



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Determinantes do comportamento sedentário na população idosa

Sara Alexandra Lima Morais

Orientadores

Professor Doutor Pedro Alexandre Duarte Mendes

Professor Doutor André Leonardo Gonçalves Ramalho

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Atividade Física na especialidade de Gerontomotricidade, realizada sob a orientação científica do Professor Adjunto Doutor Pedro Alexandre Duarte Mendes e do Professor Adjunto Convidado Doutor André Leonardo Gonçalves Ramalho, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

dezembro de 2019

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor, João Júlio de Matos Serrano

Professor Coordenador da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Professor Doutor, José Pedro Leitão Ferreira

Professor Associado da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra

Professor Doutor, Jorge Manuel Folgado dos Santos

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Educação de Castelo Branco

Professor Doutor, Pedro Alexandre Duarte Mendes

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Ao meu trevo de quatro folhas.

Agradecimentos

Para a concretização deste trabalho foi essencial a colaboração de várias pessoas e entidades.

Um agradecimento especial:

- Ao meu orientador Professor Doutor Pedro Alexandre Duarte Mendes, pela sua disponibilidade, saber científico e pela motivação para a concretização do trabalho.

- Ao Professor Doutor André Leonardo Gonçalves Ramalho, pelo seu entusiasmo por novas áreas, por deixar constantemente questões a pairar de forma a adquirir um maior conhecimento e sentido crítico.

- Aos professores do Instituto Politécnico de Castelo Branco que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

- À Associação de Melhoramentos, Cultural, Social e Desportiva de Azêvo e à Comissão de Melhoramentos de Alvendre, nos seus funcionários e utentes, pela disponibilidade e pelos momentos de conversa e brincadeira.

- A todos os idosos que participaram neste trabalho com bastante alegria.

- À minha amiga Daniela, por todo o apoio desde o primeiro dia, por todas as horas que despendeu para me ajudar e por nunca me deixar desistir.

- Aos meus pais e irmão, pelo apoio.

- Ao meu avô.

Resumo

O comportamento sedentário (CS) tornou-se uma atitude habitual da nossa sociedade atual, tornando-se cada vez mais crescente o seu interesse científico. Conhecidos os efeitos prejudiciais à saúde dos indivíduos e, independentemente, da prática de AF, os longos períodos sentados, reclinados ou deitados têm consequências. Assim, este trabalho teve como problemas de investigação: Quais os determinantes do CS na população idosa?; e, será que os Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária são explicativos do CS dos idosos? Para responder a estas questões realizámos três estudos distintos, cada um com o seu procedimento científico e objetivo: i) Revisão da literatura - pesquisada de forma sistemática, para um melhor conhecimento da temática; ii) Determinantes do CS na população idosa: estudo qualitativo - como base uma perspectiva interpretativa, assumindo uma ontologia relativista e uma epistemologia subjetivista, com o objetivo de identificar e compreender quais os determinantes do CS na população idosa; iii) Preditores multidimensionais do CS da população idosa: estudo transversal - análise estatística descritiva e correlações bivariadas, com o objetivo de analisar as associações entre os Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária e o CS dos idosos. Quisemos ainda analisar se o género moderava as associações propostas no objetivo anterior. Os principais resultados a que chegámos dizem-nos que: 1) existem seis grandes grupos de determinantes do CS, são eles: Saúde e Bem-Estar, Contexto Social e Cultural, Comportamento e Psicologia, Ambiente Construído e Natural, Configurações institucionais / domiciliares e, por último, Política e Economia; 1.1) o CS é determinado por diversos fatores e todos eles estão relacionados entre si; 2) as subcategorias Fator instrumental, Fator físico, Fator de energia, Saúde física, Fator de interação, Fator de confiança, Fator de sentimentos, Satisfação com a vida e Recursos económicos revelaram associação de questões com o CS; 2.1) quanto às associações, por género, no feminino não houve qualquer associação da subcategoria Transtornos do sono, Fator de paranoia e Fator de sentimentos com o CS e, no género masculino, também nas subcategorias Transtornos do sono e Fator de paranoia e, ainda, no Fator de confiança. Estes resultados poderão ser um excelente contributo, do ponto de vista teórico, pois existem poucos modelos explicativos sobre a temática. Para além da participação para o aumento do conhecimento científico sobre este assunto, o facto de termos identificado os determinantes que levam ao CS, traz um maior saber aos técnicos geriátricos, políticos e outros profissionais de saúde possibilitando a criação de estratégias, leis, orientações e programas para redução destes comportamentos, promovendo assim um envelhecimento mais saudável dos idosos.

Palavras chave

Determinantes; Comportamento sedentário; Idoso.

Abstract

Sedentary behavior (SB) has become a habitual attitude of our current society, becoming more and more its scientific interest. Knowing the harmful effects on the health of individuals and, regardless of the practice of physical activity, the long periods of sitting, reclining or lying down have consequences. Thus, this work had the following research problems: What are the determinants of SB in the elderly population?; and, are social resources, economic resources, mental health, physical health and activities of daily living explaining the SB of the elderly? To answer these questions, we carried out three different studies, each with its scientific and objective procedure: i) Literature review - systematically researched, for a better understanding of the theme; ii) Determinants of SB in the elderly population: qualitative study - based on an interpretive perspective, assuming a relativistic ontology and a subjectivist epistemology, with the aim of identifying and understanding what are the determinants of SB in the elderly population; iii) Multidimensional predictors of the SB of the elderly population: cross-sectional study - descriptive statistical analysis and bivariate correlations, with the aim of analyzing the associations between social resources, economic resources, mental health, physical health and activities of daily living and SB of the elderly. We also wanted to analyze whether gender moderated the associations proposed in the previous objective. The main results we have reached tell us that: 1) there are six major groups of determinants of SB, they are: Health and Well-Being, Social and Cultural Context, Behavior and Psychology, Built and Natural Environment, Institutional / household settings and, finally, Politics and Economics; 1.1) SB is determined by several factors and they are all related to each other; 2) the subcategories Instrumental factor, Physical factor, Energy factor, Physical health, Interaction factor, Trust factor, Feelings factor, Satisfaction with life and Economic resources revealed an association of issues with SB; 2.1) regarding associations, by gender, in women there was no association of the subcategory Sleep disorders, Paranoia factor and Feelings factor with SB and, in the male gender, also in the subcategories Sleep disorders and Paranoia factor and, still, in the Trust factor. These results may be an excellent contribution, from a theoretical point of view, as there are few explanatory models on the subject. In addition to participation to increase scientific knowledge on this subject, the fact that we have identified the determinants that lead to SB, brings greater knowledge to geriatric technicians, politicians and other health professionals, enabling the creation of strategies, laws, guidelines and programs to reduce these behaviors, thus promoting a healthier aging of the elderly.

Keywords

Determinants; Sedentary behaviour; Elderly.

Índice Geral

Composição do júri	III
Dedicatória	V
Agradecimentos	VII
Resumo	IX
Abstract.....	XI
Índice de figuras	XV
Índice de Quadros	XVII
Lista de tabelas.....	XIX
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XXI
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO GERAL	1
CAPÍTULO 2. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
Introdução	3
Método	5
I. Parte – Modelos teóricos.....	7
Modelo ecológico do comportamento sedentário (Owen et al., 2011)	7
Sistemas do comportamento sedentário (SOS) (Chastin et al., 2016).....	8
II. Parte – Evidências empíricas	11
Estudos qualitativos	11
Estudos transversais	13
Design de Coorte.....	14
Design Exploratório.....	15
Estudo longitudinal	16
Conclusão	17
CAPÍTULO 3. ESTUDOS REALIZADOS.....	21
DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO NA POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO QUALITATIVO.....	21
Introdução	21
Método	23
<i>Participantes</i>	<i>24</i>
<i>Recolha de dados</i>	<i>24</i>
<i>Análise de dados</i>	<i>25</i>
<i>Credibilidade dos dados</i>	<i>26</i>
Resultados	27
Discussão.....	33
<i>Implicações práticas.....</i>	<i>37</i>
PREDITORES MULTIDIMENSIONAIS DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DA POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO TRANSVERSAL	39
Introdução	39
Método	41

<i>Participantes</i>	41
<i>Recolha de dados</i>	41
<i>Medidas</i>	41
<i>Variável dependente: comportamento sedentário</i>	41
<i>Variáveis independentes: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária</i>	42
<i>Variável moderadora: género</i>	43
<i>Análise estatística</i>	44
Resultados	45
DISCUSSÃO	51
<i>Implicações práticas</i>	54
CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO GERAL	57
CAPÍTULO 5. CONCLUSÕES	63
Referências Bibliográficas	65
Anexos	71
Anexo A – Recomendações gerais de atividade física para a saúde (WHO, 2010)	71
Anexo B – Questões do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (Rodrigues, 2008)	73

Índice de figuras

Figura 1 - Organograma e definição para os construtos CS e AF (Fonte: baseado em Pate et al., 2008).....	4
Figura 2 - Modelo ecológico do comportamento sedentário (Fonte: Owen et al., 2011)	7
Figura 3 - Sistemas do comportamento sedentário (SOS) (Fonte: Chastin et al., 2016)	9
Figura 4 - Modelo empírico dos determinantes do comportamento sedentário...	63

Índice de Quadros

Quadro 1 - Artigos encontrados e selecionados no Google Académico e Medline (PubMed e PMC) (1ª fase)	6
---	---

Lista de tabelas

Tabela 1 - Sistema de categorias e subcategorias dos determinantes do CS dos idosos.....	27
Tabela 2 - Características descritivas dos participantes (n=100)	45
Tabela 3 - Média e associação de cada questão com o CS (n=100)	46
Tabela 4 - Associações, por género, de cada questão com o CS Total durante a semana e o CS Total durante o fim de semana	48

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AF – Atividade física

AFMV – Atividade física moderada a vigorosa

AVDs – Atividades da vida diária

CS – Comportamento sedentário

DCV – Doenças cardiovasculares

fds – Fim de semana

IMC – Índice de massa corporal

METs - Equivalentes metabólicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

sem. – Semana

SOS – Sistemas do Comportamento Sedentário

TV - Televisão

WHO – World Health Organization

Capítulo 1. Introdução Geral

Estar longos períodos sentado tornou-se no comportamento mais dominante da sociedade atual (Chastin et al., 2016), aumentando o interesse científico (Chastin, Fitzpatrick, Andrews, & DiCroce, 2014a; Palmer et al., 2018) neste problema de saúde pública (Hallal et al., 2012). Com uma tendência para este comportamento ampliar com o decorrer dos anos, a população idosa passa entre 5,3 a 9,4 horas diárias em atividades (Harvey, Chastin, & Skelton, 2015) como, por exemplo, ver televisão (TV), ler, socializar com outras pessoas e jogar às cartas, estando numa posição sentada ou reclinada, com um gasto energético ≤ 1.5 equivalentes metabólicos (METs) (Allen, Walter, & McDermott, 2016).

O processo de envelhecimento resulta num declínio geral das capacidades do indivíduo. No entanto, associado aos longos períodos em CS, a saúde biopsicossocial dos indivíduos é afetada ainda mais, aumentando a prevalência para doenças cardiovasculares (DCV) (Lenz, Swartz, & Strath, 2014), maior isolamento (DeRezende, Rey-López, Matsudo, & Luiz, 2014; Leask, Harvey, Skelton, & Chastin, 2015), questões ligadas à saúde mental (Lauder, Mummery, Jones, & Caperchione, 2006), como a depressão (Gardner, Smith, Lorencatto, Hamer & Biddle, 2014) e uma pior qualidade de vida (Laforge et al., 1999; Balboa-Castillo, León-Muñoz, Graciani, Rodrigues-Artalejo, & Guallar-Castillón, 2011). Contudo, nem todos os CS trazem só consequências negativas para o indivíduo. Numa revisão realizada por Ramalho, Petrica e Rosado (2018b), foi possível verificar estudos onde o CS tinha efeitos positivos para os idosos como, por exemplo, melhores índices de memória semântica associada a maiores períodos de utilização da internet, assim como, jogar bingo e estar sentado em conversa social são CS positivos para a saúde psicossocial dos indivíduos. Os mesmos autores (Ramalho, Petrica & Rosado, 2018a) referem ainda que atividades como ler e o uso do computador proporcionam melhor satisfação com a vida e menor stress psicológico. As consequências do CS são independentes da inatividade física (Chastin et al., 2014a; Chastin et al., 2017), portanto são necessárias intervenções conjuntas de diminuição do CS e aumento da prática de atividade física (AF) (Prince, Saunders, Gresty, & Reid, 2014a; Martin et al., 2015) para melhor aptidão física (Silva et al., 2019b) e outros benefícios na saúde dos indivíduos.

Visto que o comportamento é influenciado por fatores, os investigadores quiseram identificar e compreender, exaustivamente, os determinantes do CS. Assim sendo, surge o Modelo ecológico do CS (Owen et al., 2011) e, posteriormente, de forma a complementar este modelo surge os Sistemas do Comportamento Sedentário (SOS) (Chastin et al., 2016), onde os determinantes foram reunidos em seis grupos: Saúde Física e Bem-Estar; Contexto Social e Cultural; Ambiente Construído e Natural; Psicologia e Comportamento; Política e Economia; e, Configurações Institucionais e Domiciliares. Dentro destes grupos, foram mencionados determinantes para o CS como, por exemplo, dores, a falta de energia, limitações funcionais, a pressão social

(evitar quedas), a solidão, a amotivação, o medo de cair, a falta de instalações e espaços recreativos, o contexto da residência e a falta de recursos económicos. Contudo, as evidências são limitadas (Brug & Chinapaw, 2015) e é necessário construir um corpo de evidências mais significativas (Owen et al., 2011), com recurso a estudos qualitativos (Chastin et al., 2015).

Posto isto, esta dissertação vai responder a duas questões: Quais os determinantes do CS na população idosa? E, será que os Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária são explicativos do CS dos idosos? Para dar resposta temos como objetivo no Estudo 1 - identificar e compreender quais os determinantes do CS, da população idosa; e, depois de identificados os determinantes iremos avaliar alguns deles no Estudo 2, com o objetivo de analisar as associações entre Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária e o CS dos idosos (durante a semana e ao fim de semana). Temos ainda como objetivo específico, analisar se o género modera as associações propostas anteriormente. Deste modo pretendemos colmatar uma lacuna na literatura e ao realizar dois estudos empíricos, vamos reunir evidências sobre a temática e dar informações relevantes a profissionais que trabalhem na área geriátrica com o intuito de promover um envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida (Jones, Li, Aiello, O’Rand & Evenson, 2018).

O trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro, com a introdução geral da dissertação, definindo os objetivos e a estrutura da mesma.

O capítulo 2 apresenta uma revisão de literatura, reunindo dois modelos teóricos e evidências empíricas, dentro da área em estudo.

O terceiro capítulo será composto por dois estudos: iniciamos pelo “Determinantes do comportamento sedentário da população idosa: estudo qualitativo” e, posteriormente, “Preditores multidimensionais do comportamento sedentário da população idosa: estudo transversal”. Cada estudo será composto por Introdução, Método, Resultados e Discussão.

O capítulo 4 diz respeito à discussão geral dos resultados obtidos.

O quinto capítulo será dedicado às conclusões, limitações e sugestões de futuros estudos resultantes da nossa investigação.

Capítulo 2. Revisão de literatura

Evidências sobre os determinantes do comportamento sedentário na população idosa

Introdução

O ser humano foi criado para se movimentar e participar em todo o tipo de trabalho manual do dia-a-dia e isto, foi essencial para a nossa sobrevivência enquanto espécie, (Owen, Sparling, Healy, Dustan, & Matthews, 2010b) no entanto, a sociedade atual em que vivemos apresenta-se cada vez mais sedentária (Chastin et al., 2016), tornando-se uma questão de saúde pública (Hallal et al., 2012).

Procurando estudar o CS na população idosa, aceitámos a definição da *Sedentary Behaviour Research Network* (2012) onde é caracterizado por qualquer atividade, numa posição reclinada ou sentada, com um gasto energético ≤ 1.5 METs como, por exemplo, ver televisão, estar ao telemóvel, ler (Pate, O'Neill, & Lobelo, 2008). Este comportamento traz riscos na saúde física dos indivíduos (Dunstan et al., 2012; DeRezende et al., 2014), na saúde mental (Lauder et al., 2006) e na qualidade de vida (Laforge et al., 1999). No entanto, existem incoerências na utilização da terminologia (Owen, Healy, Matthews & Dunstan, 2010a), principalmente na literatura mais antiga, confundindo CS com inatividade física, caracterizado por quando uma pessoa não cumpre as recomendações da *World Health Organization - WHO* (2010) (Anexo A).

Desta forma, e como podemos verificar na Figura 1, ser sedentário caracteriza-se por um indivíduo que realize atividades que não ultrapassem os 1,5 METs, estando sentado ou reclinado. No entanto, se as atividades realizadas forem de uma intensidade leve (<3 METs), não alcançando as recomendações da WHO o sujeito é considerado Inativo Fisicamente, caso contrário, o indivíduo é Ativo Fisicamente.

Com a definição dos dois conceitos podemos perceber que apesar de um indivíduo ser ativo fisicamente este, pode também ser sedentário se apresentar um longo tempo sentado, podendo advir deste comportamento consequências para a sua saúde. Por outro lado, se estes períodos forem reduzidos ou interrompidos, observar-se-ão benefícios para o sujeito (Departamento de Saúde, 2011). Dentro da população, os idosos são o segmento que passa mais tempo sentado (Chastin et al., 2014a; Van Cauwenberg et al., 2014), pois existe essa tendência com o avançar da idade (Seguin et al., 2012), trazendo-lhes maiores riscos para a sua saúde, contudo esta problemática é geral.

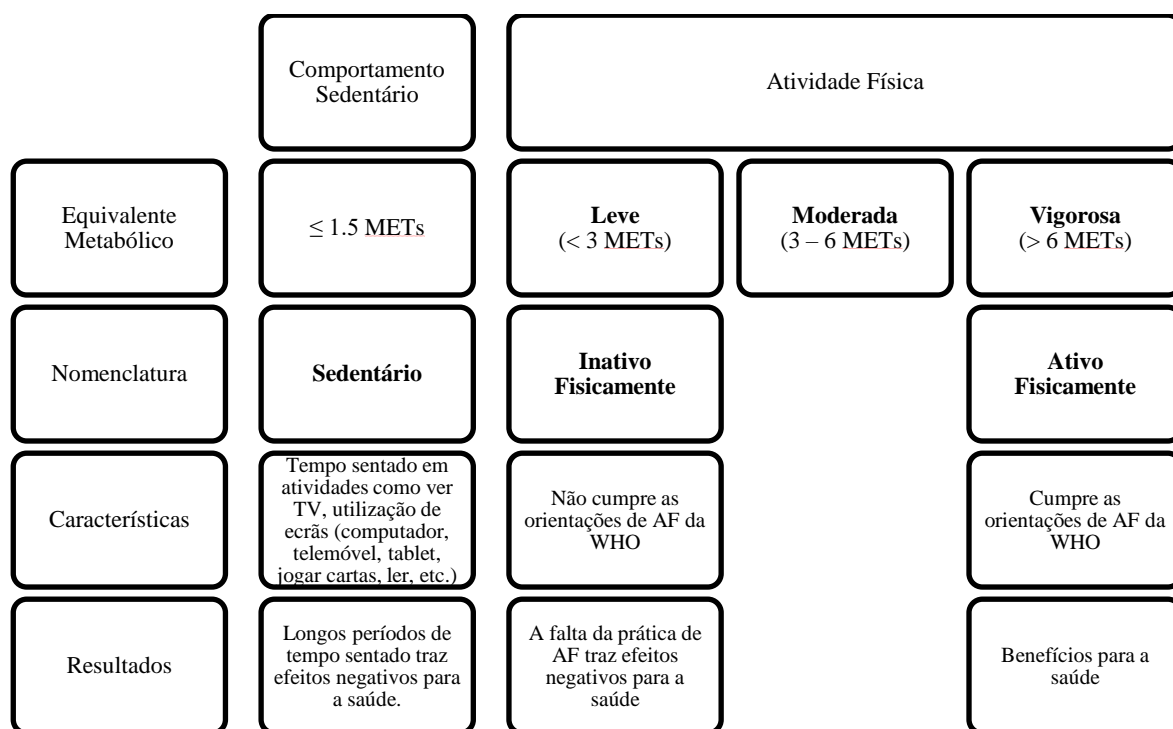


Figura 1 - Organograma e definição para os construtos CS e AF (Fonte: baseado em Pate et al., 2008)

Os primeiros estudos realizados nesta área continham informações quantitativas transversais muito limitadas (Owen et al., 2011) e referentes aos riscos que traziam aos indivíduos. Por exemplo, em 2008, Hamilton e os seus colaboradores realizaram uma análise de estudos onde concluíram que o tempo em que permanecemos sentados tem efeitos nocivos cardiovasculares para a saúde e que são independentes dos efeitos da AF, indicando as novas tecnologias como um dos principais fatores que levam as pessoas a adotarem CS.

Num outro caso, numa revisão de literatura (Thorp, Owen, Neuhaus & Dunstan, 2011), foram incluídos 48 estudos longitudinais (publicados entre 1996 e 2011), provenientes dos repositórios Web of Science, MEDLINE, PubMed e PsycINFO, onde relatavam relações entre o CS e medidas baseadas em dispositivos que controlavam o tempo sentado. As conclusões que retiraram dizem-nos que existe uma grande ligação entre o CS e a mortalidade e o ganho de peso desde a infância até à fase adulta; que o CS é um risco independente da AF; e, sugerem que se realizem mais estudos usando medidas baseadas em dispositivos para fornecer dados mais claros sobre o impacto do tempo sedentário na saúde dos indivíduos.

