

# ENVOLVIMENTO EM ACTIVIDADES DE LAZER E AUTO-EFICÁCIA

**Rute F. Meneses**

**Professora Auxiliar**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UFP

rmeneses@ufp.edu.pt

Com a colaboração dos alunos inscritos na Unidade Curricular Psicologia da Saúde e do Lazer do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo 2008/2009<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Os alunos que, no âmbito da avaliação contínua, recolheram os dados apresentados no presente estudo e os inseriram numa base de dados previamente desenvolvida pela autora, facultando-os à mesma, são, por ordem alfabética: Ana Catarina Gomes de Almeida; Ana Rita Miranda Padrão; Ana Sofia Melo Silva; Ana Zélia da Silva Barata; Andreia Luísa de Almeida Guerra da F. Teixeira; Aurora Marília Martins Ribeiro; Carlos Alberto da Silva; Carmencita Fernanda Ferreira da Silva; Catarina Maria dos Santos Amorim; Célia Alexandra Paiva da Silva; Cláudia Daniela Andrade Carvalho Alves; Cláudio Filipe Valente Tavares; Cristiana Alexandra Lima Pereira; Cristina Mendoza Oliveira; Cristina Paula Correia Cardoso; Daniela Alves dos Santos; Fernando António Gomes de Sá Ferreira; Joana Isabel Rodrigues Amaral; Laetitia Marie Teixeira Azevedo; Liliana Isabel Moreira da Silva Soares; Mafalda Sofia Barreto Santos Batalha Vigia; Maria do Rosário Osório Pestana de Vasconcelos; Mariana Coelho de Almeida Magalhães; Miguel José Correia Araújo; Mónica Figueiredo Nogueira; Pedro Miguel Carvalho de Castro Ribeiro; Pedro Orlando Inocêncio Morais; Rúben José Sotto Maior Faria Carneiro; Sofia Gonçalves Ferreira; Tânia Marisa dos Santos Castro; Tatiana Raquel Pereira Santos; Teresa Maria D'Alte Carvalho Fontes; Verónica de Medeiros Alegre; e Verónica Maria Pontes Fernandes.

## RESUMO

Actualmente, diversas mensagens sobre Saúde afloram o lazer dos indivíduos. Paralelamente, a auto-eficácia (AE) é uma variável central na promoção de comportamentos saudáveis. Objectivos: analisar a AE e o lazer de um grupo de indivíduos e explorar a relação entre ambos. Os 204 participantes tinham uma boa AE e envolviam-se em actividades de lazer muito diversas. As correlações (estatisticamente significativas) entre a AE e a frequência de diversas actividades de lazer apoiam o papel da AE ao nível dos comportamentos promotores de saúde.

## PALAVRAS-CHAVE

Lazer, Auto-eficácia, Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

Nowadays, several health messages tap people's leisure. Additionally, self-efficacy (SE) is a key variable in the promotion of healthy behaviours. Consequently, the aim of the present study was to analyze the SE and leisure of a group of individuals and the relationship between them. The 204 participants had a good self-efficacy and reported very different leisure activities. The (statistically significant) correlations between SE and several leisure activities support a role for SE in the promotion of healthy behaviours.

## KEY WORDS

Leisure, Self-efficacy, Health promotion.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. LAZER E AUTO-EFICÁCIA

Actualmente, diversas mensagens relativas à Saúde focam, de modo mais ou menos directo, o tipo de actividades em que os indivíduos se envolvem/se deveriam envolver no seu tempo de lazer (cf., p.ex., objectivos específicos do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida - Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde, *s.d.*). Neste contexto, e antes de mais, convém definir lazer.

De acordo com a World Leisure Organization (2008), 'In the context of free time, the term 'leisure' is characterised as perceived freedom, experienced through a va-

riety of social, cultural, sport and tourism activities in which the individual is the main actor’.

