. M. M. M., Brandão, P.P., Silva, G. C. B., & Dantas, E. H.M. (2018). Correlação entre os testes de avaliação da capacidade funcional de idosos participantes de um projeto de inclusão social na cidade de Teresina- Piauí. *Journal of Health Sciences,20* (4),277-82.

Costa, T. & Remoaldo, P. (2012). Portugal, um país de cabelos brancos: O envelhecimento da população portuguesa e as suas implicações no ordenamento do território. *Aurora-geography juornal*, (4), 33-55.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivationand self-determination in human behavior*. NovaYork: Plenum.

DeNeve, J. E., Diener, E., Tay, L., & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. In J. F. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.). *World happiness report 2*, 54-79. New York: UN Sustainable Network Development Solutions Network.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: Thescience of happiness,and a proposal for a nation index. *American Psycholigist, 55*, 34-43.

Diener, E. (2013*).* The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science, 8*(6), 663-6.

Diener, E., & Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjetive well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3*(1), 1-43.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.

Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. Indian Journal of Clinical Psychology, *24*(1), 25-41.

Diener, E. & Tay, L. (2015). Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll*. International Journal of Psychology, 50*(2), 135-49.

Direção-Geral da Saúde (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2015: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº12427/2016). *Serviço Nacional de Saúde*. Consult. 19 fev 2019, disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/2017/07/ENEAS.pdf

Farinatti, P. (2008). *Envelhecimento: promoção da saúde e exercício*. Barueri: Manole.

Fechine, R., & Trompieri, N. (2012). O Processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, *1*(20), 106-132.

Ferraro, N. S., & Cândido, A. da S. C. (2017). Percepção dos idosos acerca da atividade física na terceira idade. *Id on Line Revista Multiciciplinar e de Psicologia, 11(*38), 1-15.

Figueiras, T., Santana, S., Corte-Real, N., Dias C., Brustad, R., & Fonseca, A. M. (2010). Análise da estrutura factorial e da invariância da versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale (SWLSp) quando aplicada a adultos de ambos os sexos. *Revista Portuguesa de Ciência do Desporto, 10*(3), 11-30.

Figueiras, T. (2009). O bem-estar subjetivo e a prática desportiva em adultos portugueses. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Figueiredo VLM (2007). Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. *Ciências & Cognição, 12*(1):156-64.

Freitas, M. C. de (2010). *O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos*. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, 44*(2).

Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjetivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais.* Coimbra: Quarteto Editora.

Galinha, I. C., Pereira C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo- PANAS-VRP; Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista de Psicologia, 28*(1), 53-65.

Gazolla, J., Castillo, B., Micheo, W. (2017). Benefits of exercise in the older population. *Phys Med Rehabil Clin N Am; 28*(4), 659-669.

González-Serrano, G., Huéscar, E. H., & Moreno-Murcia, J.A. (2013). Satisfación com la vida y ejercicio físico. *Motricidade. European Journal of Human Movement*, 30,131-151.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Haskell, W., Lee, I. M., Pate, R., Powell, K., Blair, S., Franklin, B., Macera, C., Heath, G., Thompson, P., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the american college of sports. *Medicine & Science in Sports Exercise, 39*(8), 1423-1434.

Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging*. New York: The McGraw-Hill.

Iso-Ahola, S. E., & Clair B. (2000). Toward a theory of exercise motivation. *Quest, 52*(2), 131-47.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 1007-1022.

Lees, F., Clark, P., Nigg, C., & Newman, P. (2005). Barriers to exercise behavior among older adults: A focus-group study. *Journal of Aging And Physical Activity*, *13*(1), 23-33.

Lima, D. L., Lima, M. A., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Kaiós Gerontologia, 19*(2), 181-199.

Lyubormirsky, S., Kyng, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to succcess? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855.

Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R.E. (2011). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology,102*(3), 592-616.

Marco Pardo, P. J., Orquín Castrillón, F. j., Belando Pedreño, N., & Moreno-Murcia, J. A. (2014). Motivación autodeterminada em adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicologiía del Deporte,14*(3), 149-156.

Martinho, J. R. B. (2017). *Motivação autodeterminada, composição corporal e satisfação com a vida dos idosos, para a prática de atividade física supervisionada: relação e diferenças entre frequência de prática, sexo, composição corporal e contexto institucional.* Castelo Branco: J. R. B. Martinho. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Meurer, S. T., Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., & Mazo, G. Z. (2012). Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercício físicos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte, 34*(3), 686-695.

Miranda Neto, J. T., Lima, C.A.G., Gomes, M.C.S., Santos, M.C.D., & Tolentino, F.M. (2012). Bem-estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. Motricidade. *Edições Desafio Singular Vila Real, Portugal, 8*(2), 1097-1104.

Meireles, V. C., Matsuda, L. M., Coimbra, J.A.H., & Mathias, T.A. de F. (2007). Característica dos idosos em área de abrangência do programa saúde da família na região Noroeste do Paraná: Contribuições para gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde e Sociedade, 16*(1), 69-80.

Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. *Revista Portuguesa De Ciência Do Desporto, 14(1),* 57-76.

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidade da terceira idade: da solidão à motivação*. Porto: Legis Editora.

Moraes, J., & Souza, V. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*(4), 302-308.

