

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Autopercepções

2.1.1. Delimitação conceptual das Autopercepções

Para a compreensão do processo de desenvolvimento humano, torna-se imprescindível o recurso às Autopercepções (Gecas, 1982). Devido à sua importância, tal constructo tem sido estudado nas diversas áreas da Psicologia: Psicologia Educacional, Clínica e Social.

Ao analisarmos as diferentes investigações acerca da conceptualização das Autopercepções, deparámo-nos com a existência de uma variedade terminológica da qual resulta uma grande imprecisão e discordância no que concerne à definição do Autopercepções. Contudo, Byrne (1986) refere que apesar da literatura não revelar uma definição clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral das Autopercepções, como sendo a percepção que o indivíduo tem de si. No nosso estudo utilizámos o termo Autopercepções para designar, a percepção geral que o indivíduo tem de si próprio, o que alguns autores denominavam de Autoconceito Geral, uma vez que, é a nomenclatura utilizada pelo autor do questionário utilizado (Fox).

Do ponto de vista conceptual, podemos encontrar algumas definições e teorias relativas ao termo Autopercepções ou Autoconceito geral:

William James (1890), apresentou na sua emblemática “The Principles of Psychology” um modelo, no qual identificou quatro componentes principais do “EU” empírico: o “EU” material, o “EU” social, o “EU” espiritual e o “EU” corporal. Mais tarde, Gecas (1982) define as Autopercepções como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social e moral. Byrne (1984) refere-se às Autopercepções como a percepção de nós próprios onde estão envolvidas as nossas atitudes, sensações e conhecimentos sobre as nossas habilidades, capacidades, aparência e aceitação social. Burns (1986), descreve as Autopercepções como um

conjunto de imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar, o que pensamos que os outros pensam de nós e como gostaríamos de ser. Actualmente, Fox (1998) define as Autopercepções como um conjunto de atributos através dos quais os indivíduos se avaliam a eles próprios para estabilizar os julgamentos da auto-estima.

Após a análise das definições anteriormente apresentadas, constatamos que apesar da variedade terminológica, subsiste uma ideia que serve de base a todas elas: que o Autoconceito é um conjunto de percepções que temos em relação a nós próprios, nas várias dimensões: física, material, social e emocional.

Ao longo dos tempos, as Autopercepções, que alguns autores denominavam de, Autoconceito global passou de um constructo unidimensional, no qual não existia relação entre as várias facetas do “EU”, a um constructo multidimensional com Autoconceitos específicos para os aspectos de vida, influenciado por vários factores, tal como: o aspecto físico, o nível de inteligência, emoções, padrões culturais, escola, família e status social.

Em suma, o Autoconceito global é um constructo psicológico multidimensional, que provém das experiências e interpretações que o indivíduo faz ao longo do seu desenvolvimento, graças à influência do meio, seja a nível social, emocional ou físico, sendo um aspecto fundamental na construção da personalidade.

2.1.2. Modelos de interpretação das Autopercepções

Na tentativa de diferenciar as Autopercepções nos vários domínios, surgiram tentativas de visão de modelos estruturais do “Eu”. Inicialmente, esses modelos baseavam-se numa perspectiva unidimensional (Rosenberg, 1965), evoluindo até um modelo de carácter multidimensional.

Durante muitos anos, e como já foi referido anteriormente, psicólogos e outros investigadores lidaram com a Auto-estima e com o Autoconceito como entidades unidimensionais (Fox, 1997). Esse modelo unidimensional do Autoconceito, sugeria a existência de apenas um factor geral do Autoconceito que dominava os factores mais específicos. Tal perspectiva é considerada teoricamente limitada, uma vez que, não permite investigar todos os mecanismos subjacentes às mudanças da Auto-estima, pois não contempla o facto de cada individuo ter sentimentos distintos sobre

si próprio, em diferentes aspectos da sua vida e, que essa contribuição pode fazer variar a auto-estima global (Faustino, 1994; Ferreira, 1997).

Deste modo, o Autopercepções surge como uma estrutura multifacetada e não como resultado da soma de todas as partes (Sherrill, 1997).

Segundo estudos realizados sobre esta perspectiva multidimensional da auto-estima criaram-se instrumentos com sub-escalas separadas, as quais são utilizadas na avaliação da percepção nas diferentes dimensões do Autoconceito, permitindo afirmar a existência de uma estrutura do “Eu” que se torna progressivamente diferenciada com a maturidade cognitiva.