Adicionalmente, o lazer caracteriza-se por:

- (a) A free personal or group quest for satisfaction, pleasure, discovery and socialisation in a leisurely fashion;
- (b) Experiences of well-being and harmony with oneself, others and nature;
- (c) Healthy lifestyles directly related to the physical and social well-being of individuals and communities;
- (d) The effects of cultural, social, and economical development on society as described in the World Leisure Organization’s Charter of Leisure;
- (e) Accessibility by the greatest number of people (World Leisure Organization, 2008).

O lazer parece ter um papel importante no desenvolvimento dos indivíduos e comunidades (p.e., Freire e Soares, 2000; World Leisure Organization, 2008). Consequentemente, tem-se assistido ao desenvolvimento de técnicas de avaliação neste âmbito (p.e., *Escalas de Coping através do Lazer* - Santos, Ribeiro e Guimarães, 2003; *Leisure Attitude Scale* - Freire e Fonte, 2007).

Não se pense, contudo, que nesta área o consenso reina. De facto, “como a definição do lazer, a classificação das atividades de lazer é objeto de controvérsias” (Dumazedier, 1974/2004, p. 97). Assim, e a título de exemplo, ainda que muitas das classificações existentes dividam o lazer em activo vs. passivo, o que tende a estar associado a um juízo de valor - o activo seria o melhor -, Neto (*cit. in Larizzatti, 2005*) defende que as actividades se devem classificar não com base n’“o que” fazer, mas sim no “como” fazer, i.e., enfatizando um envolvimento automático ou promotor de desenvolvimento.

Deixando estas controvérsias de parte, coloca-se a questão da promoção da eficácia das mensagens relativas à Saúde, nomeadamente as que focam as actividades de lazer. Ora, o Modelo de Crenças de Saúde foi “a primeira teoria desenvolvida com o objectivo de explicar o comportamento de saúde e doença, e nos últimos 40 anos tem sido a mais utilizada na preparação de programas nesta área” (Ribeiro, 2005, p. 163). Na sua formulação inicial era já considerada a necessidade de “um sinal, um estímulo desencadeador, que leve o indivíduo a actuar, que elicite o comportamento apropriado. O sinal pode ser interno, como um sintoma, ou externo como uma campanha nos *media*” (*ibidem*, p. 164).

Com as investigações sobre auto-eficácia (AE) levadas a cabo por Bandura, desde 1977, Rosenstock (1990) defende que esta variável seja acrescentada ao Modelo de Crenças de Saúde e que este modelo seja usado para desenvolver programas direccionados à mudança de comportamento de grandes grupos de indivíduos, a

longo prazo. Este não é, todavia, um modelo isento de críticas (cf. Bennett e Murphy, 1997/1999; Ogden, 1998/1999). Uma análise pormenorizada deste e de outros modelos que se lhe seguiram está fora do âmbito do presente artigo. Pretende-se apenas chamar a atenção para a importância da AE para que as mensagens relativas à Saúde sejam eficazes.

Pode afirmar-se que a AE se reporta

ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress (Ribeiro, s.d., s.p.).

Sabendo-se que “efficacy expectations predict with considerable accuracy the level of performance” (Bandura e Adams, 1977, pp. 303-304), Bandura clarifica a sua importância:

Not only can perceived self-efficacy have directive influence on choice of activities and settings, but, through expectations of eventual success, it can affect coping efforts once they are initiated. Efficacy expectations determine how much effort people will expend and how long they will persist in the face of obstacles and aversive experiences. The stronger the perceived self-efficacy, the more active the efforts (Bandura, 1977, p. 194).

## 1.2. AUTO-EFICÁCIA E SAÚDE

O’Leary (1992, *cit. in* Ribeiro, s.d.) declara que a AE influencia a saúde de dois modos: através de comportamentos que influenciam a saúde (adoção de comportamentos de promoção da saúde e diminuição de comportamentos de risco para a saúde) e da resposta fisiológica ao stress. Os estudos que se seguem, ainda que não clarifiquem o processo, apoiam o papel que a AE desempenha ao nível da saúde de grupos bastante diversos em termos etários e de saúde.