Tal como sugerido por Thorp et al., (2011), Ford e Caspersen, em 2012, analisaram estudos em que associavam o tempo em frente a uma tela, considerado um CS e, doenças cardiovasculares (DCV), concluindo que quanto maior o tempo sentado maior é o risco para DCV, corroborando com a ideia dos autores anteriores. A investigação termina sugerindo que se realizem mais projetos desta natureza, de forma a criar diretrizes e intervenções clínicas para reduzir o CS nas sociedades modernas.

No estudo de Seguin e seus colaboradores (2012), pretendia-se compreender a associação entre o tempo sedentário e a função física entre mulheres pós-menopausa. Este estudo contou com 61.609 mulheres (50-79 anos) e concluíram que o tempo sedentário estava fortemente associado à diminuição da função física destas mulheres, com resultados significativamente mais fortes nas mulheres mais velhas. Afirmam ainda que para uma melhor função física, nesta etapa da vida, se deve reduzir o CS e tentar alcançar os níveis recomendados de AF.

Apesar de os investigadores já conhecerem alguns dos riscos associados ao CS, eles quiseram aprofundar ainda mais esta temática, percebendo os “porquês” de os indivíduos adotarem estes comportamentos, surgindo desta forma os determinantes do CS. Assim, este capítulo visa sintetizar as evidências empíricas e modelos teóricos sobre os determinantes do CS na população idosa, através de uma revisão de literatura narrativa de evidências mistas.

Método

Esta revisão de literatura narrativa foi pesquisada de forma sistemática, com critérios delineados previamente, incluindo dois modelos teóricos e evidências empíricas, mistas, sobre os determinantes do CS dos idosos. Numa primeira fase, entre 24 de junho e 16 de julho de 2019, procedeu-se à recolha de dados a partir das bases de dados eletrónicas, Google Académico e Medline (PubMed e PMC).

Como palavras-chave para a pesquisa foram utilizadas as seguintes expressões: “determinantes do comportamento sedentário em idosos” e “fatores do comportamento sedentário em idosos” (para português); “determinants of sedentary behavior in the elderly”, “older people and sedentary behavior” e “sedentary behaviour” (para inglês).

Estabeleceu-se que os artigos primários a selecionar deveriam i) ser publicados entre o ano 2000 e 2019, ii) estar redigidos em língua portuguesa e/ou inglesa, iii) ser provenientes de revistas/jornais científicas (os), iv) ter o artigo completo disponível, v) ser estudos sobre os determinantes do CS e vi) integrar na amostra só sujeitos com idades superiores a 65 anos (critérios de inclusão). Artigos de revisão de literatura, revisões sistemáticas e comentários foram eliminados (critério de exclusão).

Definidos os critérios de seleção de artigos, surgiram os primeiros dados (ver Quadro 1).

	Google Académico		PubMed		PMC	
	Encontrado	Selecionado	Encontrado	Selecionado	Encontrado	Selecionado
“determinantes do comportamento sedentário em idosos”	13400	13	-	-	-	-
“fatores do comportamento sedentário em idosos”	17300	7	-	-	-	-
“determinants of sedentary behavior in the elderly”	31100	-	241	22	7672	27
“older people and sedentary behavior”	154	13	1282	3	14722	-
“sedentary behaviour”	194	3	13191	12	33129	3

Quadro 1 - Artigos encontrados e selecionados no Google Académico e Medline (PubMed e PMC) (1ª fase)

Nesta primeira fase, foram selecionados 103 artigos pois apresentavam um título sugestivo, tendo em conta o objetivo do estudo e respeitavam os seguintes critérios de inclusão: i) ser publicados entre o ano 2000 e 2019 e ii) estar redigidos em língua portuguesa e/ou inglesa. Destes 103 artigos, 4 foram excluídos por não iii) serem provenientes de revistas/jornais científicas (os), 7 por não corresponderem ao critério iv) ter o artigo completo disponível e 14 por estarem repetidos. Na segunda fase, após uma primeira análise dos resumos dos artigos ou consulta do método, foram eliminados 23 por não v) serem estudos sobre os determinantes do CS e outros 32 por não vi) integrar na amostra só sujeitos com idades superiores a 65 anos. Por último, atendendo ao critério de exclusão, todos os artigos de revisão de literatura, revisões sistemáticas e comentários foram eliminados, ficando com 13 artigos selecionados de 103 iniciais. Para esta revisão foram incluídos ainda dois artigos que fazem referência ao Modelo ecológico (Owen et al., 2011) e ao Sistemas dos determinantes do CS (Chastin et al., 2016).

Selecionados os artigos foram organizados da seguinte forma: I. Parte – Modelos teóricos, tendo como subcapítulos, Modelo ecológico do comportamento sedentário e Sistemas do comportamento sedentário. II. Parte – Evidências empíricas, com os subcapítulos: estudos qualitativos, estudos transversais e estudos longitudinais. Inserido nos estudos transversais encontramos ainda trabalhos com Design de Coorte e Exploratório.

A compreensão destes determinantes é fundamental para criar estratégias de redução do tempo sedentário (Tam-Seto, Weir, & Dogra, 2016) e o modelo ecológico é uma abordagem útil para esta compreensão, contudo, e segundo Chastin et al., (2016) este tem uma limitação transdisciplinar. Primeiro, porque foi elaborado com base teórica, de um único ponto de vista (adaptado do modelo ecológico da AF), em vez de usar uma metodologia formal e multidisciplinar. Segundo, apesar de estes modelos terem sido um enorme avanço na identificação da complexidade dos determinantes do CS, eles baseiam-se nas dependências hierárquicas entre as esferas de influência, não captando as interações de determinantes que estejam em níveis mais proximais e distais, isto é, não consegue explicar as influências multifatoriais no comportamento (Palmer et al., 2018). Terceira e última limitação, as investigações que usaram este modelo focaram-se principalmente em características individuais, pois colocam o indivíduo no centro. Assim, e de modo a colmatar as limitações deste modelo houve a necessidade de desenvolver um sistema.

Sistemas do comportamento sedentário (SOS) (Chastin et al., 2016)

Sendo o sedentarismo uma problemática a nível mundial, o Centro de Conhecimento dos Determinantes da Dieta e Atividade Física (DEDIPAC KH) tinha como principal objetivo compreender os determinantes da AF, dieta e dos CS, a fim de, traduzir esse conhecimento em promoção de uma dieta saudável e de AF. Em relação aos CS, esta equipa constituída por mais de trezentos cientistas de treze países da Europa, sentiu a necessidade de criar uma estrutura dinâmica e transdisciplinar, através de uma abordagem baseada em sistemas, de modo a colmatar as limitações do modelo ecológico do CS. Com isto, conseguiriam desenvolver uma estrutura comum para orientar futuras pesquisas sobre determinantes do CS no decorrer do ciclo de vida e ajudar na intervenção, planeamento e avaliação de políticas.

Chastin e a sua equipa (2016) criaram assim os SOS (Figura 3) onde mostra a inter-relação de subsistemas e o seu funcionamento dinâmico num só sistema, ao contrário de se centrar no indivíduo, com uma estrutura mais agnóstica, baseada em visões transdisciplinares, com diferentes abordagens conceituais e uma metodologia formal. Para a conceção do sistema foi utilizado um protocolo de consenso estruturado, baseado no mapeamento conceitual. Este método misto combina opiniões qualitativas com análise estatística multivariada, com o intuito de o grupo reunir e organizar melhor as ideias numa estrutura conceitual (Trochim & Cabrera, 2005) provando ainda que para além de ser utilizado para avaliar e planejar programas, este método também é eficaz para sintetizar opiniões de especialistas (Chastin et al., 2016). Para Trochim e Cabrera (2005), este é um método indutivo, que permite que surjam significados compartilhados e, é baseado num conjunto de regras que, posteriormente, geram padrões e resultados complexos. Estes resultados são apresentados na forma de gráficos, onde constam as representações dos pensamentos dos intervenientes.

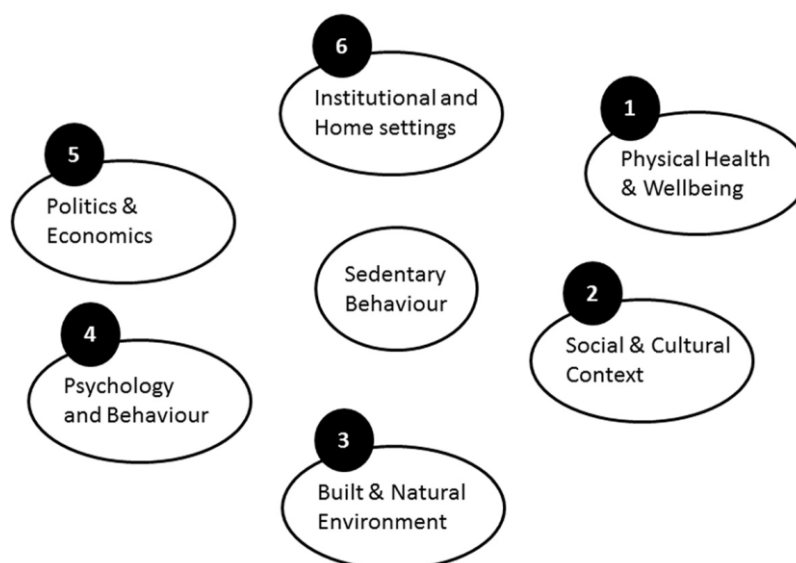


Figura 3 - Sistemas do comportamento sedentário (SOS) (Fonte: Chastin et al., 2016)

Para a elaboração dos SOS inúmeros especialistas reuniram-se com o intuito de criar um sistema que captasse a interação entre os determinantes do CS. Inicialmente, identificaram-se quinhentos e cinquenta fatores relacionados ao CS, em diversas áreas, em três grupos etários (jovens, adultos e idosos), sendo reduzidos, posteriormente, para cento e noventa fatores. Estes foram utilizados na reunião de consenso onde participaram sessenta e nove delegados internacionais, sete convidados especialistas e um consultor de mapeamento conceitual. No final do consenso, foram apresentados os seis grupos de determinantes: Saúde Física e Bem-Estar; Contexto Social e Cultural; Ambiente Construído e Natural; Psicologia e Comportamento; Política e Economia; e, Configurações Institucionais e Domiciliares, determinantes estes que surgem ao longo da vida, e que iremos definir de seguida, conforme os criadores (Chastin et al., 2016).

No grupo Saúde Física e Bem-Estar (1) encontram-se todos os determinantes relacionados com a saúde e bem-estar de um indivíduo ou grupo, não incluindo apenas o seu estado de saúde. Neste grupo estão incluídos, por exemplo, os sistemas de saúde, as doenças e qualidade de vida.

No que diz respeito ao Contexto Social e Cultural (2) podemos referir que este grupo inclui os determinantes referentes ao ambiente social em que o indivíduo ou grupo vive e à cultura em que foram educados e com a qual interagem. Neste estão incluídos determinantes como, vivência com animais domésticos, a solidão e a classe social.

Relativamente ao Ambiente Construído e Natural (3) encontram-se determinantes referentes ao ambiente físico em que o indivíduo ou grupo vive e interage. Isto inclui determinantes do ambiente construído, como o *layout* físico das cidades ou o ambiente natural, como o clima.

O grupo Psicologia e Comportamento (4) diz respeito aos traços comportamentais e psicológicos do sujeito ou grupo, como as suas motivações, a satisfação com a vida e as atitudes.

No que concerne ao grupo Política e Economia (5) englobam-se determinantes políticos e económicos que influenciam a vida cívica do indivíduo ou grupo, à escala internacional, nacional, regional e individual como, por exemplo, possuir um meio de transporte ou ter um seguro de saúde.

Por último, o grupo mais modificável, Configurações Institucionais e Domiciliares (6) engloba determinantes que influenciam a organização física e humana das instituições ou das próprias casas com o qual o indivíduo ou grupo interage como, por exemplo, o acesso a jardins, políticas institucionais e possuir TV no quarto.

Com a ajuda destes dois modelos torna-se mais exequível a compreensão dos determinantes do CS que afetam não só a população idosa como também as gerações mais novas. Realizar uma análise mais pormenorizada de cada população e, tendo em conta as suas características, conhecendo os determinantes do CS, dá-nos informações importantíssimas para uma melhor intervenção de combate ao sedentarismo. De seguida, apresentamos as investigações selecionadas sobre os determinantes do CS na população idosa, divididas pela sua tipologia.

II. Parte - Evidências empíricas

Com o intuito de criar um corpo de evidências mais significativas sobre a temática em estudo, começaram a surgir estudos qualitativos e, posteriormente, as investigações tiveram outra direção tentando verificar a relação destes mesmos determinantes com o CS na população idosa. Vejamos os seguintes estudos.

Estudos qualitativos

Dos treze artigos selecionados, quatro foram qualitativos e realizados entre o ano 2014 e 2019. Devido à complexidade das investigações qualitativas, cujo objetivo é compreender, ao pormenor, a temática em estudo (Giddens, 1996), o número de participantes é reduzido, variando, nestes trabalhos, entre os 9 e os 26 indivíduos, com idades compreendidas entre os 68 e os 79 anos.

Chastin et al., (2014a) afirmam ter sido os primeiros a realizar uma investigação sobre determinantes do CS em idosos. Para isso basearam-se em entrevistas estruturadas efetuadas a um grupo de 9 mulheres residentes na comunidade, com mais de 65 anos de idade, com o intuito de saber quais os determinantes, motivações, barreiras e estratégias de forma a reduzir o tempo que passam sentadas. Assim, concluíram que, a maior parte das participantes, passava as manhãs nas lides domésticas, em atividades do dia a dia ou a caminhar e a tarde servia para descansar. Estas mulheres reiteraram, ainda, que por vezes intercalavam momentos de descanso, como ver TV ou atividades mais exigentes cognitivamente (p.e., palavras cruzadas) e de realização de tarefas, gerindo os níveis de energia ao longo do dia.

Nesta sequência, as idosas identificaram como as principais razões para o seu CS, nomeadamente, a dor (que ao mesmo tempo também era um incentivo para se levantarem), a falta de instalações e estímulos ambientais (poucos locais para descanso, fora de casa, que as limitava fortemente, pelo receio de ficarem cansadas e não terem onde se sentarem, considerando, também, que as ofertas para os idosos em lares e centros de dia incentivam a inatividade física, aquando a participação das várias atividades), a pressão social (para se manterem sentadas e evitar quedas), pelo relaxamento (sensação de bem-estar ao estar sentado) e por razões de saúde mental (para além do medo de cair e a falta de confiança, a depressão também levava ao CS contudo, também era um incentivo para se levantar).

Tendo por base os determinantes supramencionados, as idosas sugeriram, como estratégias para diminuir os períodos em CS a realização de atividades comunitárias mais ativas como dança e jardinagem; terem locais de descanso, exteriores, onde vivem para poderem ser mais ativas; cuidar de outras pessoas (voluntariado), sentindo-se úteis; aumentar a motivação pessoal, com a ajuda de um círculo social ou familiar para

modificar comportamentos; e, pensar em atividades simples e curtas que as façam levantar quando estão dentro de casa (p.e., fazer chá).

A fim de produzir estratégias direcionadas para a população idosa reduzir os longos períodos que passa sentada, Tam-Seto et al., (2016), baseados no modelo ecológico do CS, entrevistaram 26 idosos residentes em lares, com idade média de 74 anos, identificando os fatores que desencorajavam ou promoviam o CS, em cada domínio. Assim, os autores identificaram que os determinantes que promoviam o CS, no contexto de lazer eram a saúde física, as atitudes de envelhecimento, os custos financeiros, a falta de motivação, o prazer, a falta de companheirismo e de estimulação mental, o acesso a programas e a consciencialização sobre estes. Contudo, a maior parte destes fatores também foram considerados como desencorajadores dos longos períodos sentados. A nível do transporte, a acessibilidade e o clima foram considerados como potenciadores do CS e a motivação como um desencorajador. Ainda no domínio doméstico, o prazer pela jardinagem retirava os idosos do sofá e em termos de ocupação, o prazer e a motivação em fazerem voluntariado fazia com que os idosos não estivessem tanto tempo sentados e se sentissem úteis.

Também Mcewan, Tam-Seto e Dogra (2017) quiseram compreender as perceções que um conjunto de 26 idosos tinha sobre o CS, os prós e contras e as barreiras associadas à redução do tempo sentado. Os participantes relataram estarem sentados, em média, 5.6 horas e participar em AF cerca de 172 minutos por dia. Relativamente à sua perceção sobre CS, os idosos deram diferentes definições para o caracterizar, no entanto, foi possível verificar que no geral, as mesmas não estavam de acordo com o que é realmente o CS, referindo, como única razão, para o CS, a saúde física.

Em relação aos seus benefícios identificaram: o companheirismo; a oportunidade de conhecerem novas pessoas; a realização de atividades estimulantes e benefícios a nível físico, uma vez que, embora no centro de dia se mantenham, grande parte do tempo, sentados, estão acompanhados por outras pessoas, com quem falam e convivem, por outro lado, o facto de se dirigirem para a Instituição, fá-los levantarem-se, fazerem a sua higiene, e movimentarem-se até lá, ou seja, realizar movimentos que deixam para trás o sedentarismo e o isolamento social. Os participantes identificaram ainda as barreiras para a redução do CS, divididas em fatores pessoais e ambientais. Dentro dos determinantes pessoais encontramos as limitações físicas, associadas ao clima (p.e., dores articulares com o frio) e a motivação e, nos fatores ambientais foram identificadas as diferenças culturais.

O último estudo qualitativo teve como objetivo identificar e compreender os fatores psicossociais que determinavam os diferentes CS num conjunto de 20 idosos (Ramalho et al., 2019). Através de entrevistas, os autores identificaram os determinantes psicossociais do CS dos idosos, sendo eles: os hábitos sedentários ao longo dos anos; os comportamentos compensatórios, uma vez que os idosos referiram que dar suporte familiar e participar em atividades sociais, por exemplo, eram suficientes para compensar os efeitos negativos do CS; a representação positiva dos CS, ou seja, o bem-

estar que sentiam ao estarem sentados, que os faziam permanecer no mesmo local por longas durações a ver TV, a ler, a escrever ou a ouvir música; e, por fim o suporte social, pois as famílias insistiam para que eles estivessem sentados, tentando evitar quedas devido às suas limitações físicas, contudo, era também a família que os incentivava à prática de AF ou outras atividades que reduzissem o CS.

Estudos transversais

Nesta revisão foram incluídas oito investigações com um desenho transversal. Este tipo de estudos tem por objetivo representar de forma clara os resultados e as suas características, retirando conclusões sobre as diferenças existentes, por exemplo, entre pessoas ou fenómenos, num determinado momento (University of Southern California, 2019). Inseridos neste subcapítulo, tivemos ainda estudos com *design* de coorte e exploratório.

O trabalho de Van der Berg et al., (2014) teve como objetivo examinar as associações que os determinantes da meia-idade tinham, posteriormente, com o sedentarismo na velhice. Cerca de 31 anos antes (meia-idade) da avaliação com um acelerómetro (que avaliou o tempo sentado), 565 indivíduos, com idades entre os 73 e os 92 anos de idade, foram avaliados através de questionários, exames físicos e laboratoriais, recolhendo dados sobre fatores demográficos, socioeconómicos, de estilo de vida e biomédicos (determinantes). Após a recolha e tratamento dos dados, os autores concluíram que tanto homens como mulheres passaram mais de 10 horas por dia sentados, sendo os homens os mais sedentários, contudo também possuíam mais minutos em atividade física moderada a vigorosa (AFMV). No que diz respeito aos determinantes da meia-idade, ser solteiro, ter habilitações literárias mais baixas (ensino primário e secundário), viver num apartamento, apresentar obesidade e DCV foram associados a maiores períodos em CS, por dia, na velhice.

Em 2015, Bellettiere et al., procuraram descrever os padrões sedentários de 307 idosos aposentados residentes em cuidados continuados, com idade média de 84 anos, verificando as diferenças de género e idade destes mesmos padrões. Com a utilização de um acelerómetro foi possível contabilizar a duração dos tempos sentado e quantas vezes, o mesmo, era interrompido. Assim, concluíram que períodos de 20, 30 e 40 minutos sentados variavam com a idade, sendo os idosos acima dos 90 anos os que contabilizavam maior frequência de tempos em CS. Também era durante a manhã que as sessões de CS eram interrompidas mais vezes, comparado com o período da tarde. Os homens acumulavam mais minutos em CS que as mulheres, independentemente da idade, função física, cognitiva, sintomas depressivos e tempo de uso do acelerómetro. Resumidamente, as mulheres acumulam menos tempo sedentário em intervalos de tempo mais longos (10 minutos, 20 minutos) porque fazem com mais frequência interrupções do CS. Com estas conclusões podem-se criar estratégias de intervenção

para esta população como, por exemplo, fazerem uma tarefa a cada 20 minutos, interrompendo assim longos períodos sentado.

Design de Coorte

Os estudos de coorte têm como principal característica usar membros de uma população com particularidades semelhantes. Vejamos, por exemplo, o estudo de Van Cauwenberg, Holle, De Bourdeaudhuij, Owen e Deforche (2015), onde a amostra de 508 idosos foi subdividido em dois grupos, um dos 65 aos 74 anos e, um outro com idades superiores a 75 anos. Este estudo teve como objetivo examinar os padrões e correlatos sociodemográficos do CS, com a utilização de acelerómetros e questionários. Analisados os resultados, os autores verificaram que os idosos passavam mais tempo sentados durante a noite, percebendo que não existiam diferenças entre os dois grupos, relativamente a esse período. No entanto foi possível verificar que os participantes mais velhos eram os que apresentavam um valor total de CS mais significativo ao longo do dia.

Neste seguimento, os participantes perceberam que passavam cerca de 475 minutos/dia de tempo total em CS, contudo, utilizando o acelerómetro a média aumentou para 580 minutos/dia. No que diz respeito às características sociodemográficas, os autores supramencionados, concluíram que os idosos viúvos permaneciam mais tempo sentados que os casados; que os participantes mais velhos (>75 anos de idade) acumulavam mais 35 minutos/dia em CS que os mais novos (65-74 anos) e que os homens reuniam 32 minutos/dia a mais que as mulheres. Confirmou-se ainda que os participantes mais jovens, homens e com maiores habilitações literárias tendiam a estar mais tempo a conduzir e a usar o computador e os mais habilitados viam menos televisão que idosos com ensino primário ou secundário.