Shavelson, Hubner e Staton (1976) citado por Fox & Corbin (1989) apresentaram um modelo hierárquico do Autoconceito no qual se colocava o constructo geral do Autoconceito no vértice do modelo, o qual era submetido a representações do “Eu”, de natureza avaliativa e descritiva, em cada um dos domínios em que se subdividia: académico e não académico. O Autoconceito académico está relacionado com as áreas específicas como a História, a Matemática, entre outras; enquanto que o Autoconceito não académico é dividido em três áreas: Autoconceito social (subdividido em áreas específicas variando de acordo com as pessoas significativas para o indivíduo), Autoconceito emocional (estados emocionais particulares do indivíduo) e Autoconceito físico (aptidão e aparência física). À medida que se desce na hierarquia as percepções tornam-se cada vez mais específicas e fraccionadas, tornando o Autoconceito geral, situado no topo do modelo, cada vez mais influente.

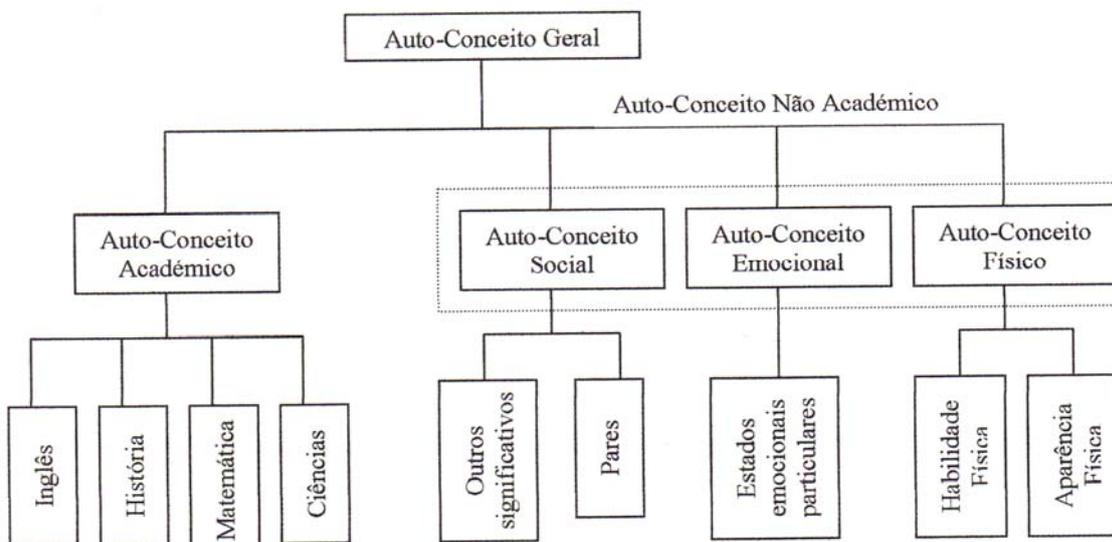


Figura 1 – Modelo Hierárquico multidimensional, adaptado de Shavelson e colaboradores (1976)

Para melhor compreendermos a organização deste modelo teremos de analisar a definição conceptual que lhe serve de suporte. Segundo Shavelson et. al (1976), o Auto-conceito não é mais do que a auto-percepção que cada um faz do envolvimento que o rodeia, com base nas suas experiências e interpretações. Os autores mencionados identificaram sete características críticas na definição do Autoconceito: (1) Organizado e Estruturado, os indivíduos recebem informação acerca de si próprios e estabelecem uma categoria que se reflecte nas diferentes facetas; (2) Multidimensional, globalidade de percepções que o indivíduo tem de si; (3) Hierárquico, com percepções de comportamento pessoal em situações específicas na base da hierarquia e um Autoconceito geral localizado no topo do modelo; (4) Estável, no vértice tornando-se vez mais instável à medida que descemos na hierarquia; (5) Desenvolvimental, torna-se mais específico e diferenciado com o aumento da idade; (6) Avaliativo e Descritivo, permite que o individuo se auto-avalie, realizando uma retrospectiva do seu comportamento face a uma situação e atribui-lhe sentimentos positivos e negativos; (7) Diferenciado de outros constructos.