Sarkar, Ali e Whooley (2007), p.e., verificaram uma associação entre baixa AE e mau estado de saúde em indivíduos com doença coronária (CHD) em ambulatório. Os resultados obtidos levaram-nos a concluir que “self-efficacy is at least as important as cardiac function in the health of patients with CHD and may also be more easily modified” (*ibidem*, p. 310), pelo que a AE deverá ser estudada como alvo potencial de intervenções dirigidas a este tipo de doentes. Maciejewski, Prigerson e Mazure (2000) constataram, por seu turno, que níveis mais elevados de AE prediziam sintomas de depressão menos graves.

Edwards, Telfair, Cecil e Lenoci (2001) constataram que os adultos Afro-americanos com anemia falciforme com menor AE tendiam a relatar mais sintomas físicos e psicológicos relacionados com a doença, dor mais intensa e visitas mais frequentes ao médico do que os que tinham maior AE. Os resultados sugerem que os níveis de base da AE e mudanças ao longo do tempo na AE estão associados a alterações ao longo do tempo na sintomatologia desta doença. Assim, Edwards *et al.* (2001) defendem que futuramente se deve investigar a eficácia da promoção da AE como meio de promover a adaptação à doença.

Paralelamente, Fortenberry, Brizendine, Katz e Orr (2002) verificaram que a notificação dos parceiros sexuais é maior em indivíduos com níveis mais elevados de AE, argumentando que a AE poderia ser particularmente sensível a intervenções destinadas a aumentar a notificação do parceiro sexual iniciada pelo doente, relativamente às infecções sexualmente transmissíveis curáveis.

Já Souza, Silva e Galvão (2002) testaram uma intervenção psicológica ao nível da melhoria de índices clínicos em indivíduos prestes a receber tratamento odontológico. Face aos resultados obtidos, propuseram que o aumento significativo na AE do pré para o pós-tratamento no grupo de teste (que, além do procedimento odontológico padrão, recebera intervenção psicológica) pode ter sido, pelo menos parcialmente, responsável pela maior melhoria nos índices clínicos deste grupo, quando comparado com o grupo de controlo (que recebera apenas o procedimento padrão).

Cardoso (2006), por seu turno, verificou que a adesão aos comportamentos de saúde alimentação saudável, prática de actividade física, interrupção do tabagismo e diminuição do consumo de álcool era directamente predita pela AE relacionada com cada comportamento, em adultos hipertensos e com diabetes. A AE era menor para os comportamentos de alimentação saudável e prática de actividade física, sendo mais elevada para os comportamentos de interrupção do tabagismo e diminuição do consumo de álcool. Machado, Moreno e Rebustini (2006) também focaram a actividade física: as entrevistas realizadas a cinco tenistas que participavam em competições nacionais comprovaram que a AE pode ter um papel muito importante na carreira do tenista.

Num outro nível de actividade (física), Rodrigues, Costa e Pinto (2009) avaliaram 25 idosos, através da Escala de Eficácia de Quedas – Internacional (FES-I), que avalia quão competente é o indivíduo na realização de algumas actividades, através da preocupação sobre cair. Verificaram que indivíduos com 70 ou mais anos apresentavam *scores* mais elevados na FES-I, mostrando-se extremamente preocupados em cair, sendo menos competentes nas actividades de vida diárias.