Num outro estudo (Hsueh, Liao, & Chang, 2015) onde se investigaram associações entre tempo sedentário total e domínio específico, com o risco de excesso de peso em 1046 idosos, tendo por bases informações recolhidas através de entrevistas telefónicas, verificou-se que, ver televisão mais de 2 horas diárias estava associado positivamente a sobrepeso em mulheres e que mulheres mais velhas (>75 anos) com um quartil mais alto de tempo sedentário total tinham maior probabilidade de estarem acima do peso. Em homens não foi verificada nenhuma associação.

Com a utilização da mesma amostra, surgiu outra investigação (Chang, Hsueh, & Liao, 2018) com o objetivo de identificar os correlatos pessoais e comportamentais do CS total e do domínio específico em idosos. Assim concluíram que participantes com mais de 75 anos estavam menos tempo em CS total, a utilizar o computador ou em transportes. Neste sentido foi ainda possível concluir que de entre os entrevistados, os homens com idade superior a 75 anos tinham um maior tempo total de CS e de transporte, comparativamente com mulheres da mesma idade. A nível de habilitações literárias, participantes com baixos níveis escolares tinham menos probabilidade de

passarem muito tempo sentados e na utilização do computador, contudo, acabavam por passar mais de 2 horas diárias a ver TV.

Ainda sobre a visualização de TV concluiu-se que esta estava intrinsecamente ligada à idade, ao peso, à situação profissional e à utilização de transportes, uma vez que eram os idosos, com maior idade, com maior taxa de obesidade, desempregados e que não utilizavam os meios de transporte, regularmente, que apresentavam maiores percentagens, a este nível. Neste seguimento, também os participantes residentes fora das áreas metropolitanas, tinham um tempo total de CS inferior, assim como no tempo de visualização de TV e uso de computador (ibidem).

Sartini et al., (2017) quiseram perceber como diferentes temperaturas climáticas afetavam o CS em homens, com idades entre os 71 e os 91 anos de idade, que participaram num estudo de coorte. Com a utilização de um acelerómetro registaram o tempo sedentário diário, em minutos, e associaram com a temperatura máxima diária ao ar livre concluindo, que gastavam mais 26 minutos em CS com temperaturas mais baixas, sendo necessário criar estratégias para a redução deste comportamento especialmente no inverno.

Design Exploratório

Como referimos anteriormente, uma pessoa que cumpra as recomendações da OMS para a prática de AF pode também acumular longos períodos de CS, tendo consequências para a saúde. Uma vez que as intervenções para o aumento da prática de AF não reduzem o CS (Prince et al., 2014a), é necessário compreender o que é preciso para que isto possa acontecer. Assim, neste estudo exploratório (Heseltine et al., 2015), onde o objetivo é obter conhecimento e familiaridade com a temática em estudo (University of Southern California, 2019), a equipa de investigadores explorou as características dos idosos sedentários que participavam num programa de AF com o intuito, de recolher conhecimento sobre pessoas sedentárias que queriam aumentar a atividade. Verificaram que os idosos sedentários que participavam naquele programa de AF tinham como características, níveis de Índice de massa corporal (IMC) anormais (<18,5 ou >25kg/m²), fumadores, comorbidades (duas doenças ou mais), a toma de muita medicação, dificuldades na utilização de transportes públicos, utilização de um auxiliar de marcha, viver sozinho e ter ajuda de alguém para as tarefas domésticas. Estes idosos relataram ainda, dificuldades na realização de atividades, pior qualidade de vida e saúde física e, tiveram um desempenho inferior em testes funcionais (levantar e sentar na cadeira; e, levantar-se, caminhar 2,44 m e voltar a sentar).

Por último, inserido ainda nos estudos transversais temos a investigação de Leask et al., (2015) onde quiseram recolher informações sobre o que fazem, onde, quando e em qual o contexto em que os idosos são sedentários. Trinta e três idosos, com média de idades de 73,25 anos, usaram entre 1 e 7 dias um monitor activPal (que mede atividades como sentar, estar em pé, andar e pedalar) que identificava períodos de CS

e uma câmara que capturava o contexto desses períodos. A equipa verificou que 70,1% do tempo sedentário era em casa, 56,9% deste tempo era passado sozinho e havia mais episódios de sedentarismo no decorrer da tarde. Apuraram ainda que o CS dos participantes era maioritariamente realizado a conduzir, a ler ou a comer, não se verificando longos períodos de visualização de TV, no computador ou noutros dispositivos. Apesar de a maior parte do CS ser em atividades não baseadas em ecrãs, uma pequena percentagem destas atividades inclui tarefas com outras pessoas, contudo são de longa duração. Concluíram por fim, que intervenções para a redução do CS devem ter como foco o ambiente doméstico e o período da tarde, podendo o combate ao isolamento social também ser uma boa estratégia para reduzir estes comportamentos.

Estudo longitudinal

Também o estudo de Arnardottir et al., (2017) quis averiguar que influência a variação de luz de dia durante inverno e verão (na Islândia) tem no CS e na AF, avaliada em 138 idosos, com média de 80 anos de idade. Com a utilização de um acelerómetro (avaliou CS e AF) e informações sobre a temperatura média diária e horas de luz do dia provenientes de dois sites concluiu-se que 75% do tempo de utilização do acelerómetro era passado em CS, estando este associado à idade e que a prática de AF era maior no verão e, conseqüentemente, mais reduzido o CS, em comparação com o inverno.

Conclusão

Estudos indicaram-nos que os idosos eram o segmento da população que mais tempo passava sentado, trazendo-lhes este comportamento inúmeras consequências para a sua saúde. Por essa razão, foi importante identificar e compreender os fatores que determinam o seu CS, a fim de criar estratégias para intervenções de redução do mesmo. Para um conhecimento mais aprofundado sobre os determinantes do CS, surgiram dois modelos, o modelo ecológico do CS e o SOS. O primeiro, adaptado do modelo ecológico da AF, procurou compreender o contexto ambiental e político em que o CS estava inserido e as influências psicológicas e sociais que podiam nele interferir e; o segundo, usando uma metodologia formal e multidisciplinar, identificou os determinantes do CS, nas várias faixas etárias, agrupando-os em seis grupos: Saúde Física e Bem-Estar, Contexto Social e Cultural, Ambiente Construído e Natural, Psicologia e Comportamento, Política e Economia, e, Configurações Institucionais e Domiciliares.

A partir destes modelos teóricos outros estudos foram surgindo, procurando aumentar o conhecimento na área. A maior parte dos estudos quantitativos analisados utilizaram acelerómetros e monitores de atividade (ActivPAL) para obter, objetivamente, o tempo em CS e o seu padrão, contudo, também ainda se verificaram estudos que utilizaram questionários, completos ou parciais, para recolher informações sobre a duração do tempo sentado. Com a utilização destes instrumentos foi possível verificar que os idosos passavam entre 4 a 10 horas/dia em CS contudo, quando avaliado subjetivamente, havia discrepâncias com o valor real em CS, chegando, por vezes, a uma diferença de mais de o dobro desse tempo percebido (Harvey, Chastin & Skelton, 2013; Van Cauwenberg et al., 2015).

Para além da mensuração do CS, as investigações qualitativas permitiram-nos perceber os determinantes deste comportamento, através de entrevistas a idosos. Assim, e tendo em conta os grupos de determinantes do SOS apresentamos alguns fatores divididos por grupo:

- Saúde Física e Bem-Estar: dores, a gestão da energia ao longo do dia, as limitações funcionais, a saúde mental (depressão) e a sensação de relaxamento;
- Contexto Social e Cultural: a pressão social e familiar para se manterem sentados evitando quedas, as diferenças culturais, as atitudes de envelhecimento (não aceitar as mudanças derivadas do envelhecimento) e a solidão;
- Psicologia e Comportamento: falta de motivação, sentirem-se inúteis, medo de cair, o prazer sentido ao realizarem atividades (sentados) como ler, escrever ou ver um filme; as atitudes de envelhecimento (não aceitar a própria velhice), os hábitos sedentários ao longo dos anos e os comportamentos compensatórios (considerarem que ajudar a família é suficiente para reduzirem os efeitos negativos do CS);

- Ambiente Construído e Natural: o clima, a falta de instalações e estímulos ambientais (locais de descanso pelas cidades, que permita aos idosos irem saindo e descansando no decorrer de um percurso);

- Política e Economia: a falta de publicidade/propaganda de programas para idosos, poucos recursos financeiros que as pessoas idosas têm devido às suas baixas reformas, a acessibilidade a transporte para participarem em AF (p.e., leis relacionadas com a renovação da carta de condução e terem de usar transportes públicos com rotas distantes do objetivo do idoso);

- Por fim, as Configurações Institucionais e Domiciliares: o contexto da residência (p.e. ter sofás confortáveis para ver TV), a prática de AF sentada nos programas para idosos e o acesso a estes programas, onde muitas vezes os indivíduos até querem participar, mas como as instalações são pequenas, essa possibilidade é-lhes negada.

Quando os idosos mencionam o gosto por certas atividades (tricô, costura, jogar às cartas) apesar de serem “atividades prejudiciais” pois estão em CS, os idosos mencionam que ao realizá-las se mantêm estimulados cognitivamente. Para além disso, existem melhorias para a saúde psicossocial dos indivíduos, pois proporcionam momentos de lazer com outras pessoas, trazendo uma melhor satisfação com a vida e menos *stress* psicológico. No entanto, estes determinantes não são só “negativos”, pois os idosos referiram alguns deles como incentivos para se levantarem, por exemplo, as dores, a motivação pessoal, o prazer por atividades como a jardinagem e voluntariado, o conhecer outras pessoas, o combate à depressão e o tédio de estarem sentados.

Depois de conhecidos alguns fatores do CS, passamos às conclusões retiradas da análise dos estudos:

1. Os homens são mais sedentários que as mulheres, contudo apresentam mais AFMV min/dia e as mulheres fazem mais interrupções do CS que os homens;
2. Indivíduos com idade acima dos 75 anos são os que passam mais tempo em CS;
3. Idosos com maiores períodos em CS apresentam níveis de IMC anormais;
4. Sujeitos menos instruídos são mais sedentários e os mais habilitados passam mais tempo ao computador e na condução do que na TV;
5. Idosos residentes fora da zona metropolitana apresentam um menor tempo total de CS, comparado com os residentes citadinos;
6. É durante as manhãs que os idosos estão mais ativos e durante a tarde/noite estão mais tempo em sentados/reclinados;
7. A maior parte do CS tem como contexto o domínio doméstico e quando os indivíduos estão sozinhos, verificando-se que as pessoas com maior tempo em CS são os solteiros e viúvos;
8. Por fim, as baixas temperaturas e menos horas de luz diária também afetam o CS e a prática de AF.

Em forma de conclusão pudemos dizer que criar estratégias para redução do CS e promoção da AF não pode ser uma tarefa generalizada. É importante ter em conta a especificidade de cada indivíduo, pois como vimos, o nosso comportamento tem

diversos fatores e cada um de nós tem formas diferentes de reagir, e só assim poderemos proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, tendo em conta todos os determinantes que estão à sua volta.

Capítulo 3. Estudos realizados

Determinantes do comportamento sedentário na população idosa: estudo qualitativo

Resumo

O processo de envelhecimento resulta num declínio geral das capacidades do indivíduo. Associado ao CS, que traz inúmeras consequências para a saúde, perceber e criar estratégias que modifiquem este comportamento, torna-se urgente para promover uma melhor qualidade de vida. Assim, o objetivo do nosso estudo foi identificar e compreender quais os determinantes do comportamento sedentário na população idosa. Participaram no estudo 12 idosos, com idades entre os 71 e os 86 anos (M = 78,92 anos; DP = 6,52), que responderam a uma entrevista semiestruturada. Os dados recolhidos foram analisados tendo como base uma perspetiva interpretativa, assumindo uma ontologia relativista e uma epistemologia subjetivista. Os resultados revelaram determinantes que foram reunidos em seis grupos: Saúde e Bem-Estar, Contexto Social e Cultural, Comportamento e Psicologia, Ambiente Construído e Natural, Configurações institucionais/domiciliares e, Política e Economia. Os determinantes mais mencionados pelos participantes para se manterem em CS foram as limitações físicas, as atividades organizadas em grupo (sentados), a solidão, a falta de motivação e de instalações para saírem de casa, as políticas institucionais, o conforto do quarto e, por último, as autoridades locais que não realizam atividades, por vezes, por falta de recursos financeiros. Desta forma, percebemos que o CS é determinado por diversos fatores e todos eles estão relacionados entre si, contudo, não podemos generalizar, sendo necessária uma análise individual e contextual específica, para se ajustarem as estratégias ao indivíduo/grupo.

Introdução

O interesse sobre comportamento sedentário tem vindo a aumentar nos últimos anos, visto que vivemos numa sociedade cada vez mais sedentária (Chastin et al., 2016). O conceito de CS é definido como qualquer atividade realizada numa posição reclinada, sentada ou deitada, com um gasto energético ≤ 1.5 METs (equivalentes metabólicos) tal como, ver TV, ler ou realizar palavras cruzadas, por exemplo (Pate et al., 2008; Sedentary Behaviour Research Network, 2012). O sedentarismo é confundido, muitas vezes, com inatividade física. Ao contrário das atividades sedentárias, em que o seu equivalente metabólico é muito baixo, a inatividade física caracteriza-se pelo não cumprimento das recomendações para a prática de atividade física (Anexo A) (Lee et al., 2012; Sedentary Behaviour Research Network, 2012).

Também as investigações epidemiológicas indicam-nos que as consequências para a saúde dos indivíduos que passam demasiado tempo sentado são independentes da inatividade física (Hamilton et al., 2008; Owen et al., 2011; Chastin et al., 2014a; Chastin et al., 2017), tornando esta problemática uma questão de saúde pública (Hallal et al., 2012).

Os idosos passam entre 5,3 a 9,4 horas diárias (Harvey et al., 2015) em CS, trazendo-lhes consequências a nível biopsicossocial, nomeadamente, maior risco de DCV (Lenz et al., 2014), isolamento social (DeRezende et al., 2014; Leask et al., 2015), saúde mental (Lauder et al., 2006), morte prematura (Thorp et al., 2011) e uma menor qualidade de vida (Laforge et al., 1999). Contudo, diminuir estes riscos leva a uma mudança na redução do tempo sentado ou no aumento da prática de atividade física, no entanto, os dados dizem-nos que os programas de promoção de AF são ineficazes na diminuição do tempo em CS (Prince et al., 2014a; Martin et al., 2015), tendo que juntar as duas estratégias para melhores benefícios na saúde dos indivíduos.

Com o intuito de criar abordagens abrangentes de mudança de comportamento, o interesse nos modelos ecológicos tem aumentado, nas últimas duas décadas. O objetivo é compreender o comportamento de saúde da população, inserido num contexto ambiental e político, combinado com influências sociais e psicológicas (Sallis, Owen, & Fisher, 2008). Assim, o modelo ecológico surge como uma ferramenta importante para apresentar, agrupar e explicar os determinantes do comportamento sedentário (Owen et al., 2011). O conceito destes modelos diz-nos que para um determinado comportamento existem vários níveis de influências, sendo eles: fatores intrapessoais (biológicos e psicológicos), sociais, organizacionais/comunidade, ambientais e políticos (Sallis et al., 2008). São vários os contextos que levam os indivíduos a permanecer sentados como, por exemplo, no trabalho, no transporte, em casa e em diferentes atividades como ver televisão, utilizar o computador ou até mesmo pelas configurações ambientais, isto é, os escritórios, utilização de carro e ter sofás cómodos.

Tal como referido anteriormente, no estudo de Owen et al., (2011) foram detetadas algumas lacunas, tais como, a limitação transdisciplinar, a não captação das interações entre determinantes mais distais ou proximais e a centralização do individuo, focando-se nas suas características. Neste sentido, para colmatar estas falhas, surgiu o SOS (Chastin et al., 2016) com o intuito de compreender os determinantes do CS ao longo da vida. O sistema foi desenvolvido através de um consenso internacional onde foram identificados 190 fatores distribuídos por 6 grupos de determinantes: Saúde Física e Bem-Estar; Contexto Social e Cultural; Ambiente Construído e Natural; Psicologia e Comportamento; Política e Economia; e, Configurações Institucionais e Domiciliares. As intervenções para a redução direta dos CS são essenciais (Owen et al., 2011), no entanto, é necessário identificar os determinantes que são modificáveis, de modo a reduzir as longas durações que passam sentados ou deitados. Neste seguimento, é importante referir que o grupo de determinantes Configurações Institucionais e Domiciliares é, de acordo com Chastin et al., (2016), o mais modificável, visto que este

apresenta fatores mais propensos à mudança do CS nos indivíduos, em comparação com outros grupos de determinantes.

As investigações qualitativas realizadas, dizem-nos que o CS dos idosos é determinado pela dor; por limitações funcionais; pela falta de energia, principalmente, no período da tarde (Chastin et al., 2014a; Greenwood-Hickman, Renz, & Rosenberg, 2016; Palmer et al., 2018); pela pressão social, para se manterem sentados, evitando quedas; e, pela autoeficácia, a convicção do indivíduo ser capaz de realizar determinada tarefa (Chastin et al., 2014a). Também os estereótipos relativos à idade e a reforma são determinantes que levam a maiores períodos sentados (Chastin et al., 2014a; Brug, & Chinapaw, 2015), o que faz com que o envelhecimento bem-sucedido, por parte destes indivíduos, tenha menor probabilidade de acontecer (Dogra, & Stathokostas, 2012). Os idosos consideram também que a falta de instalações para a realização de AF (Chastin et al., 2014a; Palmer et al., 2018), a dificuldade de andar a pé no seu bairro, as configurações da sua casa (Greenwood-Hickman et al., 2016), a falta de transporte e recursos financeiros e, as condições climatéricas (Mcewan et al., 2017) são outros fatores que levam ao CS. Contudo, também referem que apesar de estarem sentados, existem atividades como, por exemplo, jogar às cartas e estar a conviver com outras pessoas, que lhes fazem estar ativos mentalmente e socialmente, trazendo-lhes benefícios à sua saúde mental (Leask et al., 2015). No entanto, as diferenças étnicas e culturais entre as pessoas podem tornar-se numa barreira para a participação do idoso na comunidade (Mcewan et al., 2017).

Apesar das investigações apresentadas anteriormente, as evidências sobre os determinantes do CS ainda são limitadas (Brug & Chinapaw, 2015), sendo necessário construir um corpo de certezas mais significativas (Owen et al., 2011), através da investigação qualitativa (Chastin et al., 2015). Assim sendo, este estudo torna-se pertinente pois a população cada vez mais é sedentária (Chastin et al., 2016) e, é necessário compreender os determinantes deste comportamento com o intuito de se criarem diretrizes e intervenções para o reduzir (Ford & Caspersen, 2012; Prince et al., 2014a; Martin et al., 2015). Posto isto, o objetivo do nosso estudo foi identificar e compreender quais os determinantes do comportamento sedentário na população idosa.

Método

Este estudo foi realizado tendo como base uma perspetiva interpretativa, onde se pretende compreender os significados que os sujeitos dão aos acontecimentos e comportamentos que manifestam, através da interação destes com os investigadores (Giddens, 1996). Assim, assumiu-se uma ontologia relativista e uma epistemologia subjetivista, isto é, os pontos de vista não têm uma verdade absoluta e são baseados na perceção que o investigador tem e nos conhecimentos que adquiriu.

Participantes

Para a realização deste estudo, foi solicitado a duas instituições a autorização para entrevistar alguns utentes integrados nas mesmas. Posteriormente, foram também contactados, pessoalmente, idosos que viviam nas suas casas, tendo sido todos selecionados de forma intencional e por conveniência. Esta é a melhor forma de incluir participantes, de forma a, responderem ao problema de investigação (Marshall, 1996). Desta forma, na sua seleção teve-se em consideração os seguintes critérios de exclusão: doença terminal; não falar a língua portuguesa; e, qualquer tipo de limitação/deficiência física ou intelectual. Como critérios de inclusão admitiu-se: participantes de ambos os géneros; idades entre os 71 e 86 anos de idade; vivendo na sua casa, ou frequentando centro de dia e lar; e, qualquer tipo de escolaridade. Com estes critérios foi-nos possível ter um conjunto de participantes mais fidedigno e heterogéneo, abrangendo desde idosos mais novos a idosos mais velhos, de ambos os géneros, em diferentes situações de onde passam a maior parte do seu dia, com o intuito de reunir mais informações sobre os determinantes do CS que afetam esta população.

Os participantes foram constituídos por 12 idosos (6 feminino e 6 masculino) com idades compreendidas entre os 71 e os 86 anos de idade ($M = 78,92$ anos; $DP = 6,52$). Três dos idosos residiam nas suas habitações, com os seus cônjuges, seis frequentavam o centro de dia e três eram utentes no lar. Os idosos que viviam nas suas casas, pertenciam à freguesia do Alvendre, mais concretamente a uma anexa, estando mais isolados. Os que frequentavam o centro de dia, viviam na aldeia do Alvendre, a cerca de 5 km da cidade da Guarda e os participantes do lar, encontravam-se na aldeia do Azêvo, a 15km da cidade de Pinhel. A nível de escolaridade, nenhum possuía formação académica acima do 4º ano. Para o estudo, foram tidos em conta os aspetos éticos referidos na Declaração de Helsínquia da World Medical Association (2013) nomeadamente o consentimento informado, em que a pessoa aceita livremente participar, sendo informado sobre as finalidades, métodos, ligações institucionais do investigador, benefícios e potenciais riscos do estudo e, é garantida a privacidade e confidencialidade dos dados.