Para testar o modelo propriamente dito, Marsh e Shavelson (1985), usando respostas do Self Description Questionnaire (SDQ) (apesar de não ser esse questionário que vamos utilizar), encontraram um suporte para este modelo, contudo, a hierarquia provou ser mais complicada do que o suposto inicialmente. Isto conduziu a uma revisão do modelo, resultando num forte apoio para a validação da multidimensionalidade do Autoconceito. Outros estudos realizados com o objectivo de testar a estrutura deste modelo e a sua multidimensionalidade, verificaram que o Autoconceito geral e o Autoconceito académico, apesar de correlacionados entre si apresentavam, cada um deles, facetas separadas do Autoconceito (Byrne, 1986; Shavelson & Bolus, 1982). Estas facetas constituíam Autoconceitos mais específicos relacionados com Matemática, Inglês ou com as Ciências e, eram igualmente interpretados como distintos, embora correlacionados entre si e com o Autoconceito académico (Shavelson et Bolus, 1982). Ao analisarmos esta estrutura hierarquizada, dinâmica e multidimensional, abrimos caminho para o estudo da componente física do Autoconceito geral, o Autoconceito físico.

O objecto de estudo do nosso trabalho reporta-se para as Autopercepções no domínio físico, pelo que nos iremos debruçar nesta dimensão do Autoconceito.

2.1.3. Autopercepções no Domínio Físico

Partindo do reconhecimento da multiplicidade do Autoconceito geral e através dos estudos realizados por Marsh (1988), pode-se verificar a existência de uma componente física do Autoconceito. Deste modo e, de acordo com o modelo hierárquico multidimensional, o Autoconceito físico enquadra-se no Autoconceito não académico e é composto por vários aspectos do âmbito da aparência e da componente física.

O Autoconceito físico, ou o modo como o indivíduo percebe os seus atributos físicos e as suas capacidades físicas tornou-se o elemento chave na identidade e na Auto-estima do indivíduo. Para Fox (2000), o Autoconceito físico ocupou uma posição única no sistema do “Eu”, pois o corpo, através da sua aparência, atributos e capacidades mostra a relação entre o indivíduo e o mundo.

Visto hoje em dia os atributos físicos terem cada vez mais um elevado valor cultural associados à aparência física e às competências físicas, em grande parte dos sectores da sociedade, a Autopercepção Física funciona como uma capa pública ou imagem do “eu”, visto que funciona como a parte visível e audível da pessoa, fazendo o ponto de ligação entre nós mesmos e o mundo (Harter, 1996, cit. in Carless e Fox 2003). A forma como nos sentimos connosco próprios em geral, é reflectido em fortes associações entre auto-avaliações do Autoconceito Físico e a Autoestima global ao longo da vida (Fox, 1997). Assim, verifica-se uma forte correlação entre o Autoconceito físico e o Autoconceito global no decorrer do dia-a-dia, sendo esta correlação explicada através da avaliação dos vários elementos do Autoconceito físico: aparência física ou imagem corporal, mas também com competências físicas específicas, tal como a competência desportiva, a percepção física e o bem-estar mental, que exercem um papel importante na formação do Autoconceito global. Cada uma destas facetas é ainda influenciada quer pela idade, quer pela maturidade cognitiva do indivíduo, tornando-as progressivamente diferenciadas, isto é, o tamanho e a especificidade destas relações aumenta com a idade.

Com o objectivo de aprofundar o campo de pesquisa das Autopercepções no domínio físico, Fox e Corbin (1989), dedicaram-se à criação de um perfil que compreendesse a importância dos seus estudos para o entendimento da estrutura do

Autoconceito geral e do comportamento no domínio físico, surgindo assim o Physical Self-Perception Profile (PSPP). Um outro estudo citado por Fox (2000), indica que, o facto das Autopercepções no domínio físico terem alcançado um papel tão importante, leva a considerar que tenham adquirido propriedades intrínsecas, por seu próprio direito, no bem-estar mental (Sonstroem & Potts, 1996).

2.1.4. Bem-Estar Subjectivo

O bem-estar subjectivo (BES) é uma área da Psicologia que, de acordo com vários estudos é considerado “uma larga categoria de fenómenos que incluem respostas emocionais das pessoas, satisfações em certos domínios e julgamentos globais de satisfação para a vida” (Diener e tal, 1999).

Diener (1984) considera que o BES se divide em duas componentes: a afectiva e a cognitiva. A componente afectiva envolve estados de espírito e emocionais, denominados de “afectos”, no entanto, existem resultados contraditórios relativamente a se afecto positivo e afecto negativo formam dois factores independentes e devem ser medidos separadamente, ou se são interdependentes (Diener e tal, 1999). A componente cognitiva envolve julgamentos da vida do próprio sujeito, quer seja a satisfação com a vida como um todo, ou a satisfação em diversos domínios da vida, como o trabalho, a família, saúde, ocupação (Diener e tal, 1999). Esta componente cognitiva pode ser entendida como “o que pensas da tua vida”, ao contrário da componente afectiva, “como te sentes com a tua vida”.