Também Ribeiro (s.d.), ao avaliar sujeitos jovens e saudáveis, identificou correlações estatisticamente significativas entre o score de AE total e a percepção de saúde; o score da sub-escala de “repouso” do questionário de avaliação de comportamentos/attitudes; a soma dos scores dos itens do domínio exercício físico do questionário de avaliação de comportamentos/attitudes; e a soma dos scores dos itens do domínio prevenção do questionário de avaliação de comportamentos/attitudes. Morgado, Pires e Pinto (2000) estudaram um grupo ainda mais jovem, verificando que as crianças com uma AE global mais elevada apresentavam menos crises de asma. É ainda de referir que a meta-análise efectuada por Holden (1991, *cit. in* Ribeiro, s.d.), focando 56 artigos publicados entre 1981 e 1989, revelou que a AE predizia, consistentemente, a saúde.

Neste contexto, os objectivos do presente estudo são: (a) analisar a AE de um grupo de indivíduos heterogéneo quanto à idade; (b) caracterizar o lazer desses indivíduos; e (c) explorar a relação entre AE e frequência de um conjunto de actividades que se podem apelidar de lazer nos seis meses anteriores à avaliação.

## 2. MÉTODO

Foram avaliados 204 indivíduos, entre os 13 e os 83 anos ( $M=25,96$ ;  $DP=10,87$ ) e com uma escolaridade entre os 2 e os 25 anos ( $M=12,03$ ;  $DP=4,18$ ). A maior parte/ maioria dos participantes era do sexo feminino, solteira, com escolaridade ao nível do ensino superior, estudante (cf. Tabela 1).

O protocolo de avaliação utilizado englobou o Questionário Sócio-demográfico e de Lazer (QSDL), elaborado no âmbito da Unidade Curricular Psicologia da Saúde e do Lazer (cf. Meneses, 2009), e a Escala de Auto-eficácia Geral (EAEG), baseada na *Self-Efficacy Scale* de Sherer *et al.* (1982, *cit. in* Ribeiro, s.d.), adaptada por Ribeiro (s.d.).

QSDL – O Questionário inclui 63 itens de escolha múltipla ou resposta breve: 17 focam um conjunto de variáveis sócio-demográficas; 1 item, de resposta aberta, foca a definição de lazer do indivíduo (“Diga, numa frase, o que é para si Lazer”); os 37 itens seguintes são sobre actividades que podem ser consideradas de lazer; há ainda mais 4 itens sobre o lazer do indivíduo; e outros 4 sobre actividade física. Em relação aos 37 itens acerca das actividades de lazer, o respondente deve indicar, com uma cruz, a frequência com que realizou cada uma delas nos últimos seis meses (de 1 – Nunca a 5 – Muito frequentemente) (36 itens), tendo ainda a possibilidade de fazer o mesmo para uma “outra” actividade a indicar pelo próprio (item 37).

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	121	59,3
Masculino	83	40,7
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro/a	146	71,6
União de facto	4	2,0
Casado/a	47	23,0
Separado/a   Divorciado/a	7	3,4
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escola Primária/1º Ciclo	8	3,9
Ciclo Preparatório/2º Ciclo	2	1,0
3º Ciclo (7º-9º ano)	39	19,1
Ensino Secundário (10º-12º ano)	64	31,4
Ensino Superior	90	44,1
Dados omissos	1	0,5
<b>ESTATUTO PROFISSIONAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Empregado/a a tempo inteiro	58	28,4
Empregado/a a tempo parcial	4	2,0
Desempregado/a	4	2,0
Reforma antecipada	1	0,5
Reforma não antecipada	2	1,0
Doméstico/a	5	2,5
Estudante	111	54,4
Trabalhador/a-estudante	18	8,8
Dados omissos	1	0,5

**TABELA 1:** Caracterização Sócio-demográfica da Amostra (N=204).

EAEG - A resposta aos 15 itens do questionário (10 dos quais são invertidos) é dada numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, podendo-se calcular três scores (perfil das três sub-escalas/factores: *Iniciação e Persistência*, *Eficácia perante a adversidade* e *Eficácia social*) e/ou o score global: quanto mais baixo o score, menor a percepção de eficácia (Ribeiro, s.d.).