Recolha de dados

Para recolher os dados utilizados neste estudo, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturado que, depois de uma análise e avaliação, por parte de especialistas na área, foi aprovado consensualmente e, posteriormente, submetido a um estudo piloto com um idoso, não pertencente ao grupo de participantes, revelando-se adequado. O guião da entrevista semiestruturada, continha questões exploratórias indiretas sobre os determinantes do CS, de forma a retirar resposta-chave, isto é, as respostas que davam às questões serviam para formular novas perguntas (Tuckman, 2005; Smith &

Osborn, 2007), permitindo aprofundar a conversa sobre a temática, reunindo o mais detalhadamente as respostas ao nosso estudo. Segundo Smith e Osborn (2007), este tipo de instrumento tem várias vantagens possibilitando uma maior relação entre entrevistado e entrevistador e, conseqüentemente, uma maior flexibilidade na sua condução, a fim de, os dados serem mais ricos. Para além das vantagens, os mesmos autores referem também desvantagens, nomeadamente, o entrevistador perder o controlo do tempo da entrevista e a análise do seu conteúdo ser complexa.

As entrevistas ocorreram nas habitações de cada idoso e, os utentes do lar e centro de dia, foram entrevistados numa das salas da instituição, tendo sido realizado o seu registo através de um gravador de áudio, estando presente o entrevistado e o primeiro autor. A entrevista com cada participante teve uma duração média de 19 minutos e o primeiro autor registou notas para novas perguntas.

Análise de dados

Concluídas as entrevistas, procedeu-se à transcrição do seu conteúdo na íntegra para formato digital e à investigação do mesmo através de uma análise temática indutiva (Braun & Clarke, 2006). Segundo Braun, Clarke e Weate (2016), esta é uma excelente ferramenta para investigadores de desporto e exercício físico pois, permite identificar, analisar e encontrar padrões (temas) nas práticas reportadas das pessoas ou comportamentos relacionados com um determinado problema, com o intuito de descrever e interpretar o seu significado.

A análise temática é constituída por seis fases (Braun et al., 2016; Braun & Clarke, 2006). Após a transcrição dos dados, foi possível identificar características dos dados para gerar os códigos iniciais. Segundo Braun e Clarke (2006), esta fase de familiarização dos dados é fundamental na análise dentro da metodologia qualitativa interpretativa. Relativamente ao nosso estudo, nesta fase, foi possível encontrar padrões semelhantes nas entrevistas dos participantes. Os dados foram analisados de forma indutiva, “de baixo para cima”, isto é, os códigos foram formados através dos dados (Braun, & Clarke, 2012) e, de forma dedutiva, ou seja, com base nas suposições teóricas do investigador, neste caso, o SOS (Chastin et al., 2016), do conhecimento sobre a temática, das suas habilidades e experiência de pesquisa (Braun et al., 2016). Depois de criados os códigos, estes foram reunidos de forma a determinar possíveis temas e gerou-se um “mapa” temático de análise, que inclui os temas e os códigos para cada um deles. Posteriormente, foi necessário refinar as características de cada tema, dando-lhes uma definição e um nome claro e, a história contada pela análise. Tendo concluídas estas fases passámos à última, onde se fez uma análise de todo o trabalho, encontrando-se exemplos reais para cada tema e elaborou-se o relatório final onde se relacionou a análise realizada com a questão de pesquisa e literatura existente.

Credibilidade dos dados

Foram realizadas reuniões de balanço entre a equipa de investigação. Estas reuniões serviram para analisar criticamente todo o processo de investigação, conferindo credibilidade à análise dos dados (Creswell, & Miller, 2000).

Resultados

Os dados apresentados abaixo resultaram da identificação em diferentes categorias e subcategorias dos determinantes do CS (Tabela 1). As entrevistas foram inicialmente analisadas e, posteriormente, procedeu-se à frequência com que ocorreram para cada categoria e subcategoria. Esta divisão teve em conta o Sistema do Comportamento Sedentário (SOS) (Chastin et al., 2016) onde também nele, os determinantes do CS foram divididos em diferentes categorias/grupos.

Tabela 1 - Sistema de categorias e subcategorias dos determinantes do CS dos idosos

<i>Categoria e definição</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>Citações</i>
<i>1. Saúde e Bem-Estar (f=65): determinantes relacionados com a saúde e bem-estar do indivíduo.</i>	1.1 Nível de energia (f=7)	<i>“Tem de se descansar à tarde”.</i>
	1.2 Capacidade física/funcional (f=45)	<i>“Não posso andar por causa das dores”.</i>
	1.3 Sensação de bem-estar (f=5)	<i>“...estou lá estendidinha”.</i>
	1.4 Sono (f=8)	<i>“Acordo cedo, mas fico na cama”.</i>
<i>2. Contexto Social e Cultural (f=57): determinantes referentes ao ambiente social em que o sujeito vive e à cultura em que foi educado e com a qual interage.</i>	2.1 Atividades organizadas pelo grupo/comunidade (f=24)	<i>“falar e jogar, vem um, vem outro e a gente entretém-se”.</i>
	2.2 Solidão (f=18)	<i>“Nem vizinhos há”.</i>
	2.3 Compromissos com a família (f=3)	<i>“... levantava-me a dar de comer à mãe”.</i>
	2.4 Comportamento dos pares (f=6)	<i>“Para a rua não queremos ir”.</i>
	2.5 Dependência de terceiros (f=6)	<i>“Se fosse alguém comigo ali fora...”.</i>
<i>3. Comportamento e Psicologia (f=45): referente aos traços comportamentais e psicológicos do indivíduo.</i>	3.1 Autoeficácia (f=8)	<i>“A gente quanto menos anda, menos pode andar”.</i>
	3.2 Motivação Intrínseca (f=20)	<i>“Não faço nada, não ligo àquilo”.</i>
	3.3 Motivação Extrínseca (f=12)	<i>“era haver aí alguém”.</i>
	3.4 Receios (f=5)	<i>“tenho medo de cair”.</i>

<p><u>4. Ambiente Construído e Natural (f=31):</u> determinantes referentes ao ambiente físico em que o sujeito vive.</p>	<p>4.1 Clima (f=10)</p> <p>4.2 Rede de transporte (f=7)</p> <p>4.3 Instalações e espaços recreativos (f=14)</p>	<p>“Na hora de muito calor”.</p> <p>“Não estou perto da cidade, não saio”.</p> <p>“Havia um tanque... lá estivemos sentados”.</p>
<p><u>5. Configurações institucionais / domiciliares (f=51):</u> determinantes que afetam a organização física e humana das instituições ou das suas casas com o qual o indivíduo interage.</p>	<p>5.1 Política Institucional (f=28)</p> <p>5.2 Organização física dos espaços (f=5)</p> <p>5.3 Conforto do quarto (f=13)</p> <p>5.4 Espaços exteriores (f=5)</p>	<p>“Tomo o pequeno almoço e sentamos”.</p> <p>“Depois estamos ali sentadinhos a jogar”.</p> <p>“volto para a cama ver TV”.</p> <p>“em primeiro tinha um jardim, mas agora já não fazem nada”.</p>
<p><u>6. Política e Economia (f=28):</u> determinantes a nível internacional até pessoal, relacionados com políticas e economia que afetam a vida do sujeito.</p>	<p>6.1 Posse de transporte (f=9)</p> <p>6.2 Recursos financeiros (f=4)</p> <p>6.3 Autoridades Locais (f=15)</p>	<p>“se tivesse carro”.</p> <p>“mas não há dinheiro”.</p> <p>“se aqui houvesse disso...(parque)”.</p>

1. Saúde e Bem-Estar

Os participantes (n=6) identificaram que o seu comportamento sedentário era determinado pelo cansaço, referindo que é após o almoço, durante a tarde, que o mesmo se faz sentir, como podemos verificar nas seguintes afirmações: “*acabo de almoçar e estou cansado...deito-me a ver TV*” (Participante 3) e “*tem de se descansar à tarde*” (Participante 2). Quase todos os participantes (n=11) referiram que também as suas capacidades físicas/funcionais eram razão para se sentarem, salientando-se, nestes casos, as dores e a falta de força como motivo para permanecer sentado, “*como começo a ter dores, vou-me sentar*” (Participante 11), “*já não tenho força*” (Participante 8). Neste seguimento, a sensação de bem-estar é relatada pelos idosos (n=3) como um determinante do seu CS, “*eu para estar bem é deitada*” (Participante 10), “*deito-me e estou lá estendidinha, assim estou lá bem*” (Participante 1), “*a gente assim convive e esquece-se dos stresses*” (Participante 6), uma vez que ao estarem sentados ou deitados, as dores e a sensação de fadiga diminuem, traduzindo-se numa sensação de bem-estar. Os participantes (n=7) mencionaram ainda que questões relacionadas com o sono também eram uma razão para ficarem deitados, “*acordo mais de quantas vezes à noite*” (Participante 12). Para além destes resultados, foi possível verificar que todos os

idosos compreendem que o CS é nocivo para a sua saúde, *“faz mal... porque o corpo não faz movimentos”* (Participante 6) no entanto, existem diversos determinantes que os levam a passarem longos momentos sentados.

2. Contexto Social e Cultural

Sete dos participantes consideraram que as atividades organizadas pelo grupo/comunidade, levam-nos a sentarem-se, sendo, desta forma, estas um determinante do CS: *“jogo às cartas, olha ainda agora viemos de jogar”* (Participante 6) ou *“a olhar para a TV e a rezar”* (Participante 10). Por outro lado, também a solidão afeta os idosos (n=9) e, conseqüentemente, os seus comportamentos, *“passo o tempo sozinha”* (Participante 7), *“gostava de andar acompanhada”* (Participante 10). Neste sentido os compromissos com a família são um fator de motivação e, conseqüentemente, de diminuição do tempo sentado, no entanto, quando se verifica a perda dos familiares, por morte ou separação, passa a ser considerado pelos idosos (n=2), um determinante para adquirir CS: *“em primeiro, ainda me levantava logo a dar de comer à minha mãe, agora assim, só sou eu, levanto-me às horas que quero”* (Participante 7). Os participantes (n=5) consideraram que o comportamento dos pares também influencia o seu, *“não posso ir andar outra vez, andar acima e abaixo, depois dizem que sou doidinha”* (Participante 9). Ainda nesta categoria, os idosos (n=6) identificaram a dependência de outros e a incapacidade de realizar atividades de forma autónoma como determinante para o CS: *“se cá viesse alguém buscar-nos”* (Participante 2) ou *“se me ajudarem, ainda vou indo lá fora”* (Participante 12).

3. Comportamento e Psicologia

A este nível podemos verificar que também os pensamentos, as motivações e os receios dos participantes condicionavam, de alguma forma, os seus comportamentos. Neste sentido, quatro dos participantes referiram que a falta de autoeficácia para andar condicionava o CS, por exemplo, *“andar não porque nos podemos ferir, e assim sendo, mais vale estar sentado”* (Participante 12). Neste seguimento, as motivações intrínsecas foram referidas pelos participantes (n=8) como uma das razões para estarem sentados: *“não gosto muito de passear”* (Participante 4), assim como, as motivações extrínsecas, vindo por parte de outras pessoas, levando seis participantes a referirem que é um determinante para estarem em CS: *“Era haver por aí alguém com quem a gente conversasse um bocado, de um lado para o outro”* (Participante 2). Também os receios que os participantes (n=2) têm fazem com que permaneçam longos períodos sentados, evitando ao máximo levantarem-se: *“tenho medo de cair”* (Participante 11).

4. Ambiente Construído e Natural

O clima foi referido pelos participantes (n=7) como um dos determinantes para ficarem sentados, *“durante a tarde não vou dar uma volta porque me posso queimar”* (Participante 9), *“ou está frio, ou está calor”* (Participante 3). Para além do clima, também a falta de acessibilidade a locais públicos é salientada pelos participantes, que consideram que *“não estou perto da cidade, não saio”* (Participante 3). A falta de redes de transporte é uma realidade para os idosos (n=4) que se vêm cada vez mais isolados, e sem possibilidades de se dirigirem para os centros urbanos, onde a oferta e diversidade de locais para passear e realizar atividades como caminhadas é maior, *“nem carreira, nem táxis aqui vêm”* (Participante 1). Associado a estes dois fatores do CS, a falta de instalações e espaços recreativos também é considerado pelos participantes (n=9) uma das razões para não saírem de casa e evitarem longos intervalos de tempo sentado, *“se o Alvalade tivesse aí um parque, como o Parque Urbano do Rio Diz, se aqui houvesse disso maravilha, já ia dando umas voltas”* (Participante 5).

5. Configurações institucionais/domiciliares

Nesta categoria, dez dos idosos identificaram as políticas institucionais como uma das razões para passarem tanto tempo sentados: *“Acordo e depois fico na cama até que a carrinha me leve”* (Participante 12), *“vinha para aqui o professor e dava umas lições de ginástica, e ainda a gente se entretia um bocadinho, mas depois ele deixou de vir e acabou tudo”* (Participante 5) ou *“mais atividade no centro de dia já era bom”* (Participante 8). Também a Organização física dos espaços foi referida pelos idosos (n=3) como um determinante do CS, *“assim a gente vem para aqui, vê um bocadinho de televisão, na sala e pouco mais”* (Participante 5). O Conforto do quarto, como ter TV no mesmo, por exemplo, foi identificado pelos participantes (n=8) como mais uma das razões para passarem longos períodos sentados/deitados, *“venho vou para a caminha a ver televisão, às vezes ainda antes de almoço...depois vimos almoçar aqui e vou ver televisão outro bocadinho em casa, ora vejo, ora durmo”* (Participante 8). Ainda nesta categoria, os Espaços Exteriores também foram um dos determinantes apontados pelos idosos (n=4) onde a sua não utilização, *“lá fora não vai fazer nada”* (Participante 12), ou a falta de manutenção, *“olhe agora há três anos que não... andei dez anos, eu sozinho, a cavar e a cultivar tudo o que pertencia ao centro de dia...agora já não se pode porque não tenho força”* (Participante 8), faz com que passem mais tempo sentados.

Também os locais onde cada participante passa a maior parte do seu dia (casa, centro de dia e lar) condiciona, de alguma forma, os seus comportamentos, principalmente, o sedentário. Com a análise dos dados percebemos que os utentes do centro de dia, embora se relacionem e tenham um maior nível de socialização, passam largos períodos sentados, *“aqui passamos o dia em sociedade... fazer renda, a falar e a jogar, vem um, vem outro e a gente entretém-se...”* (Participante 9). Neste sentido, verificámos que o CS ao nível de lar é ainda mais preocupante, uma vez que neste caso, os utentes permanecem a maior parte do seu dia sentados, *“basicamente é todo o dia...”*

ficamos sentados a olhar para a televisão e a rezar o terço” (Participante 10), sem comunicarem e interagirem tanto uns com os outros, *“nem falo muito com os outros, só com as vizinhas que estão ao lado”* (Participante 11). Ao contrário destes, que socializam e se mantêm em contacto com outras pessoas, adotando CS durante as atividades, os participantes que ainda vivem nas suas casas encontram-se mais isolados e sozinhos, *“não tenho aqui mais nada, nem tenho mais ninguém para sair para ao pé delas”* (Participante 1), contudo o tempo que passam sentados é menor visto passarem a manhã e o fim da tarde a tratar das suas casas, hortas e animais, *“tratar um bocadito de renovo, de manhã e á tarde, tratar dos animais, do cão e da burra que também têm de ser tratados”* (Participante 2), permanecendo em CS, apenas na hora de maior calor, aproveitando este tempo para descansar e repor as energias gastas durante a manhã.

6. Política e Economia

Os idosos (n=8) identificaram a posse de transporte como um dos determinantes do CS, essencial para sair e realizar atividades diversificadas e que os motivem, *“se tivesse carro”* (Participante 3) ou *“burra”* (Participante 8) *“não tenho, não saio daqui”* (Participante 1). Para além disso, a falta de Recursos financeiros pessoais também foi apontada pelos participantes (n=4) como um dos motivos para não saírem de casa, levando-os a passarem mais tempo sentados, *“não tenho grande dinheiro para passeios”* (Participante 4) assim como, a falta de recursos financeiros das instituições, *“para divertir a gente era preciso dinheiro, o Alvalade não tem, o centro de dia ainda menos”* (Participante 8). Por último, as Autoridades Locais também foram apontadas, pelos idosos (n=8), como uma das razões para o seu CS, visto que estas estão interligadas com as instituições, no entanto não oferecem condições nem estruturas para que os utentes tenham mais qualidade e variedade nas suas práticas, permitindo a interação dos mesmos com o meio ambiente e social onde estão inseridos: *“no Alvalade não se pode fazer nada”* (Participante 8), *“não há aqui nada”* (Participante 1).

Discussão

Na realização deste estudo tivemos como principal objetivo identificar os determinantes do comportamento sedentário na população idosa. Neste sentido com os resultados obtidos, foi possível identificar e agrupar a informação em seis categorias de determinantes: Saúde e Bem-Estar; Contexto Social e Cultural; Comportamento e Psicologia; Ambiente Construído e Natural; Configurações institucionais/domiciliares; e, Política e Economia, todos eles relacionados entre si e que, em conjunto, influenciam o sedentarismo da população. Nesta última fase da análise temática relacionamos os resultados obtidos com a literatura já existente (Braun & Clarke, 2006), com o intuito de compreender se as nossas conclusões estão de acordo com os resultados já obtidos por outros pesquisadores que se preocupam com a temática.

Neste seguimento, é possível preconizar que os resultados deste estudo estão de acordo com os estudos de Owen et al., (2011) e de Chastin et al., (2016) que referem que existem diversos fatores que influenciam o comportamento sedentário a nível individual, social, organizacional, ambiental e político, tal como é possível verificar nas conclusões a seguir apresentadas.

A nível individual, as capacidades físicas/funcionais foram o determinante de Saúde e Bem-Estar mais vezes identificado pelos idosos como aquele que os levava a estarem muito tempo sentados/deitados. Tal como nos estudos de Chastin et al., (2014a,2014b), Greenwood-Hickman et al., (2016) e Palmer et al., (2018) os problemas de saúde física, incluindo a dor e fadiga sentida na posição de pé, as limitações funcionais e a falta de energia, principalmente, durante o período da tarde, são referidos como as principais razões individuais para o CS. Também Ramalho et al., (2019) referem que o CS dos idosos pode ser determinado através de processos automáticos como o hábito. Neste sentido, descansar no período da tarde é um hábito, por parte de quase todos os idosos, no entanto, não está claro se a razão para descansarem neste período é resultado de fadiga fisiológica ou, de certa forma, um modo de gerir o gasto de energia ao longo do dia (Chastin et al., 2014a). Tal como no estudo de Ramalho et al., (2019), também os idosos que participaram neste estudo têm consciência que longos intervalos sentados lhes trazem malefícios para a sua saúde, porém, estes fatores responsáveis pelo CS dos idosos, são também o motivo para interromperem a atividade sentada (Chastin et al., 2014a). A rigidez, o desconforto e a dor sentida quando estão muito tempo em repouso passam a ser também impulsionadores de posições em pé, com o intuito de aliviar estes sintomas, provocando uma sensação de bem-estar (Palmer et al., 2018).

Relativamente ao Comportamento e Psicologia, a motivação (intrínseca e extrínseca) e os receios, fazem deste um determinante desencorajador ou, por outro lado, promotor do CS, segundo Tam-Seto e colaboradores (2016). Com os resultados obtidos foi nos possível verificar que as razões identificadas pelos idosos entrevistados eram todas elas promotoras do sedentarismo, por um lado pela solidão, que os fazia

retrair e permanecer em CS por falta de companhia para realizar atividades, por outro lado pelo gostar de estar sentados, a descansar, a ver TV ou a falar e jogar com os amigos. Ramalho et al., (2019) dizem-nos que para além de processos automáticos, o CS dos idosos também é realizado através de processos intencionais, isto é, terem gosto em estar sentados ou deitados. Para além destas razões, também o medo de cair ou de se magoar foi um dos fatores realçados pelos idosos, que por esse motivo preferiam passar os seus dias sentados, ou deitados, tal como nos diz Leung et al., (2017) onde os participantes que apresentavam maior tempo sentado tinham uma menor autoeficácia relacionada à queda, isto é, tinham medo de andar e cair, adotando CS. Por outro lado, também as atividades organizadas pelo grupo/comunidade, apesar de evitarem este sentimento de solidão e mostrando-se benéficas para a saúde mental dos indivíduos, que convivem e se estimulam cognitivamente através de jogos, acabam por condicionar os idosos, levando-os à prática de CS, uma vez que para a maioria destas atividades os idosos se encontram sentados, tal como indica Leask et al., (2015) no seu estudo. Esta ideia é também defendida por Chastin et al., (2014a), dizendo-nos que estas atividades são consideradas pelos idosos, benéficas, positivas e prazerosas, verificando-se uma sensação de bem-estar, no decorrer da prática das mesmas.

A nível social e cultural, a solidão foi um dos fatores mencionados como determinante para o CS, quer por viverem sozinhos quer por não terem mais ninguém da família ou vizinhos por perto, corroborando a ideia de Van Cauwenberg et al., (2014) e Kikuchi et al., (2013) de que este determinante levava ao aumento do tempo de visualização de TV (CS), uma vez que os meios sociais surgem, muitas vezes como uma forma de “combater” o isolamento.

A nível ambiental, também Mcewan et al., (2017) e Tam-Seto et al., (2016) identificaram o clima como uma das razões para os idosos permanecerem em casa, ficando mais propícios ao CS, especialmente aqueles que vivem nas suas residências, uma vez que o calor lhes dificulta a realização de tarefas de lavoura. O facto de muitos idosos não possuírem transporte próprio por razões de saúde ou financeiras, faz deles dependentes de transportes públicos, no entanto, não havendo boas redes eles têm de se deslocar a pé, para os centros de dia ou onde haja atividades para conviverem, contudo se o clima não estiver bom eles ficam em casa.