Visto as componentes afectivas e cognitivas serem influenciadas por várias variáveis (idade, género, nível sócio-económico e cultural), levando a uma divergência entre as mesmas, Diener (1984) sugere que o BES é definido por três factores, distintos mas correlacionados: a presença de afectos positivos, a ausência de afectos negativos e a satisfação com a vida. Assim, o conceito de bem-estar subjectivo ou mental representa o “grau de percepção dos indivíduos acerca da capacidade de satisfação das suas necessidades psicofisiológicas” (Berger & McInman, 1993). O efeito “sentir-se bem” após a participação em actividades físicas, constitui um sintoma de bem-estar subjectivo, que pode interferir com importantes variáveis psicológicas que influenciam a maneira como o quotidiano é percebido e avaliado pelos indivíduos.

Cruz, Machado e tal., (1996) cita em uma revisão da literatura que o exercício melhora o humor e o bem-estar psicológico, assim como a Auto-estima e o Autoconceito.

De acordo com os estudos revistos por Biddle (1995), foram encontradas fortes relações positivas (69%) associando a actividade física ao bem-estar psicológico.

Desta forma, o Bem-Estar Subjectivo (BES) é relevante para a área da saúde, não apenas por ser uma componente da saúde mental, mas também porque a auto-satisfação com a saúde física é uma componente do próprio BES, uma vez que, um número cada vez maior de pessoas vindo a recorrer à prática do exercício e da actividade física, como forma de procurar o seu bem-estar psicológico, face às novas exigências da sociedade moderna, caracterizadas por novas tecnologias e por novas forma de pressão e stress (Cruz et al, 1996). Facto que é geralmente aceite pois para além de outros benefícios para a saúde, a prática de exercício físico ajuda a libertar a tensão e melhora o bem-estar psicológico (Ferreira, 2004).

2.2. Envelhecimento - caracterização

Os idosos têm sido definidos como um conjunto de indivíduos que já não produzem, que são antigos e que já não têm mais nada a dar (Dias & Afonso, 1999). Não existe uma definição única de idoso nem uma de quando se é ou não é idoso, ou seja, do quando se entra na terceira idade. No entanto, e apesar das diferentes categorizações por parte dos autores, a maioria situa o início da terceira idade, do “ser idoso”, aos 65 anos de idade cronológica (Melo e Barreiros, 2002).

Spiriduso (1995), categoriza a terceira idade em quatro fases de acordo com a idade cronológica:

Idosos jovens	de 65 a 74 anos idade
Idosos	de 75 a 84 anos de idade
Idosos velhos	de 85 a 99 anos de idade
Muito idosos	100 a mais anos de idade

Em comparação com décadas atrás, a expectativa de vida tem aumentado de forma importante alcançando seus maiores valores nos países mais desenvolvidos como Japão, Suécia, USA e Canadá, onde a expectativa média de vida é de 75 anos. Nos países menos desenvolvidos como Peru e a Bolívia, a esperança média de vida é de respectivamente 56 anos e 48 anos (Matsudo & Matsudo, 1993).

À medida que incrementa a idade, o indivíduo torna-se menos activo, suas capacidades físicas diminuem, começa a aparecer o sentimento de velhice, que por sua vez pode causar stress, depressão e levar a uma diminuição da actividade física e à aparição de doença crónica que contribui para o envelhecimento. Apesar disso, a maioria dos efeitos do envelhecimento ocorre por mobilidade e má adaptação, e não por doença crónica (Matsudo, 1993).

O envelhecimento é um processo biossocial de regressão, observável em todos os seres vivos, expressando-se na perda de capacidades ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis, como genéticas, danos acumulados e estilos de vida, além de alterações psico-emocionais (Franchi & Júnior, 2005). Segundo Zambrana (1991), o envelhecimento é um processo de degeneração biológica que se manifesta de várias formas, tendo uma evolução contínua e é acompanhado de diversos “males” e da limitação das capacidades de adaptação do indivíduo aumentando as possibilidades de morrer.