Após a obtenção da autorização para utilizar a EAEG (pela autora) e o desenvolvimento do QSDL, cada mestrando, devidamente treinado para o efeito, recolheu, no mínimo, 5 protocolos, entre os seus conhecidos. O consentimento informado era condição *sine qua non* de participação no estudo.

### 3. RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta os valores de AE obtidos pelos participantes. Tendo em consideração os valores mínimos e máximos possíveis da EAEG e o ponto médio de cada um dos scores possíveis, pode afirmar-se que, em geral, a amostra revelou uma boa AE.

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	M	DP
Iniciação e Persistência	202	13,00	42,00	29,61	7,61
Eficácia perante a Adversidade	198	8,00	35,00	25,56	7,86
Eficácia Social	201	9,00	28,00	19,30	4,49
Auto-eficácia Total	194	38,00	105,00	74,41	17,89

TABELA 2: Caracterização da Auto-eficácia da Amostra

A Tabela 3 mostra o envolvimento dos participantes num conjunto de actividades que se podem considerar de lazer. A sua análise mostra que estes se haviam envolvido em actividades muito variadas nos seis meses anteriores à avaliação.

ACTIVIDADES	FREQUÊNCIA										DADOS OMISSOS	
	1		2		3		4		5		n	%
Media	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ver televisão	1	0,5	28	13,7	61	29,9	45	22,1	69	33,8	0	0
2. Ler revistas e jornais	6	2,9	54	26,5	66	32,4	46	22,5	31	15,2	1	0,5
3. Ir ao cinema	35	17,2	83	40,7	55	27,0	23	11,3	8	3,9	0	0
4. Ouvir rádio	13	6,4	37	18,1	48	23,5	51	25,0	55	27,0	0	0
5. Navegar na internet	13	6,4	12	5,9	27	13,2	49	24,0	101	49,5	2	1
<b>Actividades sociais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
6. Sair com os amigos	10	4,9	20	9,8	58	28,4	60	29,4	56	27,5	0	0
7. Festas em casa de amigos	27	13,2	77	37,7	55	27,0	26	12,7	18	8,8	1	0,5
8. Ir a discotecas e bares	42	20,6	74	36,3	50	24,5	24	11,8	14	6,9	0	0
9. Convívio familiar (ex. almoço, jantar)	3	1,5	24	11,8	44	21,6	69	33,8	64	31,4	0	0
10. Dançar	45	22,1	71	34,8	50	24,5	20	9,8	18	8,8	0	0