Os participantes referem ainda que a falta de instalações e espaços recreativos, para se exercitarem e passearem, nas redondezas, é um outro determinante que leva ao sedentarismo, como afirma Sugiyama, Salmon, Dunstan, Bauman e Owen (2007), no seu estudo, concluindo que o ambiente construído dos bairros/arredores está relacionado com a adesão da AF ou de CS. Assim, o facto de os participantes do estudo pertencerem ao meio rural, faz com que o ambiente construído nestes locais, não tenha as condições, nestes caso, instalações e espaços recreativos como parques ou jardins, necessários para a prática de AF, que teriam se vivessem na cidade ou tivessem meios de transporte para se dirigirem até lá. Neste seguimento a falta de redes de transporte é apontada como uma outra razão para passarem muito tempo sentados, confirmando a ideia de Tam-Seto et al., (2016). Numa pesquisa recente de Buck et al., (2019), foi

possível verificar que esta categoria, Ambiente Construído e natural, torna-se mais influente na parte final da vida, sendo a disponibilidade de instalações recreativas e o apoio das autoridades municipais em AF, os fatores mais próximos de estarem relacionados com o CS.

A nível organizacional, dentro da categoria das Configurações institucionais/domiciliares, as políticas institucionais foram o determinante mais mencionado pelos idosos. Aqui, para além das regras de funcionamento das instituições, também a pressão dos cuidadores que “obrigam” os utentes a permanecerem sentados de forma a evitar quedas é um forte motivo para adotarem CS. No nosso estudo foi possível verificar que os idosos que frequentavam as instituições tinham a perceção que permaneciam muito tempo em CS nestas, referindo que era quase todo o dia, ao contrário da perceção que os participantes que viviam nas suas casas tinham, acabando por realizarem atividades como a arrumação da casa, e os cuidados do campo e dos animais, concluindo-se assim que as políticas institucionais estão inteiramente relacionadas com o nível de sedentarismo adotado pelos seus utilizadores. Chastin et al., (2016) identificaram esta categoria como a mais modificável, sendo necessário encontrar estratégias institucionais e domiciliares para evitar passarem tanto tempo sentados como, a realização de mais atividades em pé ou a mudança do *layout* da casa. Esta ideia foi mais tarde corroborada por Buck et al., (2019) que defende que as configurações institucionais/domiciliares, associadas a fatores económicos e ambientais são importantes para explicar a complexa interação dos fatores e sugerem que atuar sobre eles irá produzir mudanças no CS.

Por último, a nível político, a posse de transporte pessoal, a falta de recursos financeiros e as autoridades locais foram os determinantes mais apontados pelos idosos que condicionavam o seu CS, confirmando a ideia de Mcewan et al., (2017) e de Tam-Seto et al., (2016). Se por um lado os idosos integram uma instituição com o intuito de socializar e realizar atividades que diminuam os longos intervalos sentados, a realidade é que se vêm inseridos em instituições que, devido a fatores financeiros e à falta de recursos, quer materiais, quer pessoais, não lhes conseguem dar uma resposta positivo às suas intenções. Neste caso, principalmente ao nível de centro de dia, foi referido por muitos dos participantes que gostavam de ter alguém que os motivasse e os levasse a realizar atividades de expressão físico-motora, uma vez que já tinham tido essa experiência, no entanto, a falta de recursos e a não ajuda por parte das autoridades locais, levou a que estas aulas terminassem, dando lugar a mais tempo sentado. Por outro lado, os participantes que ainda residem nas suas casas apontam a falta de transporte como motivo para passarem mais tempo em CS, reiterando que se tivessem possibilidades, gostariam de se dirigir a locais onde pudessem caminhar e contemplar as paisagens ou até mesmo que fossem levados para o centro de dia na carrinha da mesma.

Uma das limitações deste estudo foi a realização de entrevistas individuais ao invés da utilização de grupos focais. Estes são usados quando o conhecimento é limitado e a expansão da literatura é fundamental (Powell, & Single, 1996). Neste caso, visto que as

evidências sobre determinantes do CS são escassas (Brug, & Chinapaw, 2015), é necessário reunir mais informações sobre o tema (Owen et al., 2011), através da investigação qualitativa (Chastin et al., 2015), e os grupos focais são uma excelente forma de captar as experiências, atitudes e opiniões dos indivíduos (Hydén, & Bulow, 2003). Assim, analisar a evolução do pensamento dos indivíduos ao longo do tempo também seria pertinente, não realizando apenas uma única entrevista, mas sim várias, optando assim por um estudo longitudinal. Outra limitação diz respeito ao presente estudo só ter participantes que viviam no meio rural. Seria também importante contemplar idosos residentes no meio urbano, com o intuito de identificar outros determinantes, que estes participantes não relataram, e assim perceber quais os fatores mais relevantes do CS, tendo em conta o local onde residiam, ou seja, a dicotomia campo/cidade. Ainda dentro desta ideia, estudos futuros podem passar pela identificação dos determinantes do CS, tendo em conta o local onde os idosos passam a maior parte do seu dia, casa, centro de dia e lar ou até mesmo, investigar os determinantes do CS na população idosa com diferentes variáveis modeladoras, como o género, a idade e o estatuto socioeconómico.

Em conclusão, os comportamentos sedentários dos idosos têm inúmeros determinantes que os influenciam, sendo eles a nível individual, social, ambiental, organizacional e político. Neste sentido, parece que razões individuais como, as limitações físicas, a dor, a falta de energia, os medos e a motivação, são as mais influentes para os idosos passarem longos períodos sentados. Mesmo tendo a perceção que demasiado tempo em CS traz efeitos nocivos para a saúde, os idosos continuam a adotá-los. A solidão leva-os a não quererem realizar atividades sozinhos, preferindo estar em casa, contudo, quando estão com outros idosos, as atividades realizadas por estes, são executadas sentadas, mas a sensação de bem-estar, a estimulação cognitiva e a interação são consideradas mais benéficas do que estarem simplesmente sentados. Os determinantes ambientais como, o clima, a falta de instalações e espaços recreativos e de redes de transporte também foram identificados como razões para o CS dos idosos, uma vez que não possuem transporte pessoal e vivem fora da cidade, os idosos veem o acesso a outras instalações e espaços limitados, pois também não existem redes de transportes que os levem da sua residência para onde há outras acessibilidades, mais concretamente para os centros urbanos.

No que diz respeito aos fatores organizacionais, as políticas adotadas pelas instituições, a falta de atividades nas mesmas, devido aos escassos recursos financeiros e o conforto dos espaços, faz com que os idosos passem largos momentos sentados. As autoridades locais também têm um papel fulcral para evitarem que os idosos passem tanto tempo sentados, no entanto, a falta de verbas faz com que atividades para a comunidade e ajudas às instituições sejam poucas ou nenhuma. Com isto, podemos verificar que um determinante não tem influência isolada sobre o CS, uma vez que todos eles estão interligados. Posto isto, tal como é importante compreender o que leva os idosos a praticarem AF, conhecer os determinantes do sedentarismo, nesta

população, também se revela uma enorme contribuição, dando ferramentas úteis aos profissionais de saúde para que lhes proporcionem uma melhor qualidade de vida.

Implicações práticas

O sedentarismo é uma problemática a nível mundial, sendo a população idosa a que mais tempo passa sentada. Com este estudo foi possível identificar e compreender melhor os determinantes do comportamento sedentário nesta população, podendo contribuir para a criação de intervenções na redução do tempo sedentário dos idosos (Ford & Caspersen, 2012; Prince et al., 2014a; Martin et al., 2015). Estes resultados são importantes para todos os profissionais geriátricos, sejam eles técnicos de atividade física, fisioterapeutas, médicos ou psicólogos. Está mais que comprovado que o CS traz riscos para a saúde dos indivíduos, e por essa razão torna-se fulcral, nos programas de promoção de AF, arranjar intervenções que reduzam o tempo em que os indivíduos estão sentados e promover a AF de forma a colmatar esta realidade que está a aumentar de dia para dia. Neste seguimento é importante referir, que é nas intervenções diretas do CS que os resultados positivos são mais visíveis (Martin et al., 2015; Prince et al., 2014a). Nestes programas, existem algumas estratégias que contribuem para a mudança do CS, nomeadamente, promover um maior conhecimento sobre sedentarismo e, conseqüentemente, sobre os seus riscos; a nível motivacional, dar feedback's e apoio para mudança do comportamento, incluindo a família nestas modificações; através de técnicas de auto monitoramento das atividades realizadas durante o dia (aplicações de monitoramento e dispositivos eletrónicos, diário de atividades, etc.) (Greenwood-Hickman et al., 2016); e, na mudança do layout da casa e dos locais de trabalho e lazer, optando por mesas altas, por exemplo (Owen et al., 2011). Importa referir, que com o intuito de reduzir o sedentarismo, já foram realizadas intervenções que se mostraram proíficas, tendo obtido resultados significativos. Numa destas intervenções, os participantes relataram melhorias no seu estado de humor e fadiga, menor rigidez muscular e uma maior participação nas atividades do dia-a-dia, estando mais tempo em pé em vez de sentado (Greenwood-Hickman et al., 2016).

Este estudo trouxe-nos conclusões importantes ao nível dos determinantes que condicionam o CS dos idosos, no entanto, estes resultados não nos mostram as associações existentes entre os diversos fatores e o sedentarismo. Assim, é pertinente realizar um novo estudo, quantitativo, com o intuito de tentar chegar a conclusões sobre estas associações.

Preditores multidimensionais do comportamento sedentário da população idosa: estudo transversal

Resumo

Identificados e compreendidos os determinantes do CS, perceber qual a sua influência no tempo que os sujeitos passam sentados é fundamental para nos indicar que fatores devemos tentar modificar para que este comportamento seja reduzido. Assim, o objetivo principal deste estudo foi analisar as associações entre os Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária e o CS dos idosos. Por fim, quisemos analisar se o género moderava as associações propostas no objetivo principal. Participaram no estudo 100 idosos, com idades entre os 65 e os 94 anos ($M = 72,85$ anos; $DP = 8,82$), que responderam ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI) e às perguntas sobre CS do questionário IPAQ. Os resultados partiram da análise estatística descritiva e de correlações bivariadas, revelando associações das subcategorias Fator instrumental, Fator físico, Fator de energia, Saúde física, Fator de interação, Fator de confiança, Fator de sentimentos, Satisfação com a vida e Recursos económicos com o CS. Nas subcategorias Transtornos do sono e Fator de paranoia não se verificou qualquer correlação. Quanto ao objetivo secundário deste estudo, verificámos que no género feminino não houve qualquer associação da subcategoria Transtornos do sono, Fator de paranoia e Fator de sentimentos com o CS e, no género masculino, também nas subcategorias Transtornos do sono e Fator de paranoia e, ainda, no Fator de confiança. Assim concluímos que determinantes estão relacionados com o CS, portanto, criar estratégias para cada uma destas variáveis pode ser um ponto de viragem para uma vida menos sedentária na população idosa.

Introdução

A nível mundial, há a projeção para o aumento no número de indivíduos com mais de 60 anos entre 2000 e 2050, de 11% para 22% (OMS, 2019), trazendo esta questão inúmeros desafios sociais, como os gastos nas pensões e os custos com cuidados de saúde devido a doenças associadas à idade (p.e., DCV, demência, diabetes, etc.) (Harper, 2014). Com o avançar da idade é possível verificar que há uma diminuição de hábitos saudáveis como, realizar a AF recomendada, estar curtos períodos sentado e ter uma dieta equilibrada, aumentando assim o risco de doença e mortalidade (King, Mainous & Geesey, 2007). A manutenção de estilos de vida saudáveis nesta fase para além de uma melhor qualidade de vida, leva a um menor comprometimento motor e cognitivo e reduz os custos com a saúde (Wang, McDonald, Reffitt & Edington, 2005). Encontrar estratégias para contrariar este declínio são fundamentais para proporcionar um envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida (Jones et al., 2018).

A entrada na reforma, onde há uma retirada permanente do trabalho é acompanhada por mudanças na vida dos indivíduos, nomeadamente nas relações sociais, nos recursos financeiros e na sua disponibilidade e flexibilidade de horários, assim como é considerado um ponto crítico na determinação de comportamentos ativos ou sedentários (Barnett, Van Sluijs & Ogilvie, 2012). A prática de AF nos reformados é baixa e os CS têm maior prevalência (Jones et al., 2018). Estes comportamentos devem-se provavelmente à diminuição de AF relacionada com o trabalho e transporte sendo, posteriormente, a AF de lazer insuficiente para compensar, aumentando assim o tempo que passam sentados (Barnett et al., 2012). Por esta razão são necessárias intervenções que estimulem os idosos/reformados a alterarem os seus comportamentos (Lang, Rice, Wallace, Guralnik & Melzer, 2007; Lara et al., 2014).

Antes de qualquer intervenção, com o intuito de aumentar a prática de AF ou reduzir os longos períodos sentados/deitados, é importante identificar os determinantes sociais, ambientais, psicológicos e físicos desses comportamentos. Para tal, a partir do Modelo ecológico da AF, Owen et al. (2011) criou o Modelo ecológico do CS e, posteriormente, surgiu o SOS (Chastin et al., 2016) onde evidenciavam os determinantes do CS, para cada grupo etário.

Como verificámos no estudo anterior, e tal como nos mostram outras investigações qualitativas e revisões de literatura (Chastin et al., 2014a; DeRezende et al., 2014; Lenz et al., 2014; Chastin et al., 2015; Leask et al., 2015; Brug et al., 2015; Chastin et al., 2016; Greenwood-Hickman et al., 2016; Tam-Seto et al., 2016; Mcewan et al., 2017; Ramalho et al., 2019; Palmer et al., 2018; Buck et al., 2019) os idosos apontam inúmeros determinantes para o seu sedentarismo, nomeadamente, questões de saúde (física e mental), a amotivação, o isolamento, poucas ou nenhuma instalações/espços recreativos, a falta de atividades nas instituições e das autoridades locais, a falta de recursos financeiros e de meios de transporte para se dirigirem a parques existentes na cidade, por exemplo. Estes são alguns dos determinantes que levam a população mais idosa a passar um longo tempo sentado ou deitado, em frente à TV ou na realização de atividades cognitivas com outras pessoas.

Para além das investigações qualitativas onde se identificaram os determinantes do CS, as investigações quantitativas são agora necessárias para confirmar a relevância destes mesmos determinantes (Van Dyck, Gordon, De Bourdeaudhuij, 2017). Desta forma, o primeiro objetivo do estudo foi analisar as associações entre os Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária e o CS dos idosos. Posteriormente, o estudo visou analisar se o género moderava as associações propostas no primeiro objetivo.

Método

Participantes

Para a realização deste estudo, tivemos participantes em diferentes contextos habitacionais, isto é, a viver em casa própria, a frequentar o centro de dia e a residir em lar. Somente indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos foram incluídos neste trabalho, sem limitações funcionais (p.e., estar em cadeira de rodas, acamado) e que tivessem respondido acertadamente a pelo menos 6 de 10 questões preliminares (*Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ*), onde avaliávamos o déficit da função cognitiva (Rodrigues, Azaredo, Mendes, Crespo & Silva, 2016), percebendo se o sujeito estava apto para continuar a entrevista. Assim, de forma intencional e por conveniência, respeitando os critérios da idade e do questionário preliminar, obtivemos um conjunto de 100 participantes.

Recolha de dados

Atendendo aos aspetos éticos referidos na Declaração de Helsínquia da *World Medical Association* (2013), todos os participantes foram informados que a sua participação seria de livre escolha e foi dada a garantida de privacidade e confidencialidade dos seus dados. Foram informados ainda quais os objetivos da investigação, os métodos de recolha de dados, as ligações institucionais e os benefícios do estudo.

Havendo o consentimento informado e participação livre por parte dos participantes, o questionário QAFMI era preenchido pelo entrevistador, sob forma de entrevista ao idoso ou preenchido, em impresso, pelo próprio, sendo mais tarde recolhido pelo entrevistador. Relativamente às entrevistas, estas ocorreram nas habitações de cada participante ou numa sala disponibilizada pelo lar/centro de dia, seguindo o guião do questionário e feito o registo das respostas, pelo entrevistador. Estas entrevistas tiveram uma duração média de 55 minutos.

Medidas

Variável dependente: comportamento sedentário

O comportamento sedentário autorreferido foi avaliado com o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ; versão curta – última semana). Para o estudo foram usadas 2 das 9 perguntas do questionário, referentes ao tempo que passou sentado, num dos dias da semana e num dos dias do fim de semana, da última semana. Como variáveis ficámos com o CS Total sem. (horas/dias de semana) (onde se

multiplicou o valor obtido na resposta do questionário por 5 dias úteis) e o CS Total fds (horas/dias fim de semana) (onde o valor foi multiplicado por 2 dias). O CS avaliado pelo IPAQ mostrou boa confiabilidade (intervalo de correlações de 0,28 a 0,93) e validade de critério moderado em comparação com acelerómetros, isto é, que existe uma concordância entre as medidas subjetivas e objetivas do CS, num estudo realizado em 12 países, incluindo Portugal (Craig et al., 2003).

Variáveis independentes: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária

Os recursos sociais, os recursos económicos, a saúde mental, a saúde física e as atividades da vida diária foram variáveis avaliadas com o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI) (Rodrigues, 2008), do *Older Americans Resources and Services* (OARS), desenvolvido pela Duke University, desde 1972. Este questionário é específico para idosos e é reconhecido como um instrumento multidimensional com qualidades na área da saúde (Van Hook, Berkman, & Dunkle, 1996). Ele avalia as áreas determinantes para a saúde e, conseqüentemente, para a capacidade funcional do idoso, isto é, a capacidade que a pessoa tem para desenvolver as atividades importantes para o seu bem-estar, incluindo o domínio biológico, psicológico e social (Rodrigues et al., 2016). Assim sendo, com o questionário avaliámos cinco áreas centrais da qualidade de vida do idoso (Anexo B).

Através da análise de Cronbach, apresentada por Rodrigues (2008), verificámos que os recursos sociais continham três subescalas: Fator de interação, Fator de confiança e Fator de sentimentos. Nesta escala, o valor global obtido foi de 0,64. O Fator de interação (p.e., quantas pessoas conhece, quantas chamadas recebe/faz e quantas vezes esteve com alguém que não costuma estar, na última semana) e o Fator de confiança (p.e., ter alguém em quem confiar e se tem alguém que o ajude) apresentaram valores de 0,63 e 0,80 respetivamente, sendo o valor referente ao Fator de sentimentos (p.e., sente-se sozinho e vê familiares e amigos as vezes que gostaria) o mais baixo dos três (0,32). Os itens 8,9 e 10, correspondentes ao Fator de interação foram pontuados a nível quantitativo, isto é, o número de vezes que faziam alguma das coisas questionadas. Quanto ao Fator de confiança, as questões 11 e 14 foram avaliadas numa escala de três pontos (1.sim; 0.não; 9.não sei/não responde (NS/NR)). Relativamente ao Fator de sentimentos, a questão 12 foi pontuada numa escala de quatro pontos (0.muitas vezes/sempre; 1.algumas vezes; 2.quase nunca/nunca; 9.NS/NR) e a questão 13 numa escala de três pontos (1.sim; 0.não; 9.NS/NR).

Os Recursos económicos, correspondendo à perceção de recursos económicos que os sujeitos tinham, apresentaram um valor de Cronbach de 0,89 e era constituído por 6 itens (p.e., se os recursos seriam suficientes, se teriam o suficiente para o futuro e como consideravam a sua situação em comparação com outras pessoas da mesma idade). As questões 21, 29 e 30 foram avaliadas numa escala de três pontos (1.sim;

0.não; 9.NS/NR), a questão 22 apresentava uma escala de quatro pontos (1.não; 2.sim, mas apenas chegam para os seus gastos; 3.cobrem sem problemas os gastos; 9.NS/NR), a questão 27 também uma escala de quatro pontos (2.melhor; 1.igual; 0.pior; 9.NS/NR) e, por último, a questão 28 avaliada numa escala de quatro pontos (2.muito bem; 1.razoavelmente; 0.com dificuldade; 9.NS/NR).

Para avaliar a Saúde mental foram abarcadas quatro subescalas: Satisfação com a vida, Transtornos do sono, Fator de energia e Fator de paranoia. Nesta escala, o valor global foi de 0,83. Na subescala satisfação com a vida (p.e., o que acha da vida, se existem coisas interessantes e se é feliz) e Transtornos do sono (p.e., se acorda descansado e se o sono é irregular) o valor foi igual, de 0,81, apresentando o Fator energia (p.e., se sente que não serve para nada e se está muitas vezes fraco) e o Fator paranoia (p.e., se há alguma coisa contra si ou sente que ninguém o entende) valores inferiores, 0,65 e 0,51, respetivamente. Quanto à forma como foram avaliadas as questões, na subescala satisfação com a vida, a questão 32 tinha uma escala de quatro pontos (2.interessante; 1.monótona; 0.aborrecida; 9.NS/NR), a questão 33 também era avaliada em quatro pontos (2.boa; 1.regular; 0.má; 9.NS/NR) e a questão 35 possuía uma escala de cinco pontos, sendo eles (3.ótimo, 2.bom, 1.razoável, 0.mau e 9.NS/NR). Ainda nesta subescala surgem as questões 34.2, 34.7, 34.15 pontuadas com uma escala de dois pontos (1.sim; 0.não). Relativamente às subescalas Transtornos do sono (34.1; 34.6), Fator de energia (34.5; 34.9; 34.10; 34.11; 34.13; 34.14) e Fator de paranoia (34.3; 34.4; 34.8) estes eram avaliados como as questões anteriores, isto é, numa escala de dois pontos (1.sim; 0.não).

No que concerne à Saúde física, esta incluiu a auto percepção de saúde física e obteve um valor de 0,85 de Cronbach. As perguntas de como avalia a sua saúde, em geral (53) e o modo como os seus problemas de saúde interferem na sua vida (55) foram avaliados numa escala de cinco pontos (3.muito boa; 2.boa; 1.regular; 0.má; 9.NS/NR) e quatro pontos (2.nada; 1.um pouco; 0.muito; 9.NS/NR), respetivamente.

