

## **A AUTO-EFICÁCIA DOS IDOSOS ATIVOS E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Coordenador: DINA PETTENUZZO SANTIAGO

Autor: PAULA DE PARIS

Introdução: As casas de repouso e os asilos constituem alternativas de cuidados para aquelas pessoas idosas muito frágeis e dependentes para realizar suas tarefas básicas da vida diária e, que por razões de ordem médica ou problemas familiares não podem ser mantidas em suas residências. Estes estabelecimentos são, em grande número, fundados por ordem religiosas ou de iniciativa filantrópica e constituem a modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora de sua família. No entanto, como dizem Brito et al apud Netto(1996), "têm o inconveniente, na maioria dos casos, de levar os idosos ao isolamento e à inatividade física em decorrência do manejo técnico inadequado e dos custos altos de serviço de apoio" (p. ). Pensamos que o isolamento social e a inatividade física podem interferir no senso de competência física dos idosos, que se traduz em auto-eficácia. A auto-eficácia, segundo Spirduso (2005), é um componente importante do bem-estar, pois refere-se ao grau de convicção que o indivíduo tem de que consegue realizar uma tarefa física. Em outras palavras, diríamos que um indivíduo deve ter confiança para ter sensação de competência e poder. Para Capersen et al (apud OKUMA, 1998), auto-eficácia implica em sentimentos de domínio e de controle, e também na crença de que eventos atuais e futuros, inclusive eventos de saúde, possam ser positivamente influenciados pelas ações e decisões do indivíduo. Por isso, Neri et al (2000) afirmam que "em indivíduos idosos, há forte relação entre saúde, senso de bem-estar, crença de auto-eficácia, e capacidade do indivíduo de atuar sobre o ambiente ou sobre si mesmo" (p. 86). Como os idosos institucionalizados tendem a serem inativos, e a atividade física também está associada ao aumento da auto-eficácia, como afirma Okuma, o objetivo deste trabalho foi verificar se há diferença entre o senso de auto-eficácia entre idosos institucionalizados e idosos fisicamente ativos, compreendidos como os que participam de um projeto de atividades físicas. Procedimentos Metodológicos: Para a coleta de informações referentes a Auto-Eficácia utilizamos as sub-escalas da Escala de Auto-Eficácia Física: Capacidade Física Percebida (CFP) e Confiança na Auto-Apresentação Física (CAAF) (RYCKMAN et. al., 1982 apud MATSUDO, 2000). Esses instrumentos avaliam as percepções dos indivíduos sobre as suas capacidades de realizar tarefas utilizando habilidades físicas. A sub-escala Capacidade Física Percebida apresenta

10 itens para avaliar a competência física percebida e a sub-escala Confiança na Auto-Apresentação Física possui 12 itens para avaliar a confiança na apresentação de habilidades físicas. Os escores obtidos nas duas sub-escalas são somados e podem variar de 22 a 132. A amostra foi composta por 7 idosos do sexo feminino e do sexo masculino residentes em duas instituições diferentes, com idades entre 60 e 93 anos e por 7 idosas ativas participantes do Projeto CELARI, com idades entre 60 e 85 anos. Os valores obtidos em cada sub-escala foram somados e, assim, obtivemos a Auto-Eficácia Física. Então, calculamos a média e o desvio padrão dos valores obtidos para cada população, através do programa de computador Excel. Com os valores da média e desvio padrão, pudemos fazer uma comparação entre os dados de cada população. Resultados e Discussão: As médias e desvio padrão obtidas para a população residente em instituições de longa permanência foram respectivamente: 78,42 e 12,25. Já a média e o desvio padrão para a população idosa ativa foram respectivamente: 107,14 e 8,41. A partir dos resultados das médias obtidas, podemos observar que houve uma grande diferença entre a Auto-Eficácia Física das duas populações. Essa diferença pode ser explicada pelo fato da população de idosas participantes do Projeto CELARI praticar atividade física, diferentemente do que acontece com a população asilar, pois segundo, McAuley apud Okuma (1998), "a atividade física aumenta a percepção de auto-eficácia" (p. 92). Para Spirduso (2000), "adultos idosos que não têm muita experiência com exercícios, esportes ou trabalho físico têm pouca noção de suas capacidades físicas" (p. 356). Isso pode ocorrer com a população asilar, pois sem experiências com exercícios, quando perguntados sobre suas capacidades eles podem se subestimar. Ainda, segundo Wankel apud Okuma (1998), "a atividade física dá a pessoa oportunidade de desafiar-se e receber um feedback imediato de suas capacidades" (p. 92). Isso acontece com a população idosa ativa, pois como praticam exercícios para elas fica mais fácil responder sobre suas capacidades, já que "a participação em programas de exercício também proporciona experiências que elevam as capacidades físicas percebidas dos adultos idosos e, portanto, aumentam a auto-eficácia."(SPIRDUSO, 2000, p. 356). Além disso, o sentimento de baixa auto-eficácia dos idosos institucionalizados pode acarretar perdas no bem-estar desses idosos, pois todos os aumentos da auto-eficácia, segundo Spirduso (2000), representam aumentos no bem-estar do indivíduo, já que "a realização física é sempre relativa para a capacidade do indivíduo, então, por menores que possam ser os ganhos físicos, eles representam uma mudança positiva em vez de declínio físico." (p. 357). Observamos, também, que segundo Spirduso (2000), nas instituições de longa permanência muitas perdas afetam os idosos: perda do poder de tomada de decisões, perda da mobilidade, perda do controle sobre o ambiente,

perda da privacidade, redução de contatos humanos, privação cultural e estética, diminuição da identidade individual. Essas perdas têm efeitos profundos sobre a sensação de controle do indivíduo, podendo assim influenciar a auto-eficácia diminuindo o bem-estar dessas pessoas. Conclusão: Os resultados nos mostram uma grande diferença na Auto-Eficácia Física de idosas ativas e de idosos institucionalizados. Nas instituições visitadas constatamos que são oferecidos muitos serviços, na sua maioria voluntários, o que pode inviabilizar o alcance dos resultados almejados, pois tais serviços estão sujeitos a descontinuidade. A atividade física com orientação profissional, no caso estágio orientado, consta entre os serviços oferecidos, mas não é de grande aceitação por parte dos institucionalizados, embora não possamos precisar fatores de rejeição. Entretanto, podemos ressaltar que a mobilidade restrita ao espaço institucional é de fato preponderante para a inatividade física. Para tentar mudar a realidade dos idosos institucionalizados propomos a realização de um programa de exercício físico sistemático, onde eles possam vivenciar atividades físicas e esportivas, pois como diz Spirduso, os programas de exercícios ou esportes para adultos idosos geralmente melhoram a auto-eficácia para essas atividades, incidindo positivamente no bem-estar psicológico. Referências: MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. Avaliação do Idoso : física & funcional. Londrina, PR: Editado por Sandra Marcela Mahecha Matsudo, Midiograf, 2000. NERI, Anita Liberalesso, FREIRE, Sueli Aparecida. E por falar em boa velhice. Campinas, SP: Editora Papirus, 2000. NETTO, Matheus Papaléo. Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. OKUMA, Silene Sumire. O Idoso e a Atividade Física. Campinas, SP: Editora Papirus, 1998. SPIRDUSO, Waneen Wyrick. Dimensões Físicas do Envelhecimento. Barueri, SP: Editora Manole, 2005.