Para Matsudo (1993), o envelhecimento é uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos o que com o passar do tempo leva à perda da adaptabilidade, à alteração funcional e eventualmente à morte. Podemos diferenciar assim, três tipos de envelhecimento: o envelhecimento biológico, representado por uma etapa de desenvolvimento individual, o envelhecimento psicológico, caracterizado pelo declínio das habilidades que a pessoa desenvolvia anteriormente, e o envelhecimento social, representado pela mudança dos objectos e forma de viver.

No processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais e específicos poderão modificar os comportamentos individuais, sendo estes processos normais e fisiológicos e não sinais de doença.

Matsudo & Matsudo (1993), afirmam que as modificações surgem a vários níveis, os quais serão identificados de seguida:

Nível antropométricos

- Incremento no peso;
- Diminuição da massa livre de gordura;
- Diminuição da altura;
- Incremento da gordura corporal;
- Diminuição da massa muscular;
- Diminuição da densidade óssea.

Nível muscular

- Perda de 10-20% da força muscular;
- Diminuição na habilidade para manter a força estática;
- Maior índice de fadiga muscular;
- Menor capacidade para hipertrofia;
- Diminuição no tamanho e número de fibras musculares;
- Diminuição na actividade do ATP ase miofibrilar;
- Diminuição das enzimas glicolíticas e oxidativas;
- Diminuição dos níveis de ATP, CP, glicogénio, proteína mitocondrial;
- Diminuição na velocidade de condução;
- Aumento do limiar de excitabilidade da membrana;
- Diminuição na capacidade de regeneração.

Nível cardiovascular

- Diminuição do gasto cardíaco;
- Diminuição da frequência cardíaca;
- Diminuição do volume sistólico;
- Diminuição da utilização de O₂ pelos tecidos;
- Diminuição do VO₂ máximo;
- Aumento na pressão arterial;
- Aumento na diferença artério-venosa de O₂;
- Aumento na concentração de ácido láctico;
- Aumento no débito de O₂;
- Menor capacidade de adaptação e recuperação do exercício.

Nível pulmonar

- Diminuição da capacidade vital;
- Aumento no volume residual;
- Aumento do espaço morto anatómico;
- Aumento da ventilação durante o exercício;
- Menor mobilidade da parede torácica;
- Diminuição da capacidade de difusão pulmonar O₂.

Nível neural

- Diminuição no número e tamanho dos neurónios;
- Diminuição na velocidade de condução nervosa;
- Aumento do tecido conectivo nos neurónios;
- Menor tempo de reacção;
- Menor velocidade de movimento;
- Diminuição do fluxo sanguíneo cerebral.

Outros

- Diminuição da agilidade;
- Diminuição da coordenação;
- Diminuição do equilíbrio;
- Diminuição da flexibilidade;
- Diminuição da mobilidade articular;
- Aumento na rigidez de cartilagem, tendões e ligamentos.

Todas as mudanças morfológicas e funcionais, anteriormente descritas, acontecem com o decorrer da idade e devem-se à conjugação de três factores: fenómeno de envelhecimento, presença de doenças e estilo de vida sedentário (Matsudo & Matsudo, 1993). Horta & Barata (1995), afirmam que um dos factores que mais contribui para o envelhecimento é o sedentarismo, responsável por um risco duas vezes superior de desenvolver doenças coronárias.

2.2.1. Inatividade física na terceira idade

Na sociedade moderna, o estilo de vida sedentário parece estar cada vez mais presente. Com o aparecimento das novas tecnologias, o sedentarismo ganha estatuto ao nível dos problemas mais graves da sociedade, estando os hábitos e o estilo de vida, adaptados pelas pessoas, intimamente ligados a ele e aos problemas que dele decorrem.

Actualmente, a sociedade parece motivar cada vez menos as crianças e os adolescentes para a prática de exercício físico, tendo os níveis de actividade sofrido um declínio durante os anos, estando as raparigas ainda menos motivadas que os rapazes (Biddle & Armstrong, 1992). Este sedentarismo precoce vai repercutir-se mais tarde na sua vida, manifestando-se a curto ou a longo prazo, os seus efeitos, através de: doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, diabetes, etc. (Horta e Barata, 1995).

Courinha (1995), afirma que com o decorrer dos anos, o número de horas semanais de actividade física vai diminuindo, não sendo o tempo livre ocupado com a prática do exercício físico. Assim, um estilo de vida sedentário na terceira idade pode acarretar mais problemas e trazer mais desgastes ao organismo do que um estilo de vida fisicamente activo (Meirelles, 1997). Com isto, alguns gerontólogos acreditam que 50% do envelhecimento é devido a um estilo de vida sedentário responsável pela diminuição da actividade física (Ávila, 1999)

Comprova-se assim, que o exercício físico é benéfico para a prevenção de doenças, bem como para a manutenção de um estilo de vida saudável. Baumann (1994) e Barata (1997) afirmam que um programa de exercício físico adaptado à pessoa idosa, traz benefícios para a saúde, ajudando a diminuir os problemas associados ao envelhecimento.