Por fim, as Atividades da vida diária estavam subdivididas em Fator instrumental e Fator físico. No geral, esta variável apresentou um valor de Cronbach de 0,91 e as subcategorias de 0,89 e 0,82, respetivamente. Relativamente à forma como foram avaliadas as questões do Fator instrumental (56, 57, 58, 59, 60, 61 e 62) e as do Fator físico (63, 64, 65, 66, 67 e 68) estas foram classificadas em quatro escalas (2.sem ajuda; 1.com alguma ajuda; 0.é incapaz; 9.NS/NR).

Variável moderadora: género

A nossa variável moderadora foi o género, recolhido através do QAFMI e avaliado em 2 pontos (0.masculino; 1.feminino).

Análise estatística

Todos os dados foram analisados com recurso ao *software* de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0, para Windows. Para a caracterização da amostra e análise dos valores médios das variáveis independentes recorreremos à estatística descritiva. Posteriormente, correlações bivariadas entre os possíveis preditores e o CS (Total sem. e Total fds) foram examinadas, recorrendo ao teste de Spearman, tendo sido estabelecida uma significância estatística de $p \leq 0.05$.

Resultados

Os resultados obtidos, neste estudo, têm por base o questionário efetuado a 100 idosos, que compunham a nossa amostra, tendo sido, posteriormente, analisado, como já referido anteriormente, recorrendo ao SPSS. Na Tabela 2, apresentamos as estatísticas descritivas das características dos participantes do nosso estudo.

Tabela 2 - Características descritivas dos participantes (n=100)

VARIÁVEL

Variável moderadora	
Género (%)	
Masculino	43
Feminino	57
Idade (média (DP))	72.85 (8.82)
Residência (%)	
Casa própria	76
Centro de dia	14
Lar	10
Habilitações literárias (%)	
Não sabe ler/escrever	7
<i>Sabe ler/escrever sem possuir estudos</i>	1
Ensino primário (1 ^o - 4 ^o ano)	67
Ensino preparatório (5 ^o - 6 ^o ano)	9
Ensino secundário (7 ^o - 9 ^o ano)	7
Ensino médio (10 ^o - 12 ^o ano)	4
Ensino superior	5
Variável Dependente (média (DP))	
CS Total sem.	29.9 (13.47)
CS Total fds	11.42 (5.13)

Atentando à tabela acima apresentada, podemos verificar que 57% dos participantes entrevistados eram do género feminino e 43% do género masculino, com idades entre os 65 e os 94 anos, resultando numa média de idade de 72.85 (DP = 8.82) anos, residentes no Distrito da Guarda. Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), considera-se população idosa a partir dos 65 anos de idade, por isso, neste estudo, possuíamos participantes ainda a trabalhar e reformados. Dos 100 participantes, 76 viviam nas suas casas, 14 frequentavam o centro de dia e 10 estavam

institucionalizados no Lar. Relativamente às habilitações literárias, 7 participantes não sabem ler nem escrever, 1 sabe ler e escrever sem possuir estudos, 67 idosos terminaram os seus estudos no ensino primário (1º - 4º ano), 9 no ensino preparatório (5º - 6º ano), 7 no ensino secundário (7º - 9º ano), 4 no ensino médio (10º - 12º) e, por último, 5 no ensino superior. Quanto ao CS, os resultados dizem-nos que os participantes permaneciam em CS, em média, 29.9 horas/ 5 dias semana e 11.42 horas/ 2 dias fim de semana, o que corresponde a 5.98 horas sentado ou reclinado, num dia de semana e 5.71 horas em CS num dia do fim de semana.

Tendo em conta as respostas dadas, aos questionários, foi possível também verificar os valores médios das questões correspondentes das categorias dos recursos sociais, económicos, à saúde mental, à saúde física e das atividades da vida diária que podem ser consultados, na Tabela 3, assim como a associação de cada pergunta e o CS Total sem. e o CS Total fds.

Tabela 3 - Média e associação de cada questão com o CS (n=100)

	<i>Subcategoria</i>	<i>Questão</i>	<i>Média</i>	<i>CS Total sem.</i>	<i>CS Total fds</i>
Recursos sociais	Fator de interação	8	9,46	.000	.000
		9	8,60	.000	.000
		10	3,40	.000	.000
	Fator de confiança	11	1	-	-
		14	0,96	.009	.008
		12	1,33	.034	.006
Recursos económicos (perceção de recursos económicos)	Fator de sentimentos	13	0,22	.132	.163
		21	0,59	.022	.099
		22	2,22	.005	.000
		27	0,86	.307	.273
		28	0,79	.000	.000
		29	0,72	.000	.000
Saúde mental	Satisfação com a vida	30	0,55	.159	.074
		32	0,92	.088	.052
		33	1,09	.000	.004
		34.2	0,39	.008	.000
		34.7	0,71	.002	.001
		34.15	0,31	.000	.000
		35	1,42	.000	.000

	Transtornos do sono	34.1	0,61	.603	.761
		34.6	0,37	.857	.624
	Fator de energia	34.5	0,26	.004	.010
		34.9	0,22	.034	.083
		34.10	0,63	.000	.000
		34.11	0,61	.000	.000
		34.13	0,31	.000	.000
	34.14	0,28	.082	.060	
	Fator de paranoia	34.3	0,14	.434	.591
		34.4	0,11	.268	.236
		34.8	0,13	.765	.472
Saúde física (autopercepção de saúde física)		53	1,23	.098	.002
		55	0,97	.000	.000
Atividades da vida diária	Fator instrumental	56	1,61	.000	.000
		57	1,76	.000	.000
		58	1,64	.000	.000
		59	1,81	.000	.001
		60	1,77	.000	.000
		61	1,77	.000	.000
		62	1,68	.000	.000
	Fator físico	63	1,97	.971	.922
		64	1,88	.001	.001
		65	1,96	.009	.031
		66	1,93	.000	.000
		67	1,90	.000	.000
		68	1,75	.000	.000

Como pudemos verificar anteriormente, dentro dos Recursos sociais encontramos três subcategorias centradas “na quantidade e adequação da interação social e na disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade” (Rodrigues, 2008, pág.110). As questões referentes ao Fator de interação e ao Fator de confiança mostraram associação com o CS, em ambos os períodos, assim como a questão 12 do Fator de sentimentos.

Relativamente aos Recursos económicos (percepção), constituído por seis questões sobre os rendimentos e a percepção da sua adequação às necessidades de cada um

(Rodrigues, 2008), verificámos que apenas a questão 22, 28 e 29 apresentaram correlação com o CS Total sem. e o CS total fds e ainda, a pergunta 21 com o CS Total sem.

No que diz respeito à Saúde mental, esta possui quatro subcategorias onde avaliam a Satisfação com a vida, os sintomas psiquiátricos, a perceção individual do seu estado mental atual e a comparação desta com há cinco anos atrás (Rodrigues, 2008; Rodrigues, Loureiro, Crespo & Silva, 2014). As subcategorias Transtornos do sono e Fator de paranoia não apresentaram qualquer correlação. Por outro lado, as questões referentes às duas restantes subcategorias apresentaram associação com o CS Total sem. e CS Total fds, à exceção da questão 32 e 34.14 e a questão 34.9 só revelou correlação com o CS Total sem.

A nível da Saúde física, os participantes avaliaram, no geral, o seu estado de saúde como regular (questão 53) mostrando associação com o CS Total fds. Quanto aos problemas de saúde (questão 55), os idosos referiram que interferem um pouco com as suas vidas, verificando-se correlação com os dois períodos de CS.

Por fim, as Atividades da vida diária, onde se avalia a capacidade do indivíduo para a realização de determinadas tarefas (Rodrigues, 2008), encontra-se dividida em duas subcategorias, o Fator instrumental (56-62) e o Fator físico (63-68) e, verificou-se que a maioria dos participantes conseguia realizar estas tarefas sem ajuda ou com algum apoio. Todas as questões desta variável mostraram correlação com o CS Total sem. e CS Total fds, à exceção da questão 63.

Depois de analisados os nossos resultados para o total dos participantes, agora, e tendo em conta um dos nossos objetivos, onde procurámos perceber se há moderação pelo género das associações, anteriormente analisadas, apresentamos na Tabela 4, a associação de cada questão com o CS Total sem. e o CS Total fds, dividido por género.

Tabela 4 - Associações, por género, de cada questão com o CS Total durante a semana e o CS Total durante o fim de semana

		<i>Feminino (n=57)</i>		<i>Masculino (n=43)</i>		
	<i>Subcategoria</i>	<i>Questão</i>	<i>CS Total sem.</i>	<i>CS Total fds</i>	<i>CS Total sem.</i>	<i>CS Total fds</i>
Recursos sociais	Fator de interação	8	.000	.000	.015	.004
		9	.000	.000	.005	.005
		10	.002	.000	.011	.010
	Fator de confiança	11	-	-	-	-
		14	.013	.007	-	-
	Fator de sentimentos	12	.857	.257	.002	.003
		13	.197	.133	.501	.706

Recursos económicos (perceção de recursos económicos)		21	.265	.445	.017	.109		
		22	.055	.010	.039	.018		
		27	.701	.786	.275	.182		
		28	.000	.000	.041	.007		
		29	.000	.003	.001	.002		
		30	.591	.443	.104	.081		
Saúde mental		Satisfação com a vida		32	.242	.234	.249	.121
				33	.014	.115	.009	.010
				34.2	.245	.032	.008	.002
				34.7	.100	.130	.005	.002
				34.15	.005	.000	.001	.001
				35	.010	.006	.001	.000
		Transtornos do sono		34.1	.908	.987	.334	.502
				34.6	.272	.522	.381	.109
		Fator de energia		34.5	.007	.029	.326	.215
				34.9	.319	.566	.047	.048
				34.10	.007	.012	.008	.009
				34.11	.021	.017	.000	.000
				34.13	.000	.000	.070	.047
				34.14	.023	.021	.911	.900
		Fator de paranoia		34.3	.417	.590	.694	.911
				34.4	.584	.408	.282	.465
				34.8	.679	.738	.984	.438
		Saúde física (autoperceção de saúde física)		53	.824	.121	.026	.003
55	.001			.000	.118	.049		
Atividades da vida diária		Fator instrumental		56	.000	.000	.001	.009
				57	.000	.001	.000	.000
				58	.000	.000	.000	.000
				59	.002	.003	.022	.084
				60	.001	.000	.014	.002
				61	.000	.000	.000	.000
				62	.000	.000	.000	.000
		Fator físico		63	.096	.104	.085	.086
				64	.088	.081	.001	.002
				65	.201	.352	.022	.046
				66	.028	.013	.005	.004
				67	.017	.011	.005	.010
				68	.000	.000	.000	.000

Inserida nos recursos sociais, a subcategoria Fator de interação (questão 8, 9 e 10) mostrou correlações com o CS Total sem. e o CS Total fds, para ambos os géneros. Relativamente ao Fator de confiança (questão 14), confirmou-se uma associação com o CS Total sem. e o CS Total fds, no género feminino. O género masculino revelou que ao sentirem-se sós (questão 12) havia uma associação com o CS Total sem. e o CS Total fds. Deste modo, as diferenças observam-se no Fator de confiança, onde o género

feminino apresenta associações com o CS e o masculino não e, no Fator de sentimentos, onde é o género masculino a apresentar associações e o feminino não.

Ao nível dos Recursos económicos, a questão 21 mostrou associação com o CS Total sem., no género masculino, assim como, a questão 22 que apresentou correlações para ambos os períodos e géneros, com exceção no CS Total sem., no género feminino. Ainda nesta variável, a questão 28 e 29 apresentaram associação com o CS Total sem. e o CS Total fds, em ambos os géneros.

No que diz respeito à Saúde mental, na subcategoria Satisfação com a vida, o género masculino revelou correlação em todas as questões com o CS Total sem. e o CS Total fds, à exceção da questão 32. Por outro lado, o género feminino apresentou associação na questão 33 com o CS Total sem., na questão 34.2 com o CS Total fds e na questão 34.15 e 35 em ambos os períodos. Quanto ao Fator de energia, foi possível verificar que existia para ambos os géneros, associação nos dois momentos avaliados do CS, nas questões 34.10 e 34.11. No entanto, se no género feminino foi possível verificar a associação das questões 34.5 e 34.14 com o CS Total sem. e CS Total fds, o mesmo não se verificou no género masculino onde não existiu qualquer associação. Ainda sobre este assunto, a pergunta 34.9 demonstrou estar associada ao CS em ambos os momentos avaliados para o género masculino, não existindo os mesmos resultados para o género feminino e a questão 34.13 mostrou correlação, em ambos os períodos, no feminino e, no masculino apenas com o CS Total fds. Ainda sobre esta variável, a subcategoria Transtornos do sono e Fator de paranoia não apresentaram quaisquer associações para ambos os géneros.

A nível da Saúde física, a questão 53 revelou associação com o CS Total sem. e CS Total fds, apenas no género masculino. Por outro lado, foi no género feminino que os problemas de saúde interferiram mais com a sua vida (questão 55), observando-se associação com o CS Total nos dois períodos. No género masculino, apenas houve associação com o CS Total fds.

Por último, no que diz respeito às Atividades da vida diária podemos verificar que no Fator instrumental, apenas numa das questões (59), não se observa associação com o CS Total fds, no género masculino. A nível da subcategoria Fator físico, a pergunta 63 não apresenta qualquer associação com o CS. Neste sentido, podemos verificar ainda que a questão 64 e 65 revela correlações apenas no género masculino, em ambos os períodos. A tabela mostra-nos que existe associação entre o CS e as questões 66, 67 e 68, em ambos os géneros.

Discussão

Conhecidos os determinantes do CS, na população idosa, surgiu agora a necessidade de confirmar a relevância dos mesmos. Assim sendo, o principal objetivo deste estudo foi analisar as associações entre os recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária e o CS dos idosos. Para isto, o QAFMI foi aplicado a cem idosos, com idades entre os 65 e os 94 anos de idade, de ambos os géneros e verificámos que existem associações de determinados fatores e o CS Total sem. e o CS Total fds. Estes períodos foram avaliados através de autorrelato e percebemos que, em média, não existiam grandes diferenças entre o tempo em CS durante um dia da semana (5.98 horas) e durante um dia de fim de semana (5.71 horas), estando esta duração compreendida no intervalo que vários estudos relataram (4 a 10h/dia em CS) (Harvey et al., 2013; Van Cauwenberg et al., 2015; Blodgett, Theou, Kirkland, Andreou & Rockwood, 2015; Kim & Lee, 2019).

Com os resultados obtidos, verificámos que os Recursos sociais têm associação com o CS dos idosos, seja ele durante os dias da semana ou durante o fim de semana. Apesar de os idosos conhecerem algumas pessoas o suficiente para irem às suas casas e de receberem vários telefonemas durante a semana, eram poucas as vezes que passavam tempo com outros indivíduos para além dos que viviam com eles, sentindo-se por vezes sozinhos. Corroborando com esta ideia, o estudo de Gaskin e Orellana (2018), realizado em seis países diferentes, diz-nos que idosos com maior solidão, apresentavam períodos superiores a 4 horas /dia de CS e, verificaram ainda que, dependendo do país analisado, os idosos que eram visitados por amigos tinham maior probabilidade do seu CS ser superior a 4 horas/dia contudo, quando eram os idosos a visitar outras pessoas de diferentes bairros essa probabilidade diminuía. Também um outro estudo (Schrempft, Jackowska, Hamer & Steptoe, 2019), indica-nos que um maior isolamento social está relacionado a um maior tempo sedentário. Desta forma, provavelmente, se os nossos participantes visitassem outras pessoas, faria com que eles não estivessem tanto tempo em CS, pois já tinham de se preparar para saírem de casa, fazerem a deslocação, quebrando os longos períodos sentados.

Sabemos que as relações sociais que os idosos têm são fundamentais para um bem-estar biopsicossocial e que estas têm duas vertentes, uma que leva o indivíduo a largos intervalos sentado ou deitado (pela pressão familiar, pela realização de atividades com outros sujeitos sentados) e a outra, em que essa rede incentiva a comportamentos promotores de saúde (Ramalho et al., 2019).

Inserido ainda nesta solidão, o facto de os indivíduos serem solteiros ou viúvos faz com que passem mais tempo sentados/deitados (Heseltine et al., 2015; Van Cauwenberg et al., 2015), dentro das suas casas.

Relativamente às diferenças por género, verificámos que o género feminino teve associações na subcategoria Fator de interação e Fator de confiança e o género

masculino, nas subcategorias Fator de interação e Fator de sentimentos. Ou seja, as mulheres apresentaram associação com os dois períodos avaliados do CS na questão sobre se existe alguém que o possa ajudar caso fique doente (fator de interação) e, nos homens, sentir-se só, mostrou correlação com o CS Total sem. e CS Total fds, isto é, percebemos que os homens ao sentirem-se sozinhos (fator de interação) têm maior predisposição a estarem em CS que as mulheres.

A entrada na reforma é acompanhada por mudanças na vida dos indivíduos a nível das suas redes sociais, recursos financeiros e da sua disponibilidade e flexibilidade de horários, sendo um ponto crítico para a sua AF e CS (Barnett et al., 2012). Segundo os autores (Gaskin & Orellana, 2018; Jones et al., 2018), a prática de AF nos reformados é baixa e o CS prevalece no seu dia a dia, isto provavelmente associado à diminuição de AF relacionada com o trabalho e o transporte, sendo depois a AF, realizada em lazer, insuficiente para colmatar os períodos que estão sentados/reclinados (Barnett et al., 2012).

Já verificámos os resultados obtidos referentes às relações sociais agora, passamos aos Recursos económicos onde também tiveram uma grande associação na maior parte das suas questões com o CS Total sem. e o CS Total fds. A maior parte dos nossos participantes eram reformados por idade, com rendimentos baixos, no entanto, os idosos consideraram que são suficientes, apenas para cobrir os seus gastos, sobrando algum dinheiro para pequenos caprichos. Pouco mais de metade dos participantes considerou ter o suficiente caso haja uma situação inesperada. Quanto às associações, por género, ambos tiveram questões com associação ao CS Total sem. e CS Total fds. Como vimos anteriormente, a falta de recursos económicos influencia a participação dos idosos em programas de AF, em deslocações para estes locais, levando os idosos a não participarem, não estando em contacto com outras pessoas e a estarem mais em CS (Tam-Seto et al., 2016; Mcewan et al., 2017).

No que concerne à Saúde mental, percebemos que duas das quatro subcategorias (Transtornos do sono e Fator de paranoia), que compõem este fator, não apresentaram qualquer associação com o CS. No entanto, as restantes subcategorias, Satisfação com a vida e Fator de energia, mostraram associação de quase todas as questões com o CS dos idosos. Com estes resultados conseguimos compreender que o elevado CS dos participantes se deve a um sentimento de monotonia das suas vidas, sem atividades e momentos de interesse. Tal como nos diz Ramalho et al., (2019), os hábitos sedentários ao longo dos anos, isto é, as rotinas criadas e, conseqüente monotonia, é um dos determinantes psicossociais do CS nos idosos. Também as questões motivacionais, a solidão e os poucos recursos financeiros eram determinantes mencionados pelos idosos como promotores do CS (Tam-Seto et al., 2016) e estes determinantes associados, levam a uma maior monotonia das suas vidas, sempre com as mesmas rotinas, realizando as mesmas tarefas, que por sua vez reduzem o interesse e a satisfação com a vida, ficando o idoso mais tempo em casa, em CS. Contudo, os participantes perceberam uma satisfação regular com a vida, sentindo-se a maior parte do tempo felizes, classificando o seu estado emocional e mental razoável. Foi

possível verificar ainda, que ambos os gêneros, tiveram associações das questões destas subcategorias com o CS, contudo, o gênero masculino tinha uma pior satisfação com a vida o que os levava a passarem mais tempo sentados. Em relação ao fator de energia, apesar de os idosos terem referido que conseguiam realizar as suas tarefas do dia a dia, não se sentindo inúteis e que nos últimos anos experienciavam uma sensação de bem estar, na maior parte do tempo, estes mencionaram que se sentiam muitas vezes fracos. Esta falta de energia, como refere Chastin et al., (2014a), é um dos determinantes do CS nos idosos, levando-os a estarem longos momentos sentados, a fim de gerir os níveis de energia durante o dia. Analisando por gênero, percebemos que o feminino tinha mais dias em que não conseguiam fazer nada, pois não aguentavam mais e, sentiam palpitações e falta de ar, estando estas questões correlacionadas com o CS Total sem. e CS Total fds. Já no gênero masculino, percecionavam mais não servirem para nada, fazendo com que houvesse associação deste pensamento com os dois períodos avaliados do CS.

Quanto à Saúde física, esta mostrou estar associada ao CS dos idosos, corroborando a ideia de Blodgett et al., (2015) e Silva et al., (2019a), de que idosos mais frágeis apresentavam maiores períodos em CS e menor em AF. As doenças, as limitações físicas e o consumo de medicação levaram os participantes a avaliarem o seu estado de saúde como regular, no entanto, têm consciência que os seus problemas de saúde interferem com as suas vidas e, conseqüentemente, com os seus comportamentos. As doenças mais frequentes nestes idosos foram a hipertensão, a artrite e problemas circulatórios, levando à toma de medicação para estas enfermidades e ainda, para a dor e para dormir. Por outro lado, no estudo de Silva et al., (2019b) onde pretenderam analisar as relações entre tempo sedentário, AF leve e AFMV com a aptidão física do idoso, verificaram que, os resultados referentes ao tempo sedentário não estavam significativamente correlacionados com nenhuma componente da aptidão física. Sobre esta variável, analisámos ainda as associações por gênero, mostrando correlações em ambos.