Motta, L. B. (2005). *Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento*. Séries livros eletrônicos.

Moutão, J. M. R. P., Serra, L. F. C., Alves, J. A. M., Leitão, J.C.L., & Vlachopoulos, S. P. (2012). Validation of the basic psychological needs in exercise scale in a portuguese sample. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(1), 399-409.

Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

Neto, J. T., Lima C. A., Gomes, M. C., Santos, M. C., & Tolentino, F. M. (2012). Bem-estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. *Motricidade 8*(2), 1097-1104.

Nogueira, I. C., Santos, Z. M. de S. A., Alverne, D. G. B. M., Martins, A. B. T., & Magalhães, C. B. de A. (2012). Efeitos do exercício físico no controle da

hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 15*(3), 587-601.

Oliveira, I., & Mendes, M. (2010). A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. Análise Social - Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, (194), 115-138.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Brasília: OMS (2005). Consult. 06/02/2019, disponível em, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Padilla Colon, C. J., Sánchez Collado, P., & Cuevas, M. J. (2014*).* Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamento dela sarcopenia. *Nutrición Hospitalaria, 29*(5), 979-988.

Papália, D. & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12ª ed. Porto Alegre: McGraw Hill, Artmed.

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, *3*(2), 137-152.

Pocinho, R. (2014*). Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las universidades de mayores en Portugal*. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Valência (Curso de Psicogerontologia, Valência. Consult.11/030/2019, disponível, em http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf

Pronk, E. F. (2018). *Atividade física, bem-estar subjetivo e sexualidade...que relação entre esta tríade na terceira idade? Um estudo com idosos e professores de educação física de duas cidades brasileiras*. Porto: E. F. Pronk. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PORDATA (2018). *Retrato de Portugal.* Edição 2018. Lisboa.

Quaresma, M. de L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia, 19*(3), 29-49.

Ritti, G. O. (2018). *O exercício físico e o bem estar dos idosos - barreiras e benefícios percebidos Um estudo realizado num Centro de Convivência em Juiz de Fora, Brasil*. Porto: G. Ritti. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Roberts, G. (2001). *Advances in motivation in sports & exercice*. Norwegian University of Sport Science Editors.

Roberts, G. C., Treasure, D. C., & Conroy, D. E. (2007). Understanding the dynamics of motivation in sport and physical activity: An achievement goal interpretation. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.). *Handbook of Sport Psychology* (3), 1-30. John Wiley & Sons, Inc.

Rosário, M., Alves, S., Moutão, J., & Cid, L. (2015). Motivação intrínseca para a prática de atividade física e bem-estar psicológico em indivíduos idosos. In R. Santos Rocha et al. (Ed.), *Atividade física em populações especiais: população idosa, populações com condições clínicas* (pp. 95–110). Rio Maior: Escola Superior de Desporto.

Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press.

Scianni, A. A., Faria, G. S. , Silva, J. S., Benfica, P. do A., & Faria, C. D. C. de M. (2019). Efeitos do exercício físico no sistema nervoso do indivíduo idoso e suas consequências funcionais. *Revista Brasileira Ciência Esporte, 41*(1), 81-95.

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de psicologia (Campinas), 25(4), 585-593*.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*(2), 201-209.

Simões, A. (2006). *A nova velhice – um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Silva, L. (2008). Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? *Physis, 18*(4), 12-13.

Sousa, N. F. S., Lima, M. G., Cesar, C. L. G., & Barros, M. B. A. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública, 34*(11). 1-16.

Spirduso, W., Bernardi, P., & Pires, C. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole.

Sposito, G., D'Elboux, M. J., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2013). A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(12), 3475-3482.

Sposito, G., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2016). Advanced activities of daily living (aadls) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA study – UNICAMP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1*(19), 8-20.

Schutzer, K. A., & Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine, 39*,1056 – 1061

Taylor, W, & Johnson, J. (2015). *Fisiologia do exercício na terceira idade*. Barueri: Manole.

Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. N. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*(78), 1-30.

Teixeira, D. S., Marques, M., & Palmeira, A. L. (2018). Associations between affect, basic psychological needs and motivation in physical activity contexts: systematic review and meta-analysis. *Revista ibero-americana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(2), 225-233.

Vallerand, R. J. (2001). A hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise. In G. C. Roberts (Ed.), *Advances in motivation in sport and exercise* (pp.263-319). Champaign, IL: Human Kinetics

Vallerand, R. J. (2007). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and physical activity. In Singer, R. N., Hausenblas, H. A. & Janelle, C. M. (Eds.), *Handbook of sport psychology*, 59- 83. New York: Wiley.

World Health Organization (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva.

World Health Organization (2015). World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva.

CAPÍTULO 9- ANEXOS

U.PORTO

FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: Motivação autodeterminada e Bem-Estar Subjetivo em idosos praticantes de exercício físico.

Nome da Pesquisadora: Ana Carolina Milhomem Araujo

Nome do orientador: Professor Doutor Nuno Corte-Real

Coorientadora: Professora Doutora Ruth Jiménez Castuera

Natureza da pesquisa: o Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade: Analisar o nível de motivação autodeterminada e das necessidades psicológicas básicas, assim como o Bem-estar Subjetivo em idosos praticantes do programa de exercício físico.

1.Envolvimento na pesquisa: A senhor (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a senhor (a).

2.Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

_____