2.2.2. Benefícios da actividade física na terceira idade

A actividade física, segundo Barata (2006), é tudo aquilo que implica movimento, força ou manutenção da postura corporal contra a gravidade e se traduza num consumo de energia. Horta (2006), afirma que o exercício regular não significa

apenas actividade desportiva, de lazer ou competitiva, mas também outras actividades diárias, como por exemplo, relacionadas com certas áreas de trabalho manual (jardinagem, etc.), subir e descer escadas não utilizando o elevador, marcha na rua (indo a pé para o emprego), descer na paragem de autocarro anterior à habitual; sendo a prática de exercício aconselhada a fim de preservar o bem-estar físico, psíquico e social da população.

Devido à variedade terminológica do termo actividade física, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu-a como sendo todos os movimentos do dia-a-dia, incluindo trabalho, recreação, exercício e actividade desportiva (OMS, 1997). Exercício físico é uma forma de actividade física mais restrita, definida como “movimento corporal planeado, estruturado e repetido, realizado para melhorar ou manter um ou mais componentes da condição física” (Biddle, Cavill e Sallis, 1998).

The United States Surgeon General’s Report (U.S. Surgeon General, 1996) concluiu que a actividade física regular tinha efeitos positivos importantes no sistema músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e endócrino. Tais efeitos encontram-se associados a um número de benefícios, incluindo a diminuição do risco de doenças coronárias, hipertensão, cancro do cólon e *diabetes mellitus*. Além disso, a participação regular na actividade física também parece reduzir a depressão e a ansiedade, melhorando o humor e a habilidade para realizar tarefas do dia-a-dia.

O exercício físico traz benefícios na pessoa idosa a diferentes níveis, tais como (adaptado do OMS (1997) e Matsudo e Matsudo (1993):

EFEITOS FISIOLÓGICOS

Imediatos

- Melhoria do sono;
- Melhoria da regulação da glucose;
- Aumento da actividade das catecolaminas.

A longo prazo

Antropométricos e Neuromusculares

- Diminuição da gordura corporal;
- Incremento da massa muscular;
- Incremento da força muscular;

- Incremento da densidade óssea;
- Fortalecimento do tecido conectivo;
- Fortalecimento da flexibilidade.

Metabólicos

- Aumento do volume sistólico;
- Aumento do VO₂ máx: 10 – 30%;
- Diminuição da frequência cardíaca em repouso;
- Aumento da ventilação pulmonar;
- Diminuição da pressão arterial;
- Melhora do perfil lipídico.

Goldberg e Hagberg (1990) sugerem que as respostas fisiológicas dos idosos ao exercício são essencialmente as mesmas que as experimentadas pelos jovens.

EFEITOS PSICOLÓGICOS

Não há dúvidas que envelhecer em actividade traz benefícios psicológicos incluindo controlo de peso, melhoria cardiovascular e controlo de diabetes e osteoporose. Contudo, há também benefícios psicológicos do exercício que incluem efeitos positivos na memória e pensamento e diminuição dos níveis de depressão e ansiedade. Seguidamente, identificaremos os benefícios psicológicos do exercício (adaptado da OMS (1997) e Matsudo e Matsudo (1993):

Imediatos

- Relaxamento;
- Diminuição do stress e da ansiedade;
- Melhoria da tensão muscular e da insónia.

Longo prazo

- Bem-estar geral;
- Melhoria do auto-conceito;
- Melhoria da auto-estima;

- Melhoria da imagem corporal;
- Diminuição do consumo de medicamentos;
- Melhoria das funções cognitivas;
- Melhoria do processo de socialização.

Apesar de não estar demonstrado que a actividade física prolonga os anos de vida, melhora a actividade de vida, sendo suficiente para se considerar que ela é importante na nossa vida. Para Ávila (1999), não impede que a pessoa envelheça, mas previne o aparecimento de determinados problemas associados à velhice e permite-nos viver com maior qualidade de vida.

Com base na revisão da literatura, decidimos averiguar se a prática da actividade física na nossa amostra de idosos influencia as Autopercepções no Domínio Físico e o Bem-estar Subjectivo.