De certa forma, esta associação da Saúde física com o CS pode ser explicada pelos efeitos negativos que a pouca prática de AF e os longos períodos sentados têm na saúde dos indivíduos. Quando associados estes dois comportamentos, os efeitos agravam as alterações provenientes do processo de envelhecimento. Por consequência, não havendo um gasto energético suficiente, o tecido adiposo acumula-se, aumentando a probabilidade de desenvolver doenças crónicas e outros aspetos negativos de saúde (Blodgett et al., 2015). Os autores Kim e Lee (2019) concluíram na sua investigação que o CS estava associado significativamente à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), isto é, que maior CS levava a uma menor QVRS. Os nossos resultados da saúde mental e da saúde física corroboram com a ideia apresentada anteriormente, pois verificámos que ambos os fatores apresentavam correlação com o CS.

Por último, no que diz respeito às AVD's, todas as questões, à exceção da pergunta 63, mostraram associação com o CS, nos dois períodos avaliados. Quanto às associações por gênero, confirmámos associações com o CS para o gênero feminino e masculino,

por exemplo, associação, no género masculino, quando questionados se eram capazes de se vestirem/despirem sozinhos (questão 64) e pentear-se/barbear-se (questão 65). Ao contrário do que nos dizem alguns estudos, (Blodgett et al., 2015; Gaskin & Orellana, 2018), onde maior incapacidade para a realização das AVD's era resultado de longos períodos em CS e menos prática de AF, os nossos resultados, em algumas questões, mostram o inverso. Por exemplo, a questão 60, referente à capacidade para a realização das tarefas de casa (p.e., limpar o chão), a média das respostas dos idosos foi que conseguia executá-las sem ajuda, o mesmo acontece com a questão relativa a andar, onde a maioria mencionou que não precisava de ajuda (excepto a bengala)(questão 66), ambas as perguntas apresentaram correlação com o CS. No entanto, por um lado, se estas atividades são ativas, a sua realização deveria diminuir o CS e não aumentar, por outro, o que pode acontecer é que os idosos, efetivamente, têm capacidades para realizar as tarefas, mas não as fazem, passando assim longos períodos sentados.

Uma das limitações deste estudo é na mensuração do CS, visto que alguns estudos (Harvey et al., 2013; Van Cauwenberg et al., 2015) consideram que existem discrepâncias quando avaliado o CS, subjetivamente e objetivamente, o nosso estudo pode não apresentar um “resultado real” do tempo em CS dos idosos, pois os autores anteriores referem que quando existe autorrelato o valor é inferior ao medido de forma objetiva. Assim, utilizar instrumentos objetivos para a medição do CS como, por exemplo, pedómetros ou mesmo monitores de atividade iria trazer-nos resultados sobre a duração do tempo que passam sentados/reclinados mais fidedignos.

Em suma, podemos dizer que as variáveis avaliadas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária) têm associação com o CS dos idosos havendo, no entanto, algumas subcategorias (Transtornos do sono e Fator de paranoia) destas mesmas variáveis onde não se concluiu qualquer correlação. No que diz respeito às moderações do género concluímos que: o género feminino não apresentou associações com o CS na subcategoria Fator de sentimentos, Transtornos do sono e Fator de paranoia e, no género masculino, nas subcategorias Fator de confiança, Transtornos do sono e Fator de paranoia.

Implicações práticas

Depois de verificarmos os determinantes explicativos para o CS, mencionados pelos próprios idosos, houve a necessidade de confirmar as associações que existiam entre alguns desses fatores e o CS. Após os resultados a que chegámos neste estudo, onde verificámos que existiam associações com o CS, podemos agora ter a certeza que estes fatores têm de ser trabalhados, isto é, uma vez que estes determinantes levam a longos períodos sentados ou reclinados, nos idosos, é então fulcral encontrar estratégias diretas para intervir nestes fatores, com o intuito da redução do tempo sedentário na população idosa (Prince et al., 2014a; Martin et al., 2015). Estas informações tornam-se importantes tanto para os técnicos que trabalham com os idosos, como para outros

profissionais e políticos que consigam criar *guidelines* e leis ou programas que afetem a população cada vez mais cedo, pois a realidade é que desde novos o sedentarismo está presente. Promover hábitos de vida saudáveis ao longo da vida só trará benefícios para os indivíduos.

Capítulo 4. Discussão Geral

O nosso trabalho teve como objetivos identificar e compreender quais os determinantes do comportamento sedentário na população idosa e, analisar as associações entre os Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e Atividades da vida diária e o CS dos idosos e, posteriormente, analisar se o género moderava as associações propostas no objetivo anterior. Na realização do Estudo 1, os resultados que obtivemos dividiram-se em seis grupos de determinantes do CS. O segundo estudo, quis abordar alguns destes determinantes e verificou que havia associações de todos eles com o CS.

O sedentarismo é um comportamento dominante na sociedade atual (Chastin et al., 2016) e traz inúmeras consequências biopsicossociais para os indivíduos (Ramalho et al., 2019). É importante compreender a diferença entre CS e inatividade física, estando a primeira associada a muito tempo sentado, reclinado ou deitado em atividades com um equivalente metabólico $\leq 1,5$ e, a inatividade física com o não cumprimento das recomendações, da WHO, para a prática de AF (Pate et al., 2008). Sendo construtos distintos, também as suas consequências são independentes (Chastin et al., 2017), podendo uma pessoa ativa fisicamente ser sedentária, isto é, mesmo fazendo a AF aconselhada, por semana, o resto do seu tempo pode ser passado em CS, e este comportamento tem efeitos negativos para o indivíduo.

A entrada na reforma (Barnett et al., 2012), associada ao processo natural de envelhecimento, faz com que os idosos apresentem longos períodos de CS e baixos níveis de AF (ibidem) portanto, é necessário compreender o que os leva a adotarem este tipo de comportamento, de modo a, tentar reduzi-lo ao máximo e, promover a prática de AF proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

Na tentativa de compreender o CS, surgiram os modelos ecológicos, com objetivo de compreender o comportamento que está inserido num certo contexto ambiental e político e, as influências sociais e psicológicas que o determinam (Sallis et al., 2008). Assim Owen et al., (2011) elaboraram o Modelo ecológico do CS, procurando as razões que levavam os sujeitos ao sedentarismo e, posteriormente, colmatando uma limitação transdisciplinar desta teoria, surge o SOS (Chastin et al., 2016). Estes modelos teóricos identificaram os determinantes do CS contudo, faltava a perceção dos intervenientes.

Com o Estudo 1 procurámos identificar e compreender que determinantes eram vistos, pelos idosos, como razões para estarem longos períodos em CS. Posteriormente, com o Estudo 2, quisemos verificar que associações existiam entre Recursos sociais, Recursos económicos, Saúde mental, Saúde física e AVD's e o CS, percebendo quais destes prediziam períodos de sedentarismo. De seguida, iremos discutir os resultados dos dois estudos e os modelos teóricos e as evidências empíricas, reunidas na revisão de literatura.

O CS é determinado por múltiplos fatores, em diversas áreas. Owen et al., (2011) apresentaram-nos alguns determinantes em diferentes contextos de CS, nomeadamente, lazer, transporte, ocupação e em casa. Contudo, este modelo não apresentava todos os determinantes possíveis e, assim sendo, baseámo-nos no SOS (Chastin et al., 2016), que tinha os determinantes agrupados em seis grupos: Saúde e Bem-Estar, Contexto Social e Cultural, Comportamento e Psicologia, Ambiente Construído e Natural, Configurações institucionais / domiciliárias e, Política e Economia. Partindo desta divisão, os resultados mencionados pelos nossos idosos, foram assim organizados, permitindo-nos identificar os determinantes percecionados para o seu CS.

A categoria Saúde e Bem-Estar foi a mais mencionada, apresentando a falta de energia, a capacidade física/funcional, a sensação de bem-estar e o sono como determinantes para o CS. Os autores (Greenwood-Hickman et al., 2016; Palmer et al., 2018), corroboram a maior parte destas ideias identificando que os problemas de saúde física, incluindo a dor e fadiga sentida na posição de pé, as limitações funcionais e a falta de energia, principalmente, durante o período da tarde, eram as principais razões para o CS. Contudo, alguns dos fatores que levam os idosos a sentarem-se, também são impulsionadores de posições em pé como, por exemplo, a rigidez, o desconforto e a dor, provocando uma sensação de bem-estar (ibidem). O Estudo 2 possibilitou-nos avaliar alguns destes determinantes e concluímos que o fator de energia (Saúde mental) apresentava associação com o CS, tal como nos diz Chastin et al., (2014a), de que os idosos precisam destes períodos para irem gerindo os níveis de energia ao longo do dia. Quanto às associações, por género, verificámos associações com o CS, no feminino e no masculino.

Também a Saúde física revelou correlações com o CS, ideia atestada por Blodgett et al., (2015) e Silva et al., (2019a), onde os idosos mais frágeis apresentavam grandes períodos de CS e curtas durações de AF. Neste determinante houve associações com o CS em ambos os géneros. Blodgett et al., (2015) tentam explicar esta associação pelos efeitos adversos que a reduzida prática de AF e os excessivos períodos em CS têm na saúde dos sujeitos. Associado ainda ao envelhecimento, o pouco gasto energético faz com que o tecido adiposo se acumule, aumentando as probabilidades de desenvolver doenças crónicas e outros problemas de saúde. Por último, em relação ao sono, avaliado através da subcategoria Transtornos do sono (Saúde mental), verificámos que não existia qualquer associação com o CS, assim como a subcategoria Fator de paranoia (Saúde mental).

Podemos enquadrar ainda nesta categoria Saúde e Bem-Estar, a variável AVD's que avaliámos no Estudo 2. Esta é composta por duas subcategorias: Fator instrumental e Fator físico. Visto que a maior parte das questões, incluía atividades como andar, comer, realizar tarefas da casa (saúde física) e lidar com o dinheiro, capacidade para tomar os seus comprimidos (saúde mental), esta variável fica aqui bem enquadrada. Posto isto, quando analisadas as associações destas subcategorias, verificámos que havia correlações com o CS e em ambos os géneros.

Na categoria Contexto Social e Cultural, as atividades organizadas pelo grupo/comunidade e a solidão foram os fatores mais referidos pelos idosos. Apesar de serem dois determinantes que, à primeira vista, pareçam contraditórios, os dois levam ao CS. O primeiro, refere-se às atividades que os idosos realizavam quando estavam juntos como, por exemplo, jogar às cartas, estarem a falar ou a rezar que eram executadas estando sentados. Por outro lado, o facto de viverem sozinhos, por não terem mais ninguém da família ou vizinhos por perto, também levava os idosos ao CS. Esta ideia é corroborada por Kikuchi et al., (2013) e Van Cauwenberg et al., (2014) onde concluíram que a solidão aumentava o tempo de visualização de TV contudo, este meio audiovisual, por vezes, é a única companhia destas pessoas. Os Recursos sociais obtiveram correlação com o CS, nos idosos, em ambos os períodos, isto porque eles estavam poucas vezes com outros indivíduos, sentindo-se muitas vezes sós. Esta ideia foi confirmada por alguns estudos (Gaskin & Orellana, 2018; Schrepft et al., 2019), onde verificaram que os idosos com maior solidão estavam mais tempo em CS. Incluída nesta solidão, o estado civil (solteiro ou viúvo) também influenciava o CS, aumentando-o (Heseltine et al., 2015; Van Cauwenberg et al., 2015). Quanto às diferenças por género, verificámos que no feminino não houve associações na subcategoria Fator de sentimentos com o CS e, no género masculino, no Fator de confiança.

Na terceira categoria do Estudo 1, Comportamento e Psicologia, os idosos identificaram a motivação e os receios como um determinante promotor do CS, no entanto, Tam-Seto et al., (2016) também os consideraram como desencorajadores. O gosto por estarem sentados a ver TV, a jogar é um processo intencional (Ramalho et al., 2019), é uma motivação. Como vimos anteriormente, o facto de a maior parte das atividades realizadas, em grupo, serem executadas numa posição sentada traz efeitos negativos ao sujeito, contudo, estas atividades mostram-se benéficas para a saúde mental dos indivíduos que convivem e se estimulam cognitivamente, verificando-se uma sensação de bem-estar e satisfação (Chastin et al., 2014a). Nesta categoria, podemos inserir a subcategoria Satisfação com a vida (Saúde mental), do Estudo 2, onde verificámos que, em média, os idosos consideram as suas vidas monótonas, contudo uma satisfação regular. Quando verificadas as associações desta subcategoria com o CS, percebemos que existiam correlações para ambos os géneros. No que refere ao medo de cair ou de se magoar, este foi outro fator mencionado pelos idosos, que por essa razão preferiam passar os seus dias sentados, ou deitados, tal como nos diz Leung et al., (2017).

Na categoria Ambiente Construído e Natural, os idosos identificaram o clima como uma das razões para permanecerem elevados períodos em CS, em casa, não os permitindo sair para, por exemplo, cultivar ou ir passear/visitar alguém, como nos diz também Mcewan et al., (2017). Os idosos referiram ainda que a falta de instalações e espaços recreativos os fazia ficar mais tempo em CS, tal como concluiu Sugiyama et al., (2007), de que o ambiente construído dos bairros/arredores está relacionado com os comportamentos ativos e sedentários. A falta de redes de transporte, que levem os idosos a parques ou outros espaços, faz com que eles não usufruam destas

infraestruturas, levando-os ao CS. Segundo Buck et al., (2019) esta categoria está diretamente relacionada com o CS.

Na quinta categoria do Estudo 1, as Configurações institucionais/domiciliares, as políticas institucionais foram o fator mais referido pelos idosos. Para além das regras de funcionamento das instituições, a pressão dos cuidadores para que os idosos se mantenham sentados leva-os a permanecerem longos períodos sentados/reclinados. Esta ideia é corroborada por Chastin et al., (2016), que nos diz que esta categoria é a mais modificável, e por isso, é necessário encontrar estratégias institucionais e domiciliares para evitar estes comportamentos como, por exemplo, a realização de mais atividades em pé ou a mudança do layout da casa. Esta ideia foi sustentada ainda por Buck et al., (2019) que defendem que as configurações institucionais/domiciliares, relacionadas a fatores económicos e ambientais são importantes para explicar a interação dos fatores e alterações neles podem inspirar mudanças no CS.

Por fim, na categoria Política e Economia, os idosos identificaram a posse de transporte pessoal, a falta de recursos financeiros e as autoridades locais como condicionadores do seu CS, tal como nos diz Tam-Seto et al., (2016) e Mcewan et al., (2017). Quando a intenção dos idosos integrarem uma instituição para conviverem e fazerem atividades que diminuam o tempo que estão sentados, a verdade é que por falta de recursos financeiros ou por falta de pessoal, esta resposta não é dada. Por outro lado, os idosos que ainda viviam em suas casas, mencionaram a falta de transportes para o centro de dia ou para a cidade, como um determinante para o seu CS, assim como, a falta de recursos financeiros para possuírem transporte próprio. Nesta categoria, conseguimos verificar a associação deste preditor com o CS e em ambos os géneros.

Com a obtenção destes resultados, inicialmente, através da perceção dos idosos e, posteriormente, de modo a confirmar a relevância de alguns desses determinantes (Van Dyck et al., 2017), através de associações com o CS, é nos possível compreender melhor quais os determinantes que influenciam o CS dos idosos e, ainda, conseguimos perceber quais as diferenças entre género. Assim sendo, criar estratégias diretas que alterem estes fatores são necessárias, (Owen et al., 2011) para que o CS também seja modificado. Prince et al., (2014a) e Martin et al., (2015) dizem-nos, nos seus trabalhos, que programas de promoção da AF mostram-se ineficazes na diminuição do tempo em que a pessoa permanece sentada ou reclinada, pois os seus principais objetivos baseiam-se no alcance, por parte dos idosos, das recomendações da AF, contudo, podem não modificar o CS, permanecendo ainda em longos períodos de tempo sentados.

Para além das razões que determinavam o CS, alguns trabalhos (Chastin et al., 2014a; Leask et al., 2015) também identificaram estratégias para reduzir o excessivo tempo sentado como, por exemplo, existirem dentro dos programas para idosos atividades de grupo como a dança ou a jardinagem, evitando também aqui as atividades realizadas sentadas; terem locais de descanso ao longo de um percurso, com o intuito

de saírem de casa não tendo medo/vergonha de ficarem sem energia e não terem onde recuperar; existirem programas de voluntariado, que lhes dá uma motivação para saírem de casa e sentem-se úteis; criar pequenos grupos de idosos onde pudessem realizar atividades juntos como caminhar, ir às compras, estimularem-se e motivarem-se uns aos outros para uma mudança de comportamentos e, a nível doméstico, realizar tarefas curtas que interrompam o CS, por exemplo, ir fazendo chá ou levantar-se para ir beber água. Verificaram ainda que estas e outras estratégias seriam necessárias para reduzir longos períodos sentados, no contexto doméstico, durante a tarde e quando as temperaturas estavam mais baixas (inverno) (Arnardottir et al., 2017; Sartini et al., 2017). Ainda Greenwood-Hickman et al., (2016) dizem-nos que a maioria das intervenções para redução do CS centram-se no indivíduo e têm estratégias para a mudança do comportamento, tais como: promover um maior conhecimento sobre sedentarismo e, conseqüentemente, sobre os seus riscos; a nível motivacional, através de telefonemas e/ou cartas dando feedback e apoio durante as intervenções; e, através de técnicas de auto monitoramento das atividades realizadas durante o dia (aplicações de monitoramento e dispositivos eletrónicos, diário de atividades, etc.). No entanto, outras intervenções estão a tentar modificar os determinantes mais distais do CS (Owen et al., 2011) como, por exemplo, a mudança do *layout* da casa e do local de trabalho (p.e., mesas altas) e a criação de espaços e instalações ao ar livre, com o intuito de promover um maior tempo disponibilizado para atividades, em posturas verticais, ao longo do dia (Tandon et al., 2012; Gardner et al., 2016), diminuindo assim o tempo em CS. As intervenções que têm por base reduzir o CS, são mais bem-sucedidas do que intervenções para promoção da AF (Prince et al., 2014a; Martin et al., 2015) e quem participa nelas relata melhorias no seu estado de humor e fadiga, menor rigidez muscular e uma maior participação nas atividades do dia-a-dia, estando mais tempo em pé em vez de sentado (Greenwood-Hickman et al., 2016).

Esta dissertação apresentou limitações para as suas descobertas. No que concerne ao Estudo 1, o facto de termos utilizado entrevistas individuais tornou-se uma limitação, contudo poderemos utilizar, em futuras investigações, como método complementar, os grupos focais, pois da interação dos participantes, poderemos captar mais conhecimento sobre a temática. Temos como sugestão para outras investigações, analisar o desenvolvimento do pensamento dos indivíduos ao longo do tempo, optando por um estudo longitudinal. Outra limitação diz respeito a termos apenas participantes que viviam no meio rural, tendo como sugestão para futuras investigações, possuir uma amostra com características mais heterogéneas.

No que diz respeito ao Estudo 2, como referido anteriormente, o facto de a mensuração ter sido subjetiva pode nos ter influenciado os resultados pois, segundo alguns estudos (Harvey et al., 2013; Van Cauwenberg et al., 2015) existem discrepâncias quando avaliado o CS, subjetivamente e objetivamente. Assim, utilizar instrumentos objetivos para a medição do CS como pedómetros ou monitores de atividade dar-nos-ia resultados mais fidedignos. Outra limitação diz respeito à transferibilidade dos resultados, ou seja, devido à dimensão da amostra, os resultados

não são suficientes para serem generalizados, contudo os resultados aqui apresentados podem ser transferidos para contextos semelhantes e com idosos com características semelhantes.

Capítulo 5. Conclusões

É importante refletir sobre as principais constatações que retirámos sobre os determinantes do CS e a forma como o condicionam, de modo a que consigamos reduzir este comportamento, na população idosa. Assim, construámos este modelo empírico representativo dos resultados alcançados (Figura 4).

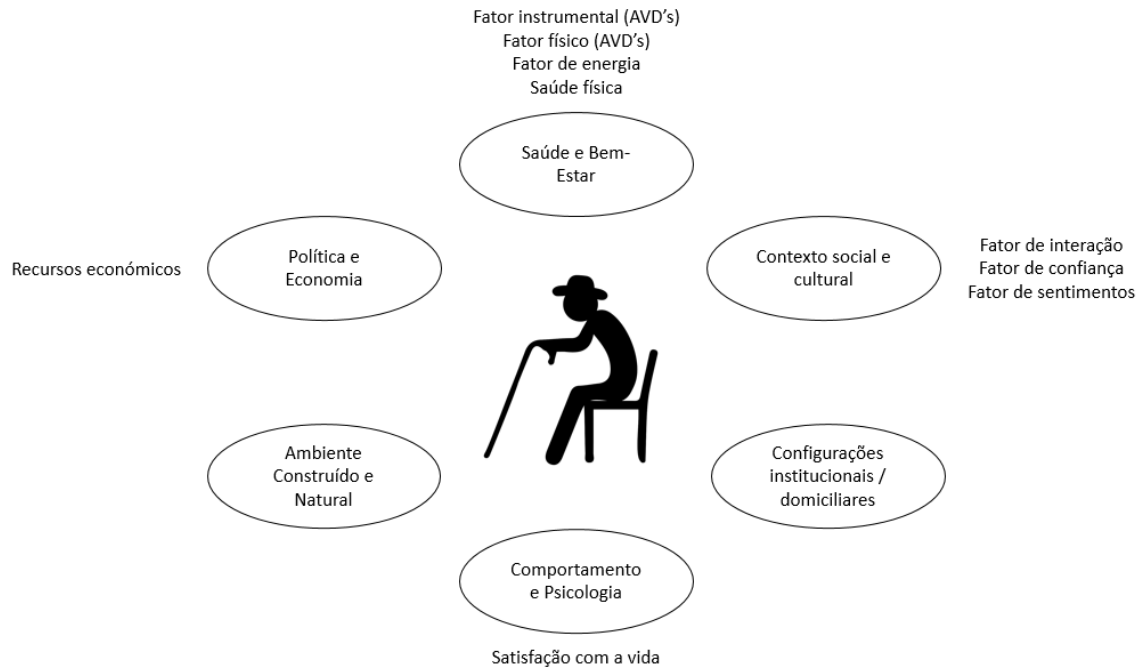


Figura 4 - Modelo empírico dos determinantes do comportamento sedentário

O modelo foi elaborado tendo em conta o modelo dos Sistemas do CS (Chastin et al., 2016) e a estrutura explica a relação dos dados. Assim, nas esferas encontramos as seis categorias de determinantes do CS, com os resultados que obtivemos no primeiro estudo, sendo elas: Saúde e Bem-Estar, Contexto social e cultural, Configurações institucionais/domiciliares, Comportamento e Psicologia, Ambiente Construído e Natural; e, Política e Economia. Como podemos ver na Figura 4, apresentamos ainda, exteriormente, as subcategorias onde houve associação de questões com o CS, avaliadas no segundo estudo, nomeadamente, na categoria Saúde e Bem-Estar temos o Fator instrumental e o Fator físico, referente às AVD's, o Fator de energia e a Saúde física; na categoria Contexto Social e Cultural, o Fato de interação, confiança e de sentimentos; na categoria Comportamento e Psicologia, a subcategoria Satisfação com a vida; e, por fim, na categoria Política e Economia, os Recursos económicos.

As subcategorias Transtornos do sono e Fator de paranoia não apresentaram qualquer associação com o CS e, quanto às diferenças por género, verificámos que no género feminino não houve associações nestas 2 subcategorias e no Fator de

sentimentos e, no género masculino, nas subcategorias identificadas inicialmente e no Fator de confiança.

Para concluir, do nosso conhecimento da literatura publicada anteriormente, existem poucos modelos fundamentados explicativos da temática e estes resultados poderão ser um excelente contributo, do ponto de vista teórico. Para além disso, compreender como estes determinantes afetam o tempo sentado, deitado ou reclinado é essencial para criarmos estratégias de mudança de comportamentos, permitindo assim um melhor envelhecimento saudável destes indivíduos, sem tantas morbidades, não comprometendo os serviços de saúde e a sua gestão não sustentável.

Referências Bibliográficas

- Allen, M., Walter, E., & McDermott, M. (2016). Personality and Sedentary Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Psychology, 36*, 255-263.
- Arnardottir, N., Oskarsdottir, N., Brychta, R., Koster, A., Van Domelen, D., Caserotti, P., ... Sveinsson, T. (2017). Comparison of Summer and Winter Objectively Measured Physical Activity and Sedentary Behavior in Older Adults: Age, Gene/Environment Susceptibility Reykjavik Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 14*, 1268.
- Balboa-Castillo, T., León-Muñoz, L., Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in communitydwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*: 47.
- Barnett, I., Van Sluijs, E., & Ogilvie, D. (2012). Physical Activity and Transitioning to Retirement: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine, 43*, 329-336.
- Bellettiere, J., Carlson, J., Rosenberg, D., Singhanian, A., Natarajan, L., ... Kerr, J. (2015). Gender and Age Differences in Hourly and Daily Patterns of Sedentary Time in Older Adults Living in Retirement Communities. *PLOS ONE, 10*(8).
- Blodgett, J., Theou, O., Kirkland, S., Andreou, P., & Rockwood, K. (2015). The association between sedentary behaviour, moderate–vigorous physical activity and frailty in NHANES cohorts. *Maturitas, 80*, 187-191.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. Camic, D. Long, A. Panter, D. Rindskopf, & K. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57-71). Washington, DC: American Psychological Association.
- Braun, V., Clarke, V., & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. In B. Smith & A. Sparkes (Eds.), *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise* (pp. 191-205). Abingdon: Routledge.
- Brug, J., & Chinapaw, M. (2015). Determinants of engaging in sedentary behavior across the lifespan; lessons learned from two systematic reviews conducted within DEDIPAC. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 12*, 1-4.
- Buck, C., Loyen, A., Foraita, R., Van Cauwenberg, J., De Craemer, M., ... Chastin, S. (2019). Factors influencing sedentary behaviour: A system based analysis using Bayesian networks within DEDIPAC. *PLoS ONE 14*, 1-18.
- Chang, S., Hsueh, M., & Liao, Y. (2018). Personal and behavioral correlates of total and domain-specific sedentary behaviors in older Taiwanese adults. *BMC Geriatrics, 18*, 294.
- Chastin, S., Buck, C., Freiburger, E., Murphy, M., Brug, J., Cardon, G., ... Oppert, J. (2015). Systematic literature review of determinants of sedentary behaviour in older adults: a DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 12*, 127.
- Chastin, S., Craemer, M., Lien, N., Bernaards, C., Buck, C., Oppert, J., ... Cardon, G. (2016). The SOS-framework (Systems of Sedentary behaviours): an international transdisciplinary consensus framework for the study of determinants, research priorities and policy on sedentary behaviour across the life course: a DEDIPAC-study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13*, 83.

- Chastin, S., Culhane, B., & Dall, P. (2014b). Comparison of self-reported measure of sitting time (IPAQ) with objective measurement (activPAL). *Physiological Measurement*, *35*, 2319-2328.
- Chastin, S., Fitzpatrick, N., Andrews, M., & DiCroce, N. (2014a). Determinants of Sedentary Behavior, Motivation, Barriers and Strategies to Reduce Sitting Time in Older Women: A Qualitative Investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*, 773-791.
- Chastin, S., Gardiner, P., Ashe, M., Harvey, J., Leask, C., Balogun, S., ... Skelton, D. (2017). Interventions for reducing sedentary behaviour in community-dwelling older adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*.
- Craig, C., Marshall, A., Sjostrom, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., ... Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sports Exerc.*, *8*, 1381-1395.
- Creswell, J., & Miller, D. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, *39*, 124-130.
- Departamento de Saúde. (2011). *Start active, stay active: a report on physical activity for health from the four home countries' Chief Medical Officers*. Londres: Departamento de Saúde.
- DeRezende, L., Rey-López, J., Matsudo, V., & Luiz, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health*, *14*, 333-341.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> (consultado em 29 de maio de 2019).
- Dogra, S., & Stathokostas, L. (2012). Sedentary behavior and physical activity are independent predictors of successful aging in middle-aged and older adults. *Journal of Aging Research*, *2012*, 1-8.
- Dunstan, D., Kingwell, B., Larsen, R., Healy, G., Cerin, E., Hamilton, M., ... Owen, N. (2012). Breaking Up Prolonged Sitting Reduces Postprandial Glucose and Insulin Responses. *Diabetes Care*, *35*, 976-983.
- Ford, E., & Caspersen, C. (2012). Sedentary behavior and cardiovascular disease: a review of prospective studies. *International Journal Epidemiology*, *41*, 1338-1353.
- Gardner, B., Smith, L., Lorencatto, F., Hamer, M., & Biddle, S. (2016). How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health Psychology Review*, *10*, 89-112.
- Gaskin, C. & Orellana, L. (2018). Factors Associated with Physical Activity and Sedentary Behavior in Older Adults from Six Low- and Middle-Income Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*, 908.
- Giddens, A. (1996). *Novas Regras do Método Sociológico*. Lisboa: Gradiva.
- Greenwood-Hickman, M., Renz, A., & Rosenberg, D. (2016). Motivators and Barriers to Reducing Sedentary Behavior Among Overweight and Obese Older Adults. *The Gerontologist*, *56*, 660-668.
- Hallal, P., Bauman, A., Heath, G., Kohl, H., Lee, I., & Pratt, M. (2012). Physical activity: more of the same is not enough. *Lancet*, *380*, 190-191.
- Hamilton, M., Healy, G., Dunstan, D., Zderic, T., & Owen, N. (2008). Too Little Exercise and Too Much Sitting: Inactivity Physiology and the Need for New Recommendations on Sedentary Behavior. *Curr. Cardiovasc. Risk Rep.*, *2*, 292-298.
- Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, *346*, 587-591.

- Harvey, J., Chastin, S., & Skelton, D. (2013). Prevalence of Sedentary Behavior in Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *10*, 6645-6661.
- Harvey, J., Chastin, S., & Skelton, D. (2015). How sedentary are older people? A systematic review of the amount of sedentary behavior. *Journal of Aging and Physical Activity*, *23*, 471-487.
- Heseltine, R., Skelton, D., Kendrick, D., Morris, R., Griffin, M., Haworth, D., ... Iliffe, S. (2015). "Keeping Moving": factors associated with sedentary behaviour among older people recruited to an exercise promotion trial in general practice. *BMC Family Practice*, *16*, 67.
- Hsueh, M., Liao, Y., & Chang, S. (2015). Are Total and Domain-Specific Sedentary Time Associated with Overweight in Older Taiwanese Adults? *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *12*, 12697-12705.
- Hydén, L., & Bulow, P. (2003). Who's talking: drawing conclusions from focus groups-some methodological considerations. *International Journal of Social Research Methodology*, *6*, 305-321.
- Jones, S., Li, Q., Aiello, A., O'Rand, A., & Evenson, K. (2018). Physical Activity, Sedentary Behavior, and Retirement: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *American Journal of Preventive Medicine*, *54*, 786-794.
- Kikuchi, H., Inoue, S., Sugiyama, T., Owen, N., Oka, K., & Shomomitsu, T. (2013). Correlates of prolonged television viewing time in older Japanese men and women. *BMC Public Health*, *13*, 213.
- Kim, Y., & Lee, E. (2019). The association between elderly people's sedentary behaviors and their health-related quality of life: focusing on comparing the young-old and the old-old. *Health and Quality of Life Outcomes*, *17*.
- King, Mainous, & Geesey. (2007). Turning Back the Clock: Adopting a Healthy Lifestyle in Middle Age. *The American Journal of Medicine*, *120*, 598-603.
- Laforge, R., Rossi, J., Prochaska, J., Velicer, W., Levesque, D., & McHorney, C. (1999). Stage of Regular Exercise and Health-Related Quality of Life. *Preventive Medicine*, *28*, 349-360.
- Lang, I., Rice, N., Wallace, R., Guralnik, J., & Melzer, D. (2007). Smoking cessation and transition into retirement: analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, *36*, 638-643.
- Lara, J., Evans, E., O'Brien, N., Moynihan, P., Meyer, T., Adamson, A., ... Mathers, J. (2014). Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Med*, *12*, 177-188.
- Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health & Medicine*, *11*, 233-245.
- Leask, C., Harvey, J., Skelton, D., & Chastin, S. (2015). Exploring the context of sedentary behaviour in older adults (what, where, why, when and with whom). *European Review of Aging and Physical Activity*, *12*, 1-8.
- Lee, I., Shiroma, E., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S., & Katzmarzyk, P. (2012). Impact of Physical Activity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet*, *21*, 219-229.
- Leme, V., Prette, Z., Koller, S., & Prette, A. (2015). Habilidades Sociais e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano: análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*.
- Lenz, E., Swartz, A., & Strath, S. (2014). Do Sedentary Behaviors Modify the Health Status of Older Adults?. *International Journal of Kinesiology & Sports Science*, *2*, 13-22.
- Leung, P., Ejupi, A., Schooten, K., Aziz, O., Feldman, F., Mackey, D., Ashe, M., & Robinovitch, S. (2017). Association between Sedentary Behaviour and Physical, Cognitive, and Psychosocial Status among Older Adults in Assisted Living. *BioMed Research International*, *2017*, 1-7.

- Marshall, M. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice, 13*, 522-526.
- Martin, A., Fitzsimons, C., Jepson, R., Saunders, D., van der Ploeg, H., Teixeira, P., ... EuroFIT consortium. (2015). Interventions with potential to reduce sedentary time in adults: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 0*, 1-10.
- Mcewan, T., Tam-Seto, L., & Dogra, S. (2017). Perceptions of Sedentary Behavior Among Socially Engaged Older Adults. *The Gerontologist, 4*, 735-744.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Envejecimiento y ciclo de vida. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/> (consultado em 16 de maio de 2019).
- Owen, N., Healy, G., Matthews, C., & Dunstan, D. (2010a). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 38*, 105-113.
- Owen, N., Sparling, P., Healy, G., Dustan, D., & Matthews, C. (2010b). Sedentary Behavior: Emerging Evidence for a New Health Risk. *Mayo Clinic Proceedings, 85*, 1138-1141.
- Owen, N., Sugiyama, T., Eakin, E., Gardiner, P., Tremblay, M., & Sallis, J. (2011). Adults' Sedentary Behavior: Determinants and Interventions. *Am J Prev Med, 41*, 189-196.
- Palmer, V., Gray, C., Fitzsimons, C., Mutrie, N., Wyke, S., Deary, I., ... Skelton, D. (2018). What Do Older People Do When Sitting and Why? Implications for Decreasing Sedentary Behavior. *The Gerontologist, 0*, 1-12.
- Pate, R., O'Neill, J., & Lobelo, F. (2008). The Evolving Definition of "Sedentary". *Exercise and Sport Sciences Reviews, 36*, 173-178.
- Powell, R., & Single, H. (1996). Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care, 8*, 499-504.
- Prince, S., Gresty, K., Reed, J., Wright, E., Tremblay, M., & Reid, R. (2014b). Individual, social and physical environmental correlates of sedentary behaviours in adults: a systematic review protocol. *Syst Rev, 3*:120.
- Prince, S., Saunders, T., Gresty, K., & Reid R. (2014a). A comparison of the effectiveness of physical activity and sedentary behaviour interventions in reducing sedentary time in adults: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Obesity reviews, 15*, 905-919.
- Ramalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2018a). Sedentary behaviors and psychological outcomes among older adults: a systematic review. *Motricidade, 14*, 73-85.
- Ramalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2018b). Tempo sedentário e dimensões psicossociais nos idosos: revisão acerca da medição, associações com a saúde e determinantes. *Ágora para la Educación Física y el Deporte, 20*, 162-181.
- Ramalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2019). Determinantes psicossociais do comportamento sedentário dos idosos: estudo qualitativo. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 19*, 147-165.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 23*, 109-115.
- Rodrigues, R., Azaredo, Z., Mendes, I., Crespo, S., & Silva, C. (2016). Os muito idosos do concelho de Coimbra: avaliação da funcionalidade na área de saúde física. *Revista portuguesa de saúde pública, 34*, 163-172.
- Rodrigues, R., Loureiro, L., Crespo, S. & Silva, C. (2014). Os muito idosos: avaliação da funcionalidade na área de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº12*.

- Sallis, J., Owen, N., & Fisher, E. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed.)* (pp. 465-485). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sartini, C., Morris, R., Whincup, P., Wannamethee, S., Ash, S., Lennon, L., & Jefferis, B. (2017). Association of Maximum Temperature With Sedentary Time in Older British Men. *J. Phys. Act. Health, 14*, 265-276.
- Schrempft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health, 19*: 74.
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 37*, 540-542.
- Seguin, R., LaMonte, M., Tinker, L., Liu, J., Woods, N., Michael, Y., ... LaCroix, A. (2012). Sedentary Behavior and Physical Function Decline in Older Women: Findings from the Women’s Health Initiative. *Journal of Aging Research, 1-10*.
- Silva, F., Petrica, J., Serrano, J., Paulo, R., Ramalho, A., Lucas, D., ... Duarte-Mendes, P. (2019b). The Sedentary Time and Physical Activity Levels on Physical Fitness in the Elderly: A Comparative Cross Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 16 (19)*, 1-11.
- Silva, V., Tribess, S., Meneguci, J., Sasaki, J., Garcia-Meneguci, C., ... & Virtuoso Jr, J. (2019a). Association between frailty and the combination of physical activity level and sedentary behavior in older adults. *BMC Public Health, 19*, 709.
- Smith, J. & Osborn, M. (2007). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. Smith (Eds.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods (2ª Edition)* (pp.53-80). Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- Sugiyama, T., Salmon, J., Dunstan, D., Bauman, A., & Owen, N. (2007). Neighborhood walkability and TV viewing time among Australian adults. *American Journal of Preventive Medicine, 33*, 444-449.
- Tam-Seto, L., Weir, P., & Dogra, S. (2016). Factors Influencing Sedentary Behaviour in Older Adults: An Ecological Approach. *AIMS Public Health, 3*, 555-572.
- Tandon, P., Zhou, C., Sallis, J., Cain, K., Frank, L., & Saelens, B. (2012). Home environment relationships with children’s physical activity, sedentary time, and screen time by socioeconomic status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 88-96.
- Thorp, A., Owen, N., Neuhaus, M., & Dunstan, D. (2011). Sedentary Behaviors and Subsequent Health Outcomes in Adults: A Systematic Review of Longitudinal Studies, 1996-2011. *American Journal of Preventive Medicine, 41*, 207-215.
- Trochim, W., & Cabrera, D. (2005). The complexity of concept mapping for policy analysis. *Emergence: Complexity and Organization, 7*, 11-22.
- Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- University of Southern California (2019). *Organizing Your Social Sciences Research Paper: Types of Research Designs*. Consultado em: <https://libguides.usc.edu/writingguide/researchdesigns> , a 28 de outubro de 2019.
- Van Cauwenberg, V., De Donder, L., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., Owen, N., ... Deforche, B. (2014). Relationships of individual, social, and physical environmental factors with older adults’ television viewing time. *Journal of Aging and Physical Activity, 22(4)*, 508-517.
- Van Cauwenberg, V., Van Holle, V., De Bourdeaudhuij, I., Owen, N., & Deforche, B. (2015). Diurnal Patterns and Correlates of Older Adults’ Sedentary Behavior. *PLOS ONE, 10 (8)*.

Van der Berg, J., Bosma, H., Caserotti, P., Eiriksdottir, G., Arnardottir, N., ... Koster, A. (2014). Midlife Determinants Associated with Sedentary Behavior in Old Age. *Med Sci Sports Exerc*, *46*, 1359-1365.

Van Dyck, D., Cardon, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2017). Which psychological, social and physical environmental characteristics predict changes in physical activity and sedentary behaviors during early retirement? A longitudinal study. *PeerJ*, *5*.

Van Hook, M., Berkman, B., & Dunkle, R. (1996). Assessment Tools for General Health Care Settings: PRIME-MD, OARS, and SF-36. *Health & Social Work*, *21*, 230-234.

Wang, F., McDonald, T., Reffitt, B., & Edington, D. (2005). BMI, Physical Activity, and Health Care Utilization/Costs among Medicare Retirees. *Obes Res*, *13*, 1450-1457.

World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. World Health Organization.

World Medical Association. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. Consultado em: <http://www.esscyp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/Declara%C3%A7%C3%A3odeHels%C3%ADnquiadaAssocia%C3%A7%C3%A3oM%C3%A9dicaMundial.pdf>

Anexos

Anexo A - Recomendações gerais de atividade física para a saúde (WHO, 2010)

5-17 Anos de Idade

1. Crianças e jovens de 5 a 17 anos devem acumular, no mínimo, 60 minutos de A.F. de intensidade moderada a vigorosa, por dia.
2. Quantidades superiores de A.F. trarão benefícios adicionais à saúde.
3. A maior parte das atividades devem ser aeróbias, nas de intensidade vigorosa incluir exercícios que fortaleçam os músculos e os ossos, no mínimo 3x/semana.

18-64 Anos de Idade

1. Adultos entre os 18 e os 64 anos devem realizar, no mínimo, 150 min/semana de A.F. de intensidade moderada ou 75 min/semana de intensidade vigorosa ou uma combinação das duas.
2. A atividade aeróbia deve ser realizada com uma duração mínima de 10 minutos.
3. Para maiores benefícios, aumentar a prática de A.F. por semana para 300 min/semana de A.F. de intensidade moderada ou 150 min/semana de intensidade vigorosa ou uma combinação das duas.
4. Deve-se realizar pelo menos 2x/semana atividades de fortalecimento muscular que envolvam os grandes grupos musculares.

65 ou mais Anos de Idade

1. Recomendações iguais à anterior.
2. Deve-se realizar A.F. para aumentar o equilíbrio e prevenir quedas, pelo menos, 3x/semana.
3. Se indivíduos desta faixa etária não conseguirem realizar a quantidade mínima recomendada, devem realizar o máximo possível que lhes seja possível.

Anexo B - Questões do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (Rodrigues, 2008)

Categoria	Subcategoria	Questão	Descrição
Recursos Sociais	Fator de Interação	8	Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las nas suas casas?
		9	A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros?
		10	A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos?
	Fator de confiança	11	Tem alguém em quem possa confiar?
		14	Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?
	Fator de sentimentos	12	Sente-se sozinho/a?
		13	Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?
Recursos económicos (perceção de recursos económicos)	21	Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?	
	22	Os seus rendimentos são o suficiente?	
	27	O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?	
	28	Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?	
	29	Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?	
	30	Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?	
Saúde física (autoperceção de saúde física)	53	Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?	
	55	De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?	

Atividades da vida diária	Fator instrumental	56	É capaz de usar o telefone ...
		57	Pode ir até locais onde não é possível ir a pé ...
		58	Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.
		59	É capaz de preparar as suas refeições ...
		60	É capaz de fazer as tarefas de casa ...
		61	É capaz de tomar os seus medicamentos ...
	Fator físico	62	É capaz de lidar com o dinheiro ...
		63	É capaz de comer ...
		64	Pode vestir-se e despir-se sozinho ...
		65	Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se ...
		66	Pode andar ...
		67	Pode levantar-se e deitar-se na cama ...
Saúde mental	Satisfação com a vida	68	Pode tomar banho ou duche ...
		32	Em geral, o que acha da sua vida?
		33	Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?
		34.2	A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?
		34.7	É feliz a maior parte do tempo?
		34.15	Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes?
	Transtornos do sono	35	Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?
		34.1	Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?
	Fator de energia	34.6	O seu sono é irregular e inquieto?
		34.5	Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?
		34.9	Por vezes sente que não serve para nada?
		34.10	Nos últimos anos sentiu-se bem a maior parte do tempo?
		34.11	Sente-se muitas vezes fraco/a?
		34.13	Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha?
	Fator de paranoia	34.14	Sente palpitações e falta de ar?
		34.3	Por vezes sentiu vontade de fugir de casa?
		34.4	Parece-lhe que ninguém o/a compreende?
		34.8	Pensa que se trama alguma coisa contra si?