11. Jantar num restaurante (com amigos)	13	6,4	56	27,5	68	33,3	49	24,0	18	8,8	0	0
12. Frequentar Clubes ou Associações	82	40,2	63	30,9	23	11,3	17	8,3	19	9,3	0	0
13. Namorar	35	17,2	23	11,3	33	16,2	49	24,0	64	31,4	0	0
<b>Actividades desportivas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
14. Desportos individuais	63	30,9	49	24,0	35	17,2	26	12,7	31	15,2	0	0
15. Desportos de pares	93	45,6	42	20,6	31	15,2	25	12,3	13	6,4	0	0
16. Desportos de equipa	78	38,2	37	18,1	29	14,2	28	13,7	32	15,7	0	0
17. Fazer exercícios de manutenção (ex. ir ao ginásio)	86	42,2	43	21,1	32	15,7	20	9,8	23	11,3	0	0
18. Ir a acontecimentos desportivos	64	31,4	65	31,9	43	21,1	19	9,3	12	5,9	1	0,5
<b>Actividades Culturais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
19. Ir ao teatro	104	51,0	65	31,9	23	11,3	9	4,4	3	1,5	0	0
20. Concertos, ballet ou ópera	116	56,9	51	25,0	26	12,7	8	3,9	3	1,5	0	0
21. Visitar museus ou galerias de arte	96	47,1	60	29,4	42	20,6	6	2,9	0	0	0	0
22. Ir a festivais de música	73	35,8	71	34,8	46	22,5	10	4,9	4	2,0	0	0
<b>Actividades de ar livre</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
23. Campismo, caravanismo	115	56,4	47	23,0	30	14,7	10	4,9	2	1,0	0	0
24. Fazer piqueniques	101	49,5	61	29,9	29	14,2	11	5,4	2	1,0	0	0
25. Ir à praia	28	13,7	51	25,0	50	24,5	46	22,5	29	14,2	0	0
26. Passear	1	0,5	13	6,4	47	23,0	83	40,7	60	29,4	0	0
27. Fazer excursões	129	63,2	49	24,0	19	9,3	4	2,0	2	1,0	1	0,5
<b>Passatempos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
28. Pintar ou desenhar	105	51,5	54	26,5	29	14,2	6	2,9	10	4,9	0	0
29. Fazer fotografia ou pequenos filmes	62	30,4	58	28,4	51	25,0	22	10,8	11	5,4	0	0
30. Bordar, fazer tapeçarias, rendas	169	82,8	14	6,9	10	4,9	6	2,9	5	2,5	0	0
31. Coleccionar	143	70,1	36	17,6	15	7,4	6	2,9	3	1,5	1	0,5
32. Ouvir música	4	2,0	6	2,9	39	19,1	46	22,5	109	53,4	0	0
33. Ler livros	21	10,3	42	20,6	54	26,5	46	22,5	40	19,6	1	0,5
34. Ir a livrarias, bibliotecas ou lojas de música	21	10,3	49	24,0	59	28,9	42	20,6	33	16,2	0	0
35. Utilizar computador	9	4,4	4	2,0	11	5,4	36	17,6	143	70,1	1	0,5
36. Praticar actividades artísticas (cantar...)	95	46,6	44	21,6	30	14,7	16	7,8	19	9,3	0	0
37. Outra	3	1,5	0	0	7	3,4	1	0,5	9	4,4	184	90,2

TABELA 3: Frequência e Percentagem das Opções de Resposta Escolhidas para cada Actividade de Lazer, nos Últimos Seis Meses (N=204)

No que toca aos indivíduos terem realizado alguma dessas actividades por ideia de outra pessoa, 138 indivíduos (67,6%) negaram-no, enquanto 63 (30,9%) relataram que tal correspondia à realidade. Três indivíduos (1,5%) não responderam a essa questão.

A Tabela 4 indica as respostas à questão “Com quem passa a maior parte do seu tempo de lazer?”, revelando que os amigos e a família eram a companhia mais frequente.

	n	%
SOZINHO/A	10	4,9
FAMÍLIA	56	27,5
AMIGOS	65	31,9
NAMORADO/A	21	10,3
COLEGAS DE TRABALHO	3	1,5
OUTROS	9	4,4
VÁRIOS	39	19,1
DADOS OMISSOS	1	,5

TABELA 4: Companhia no Tempo de Lazer (N=204)

A Tabela 5 apresenta os dados relativos às quatro questões sobre actividade física do QSDL. Estes mostram que a maior parte dos inquiridos considerava-se activa, com uma aptidão física (*fitness*) satisfatória na altura, praticava actividade física essencialmente porque fazia-a sentir-se bem e quando ia praticar actividade física ia acompanhada.

SEDENTÁRIO OU ACTIVO	n	%
Activo/a	157	77,0
Sedentário/a	30	14,7
Não sabe dizer	17	8,3
FITNESS	n	%
Muito boa	16	7,8
Boa	63	30,9
Satisfatória	107	52,5
Má	14	6,9
Muito má	4	2,0

RAZÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA	n	%
Faz-me sentir bem	74	36,3
Gosto de praticar actividade física	10	4,9
Praticar actividade física ajuda-me a não engordar	5	2,5
Praticar actividade física ajuda-me a estar com os meus amigos	2	1,0
Tenho jeito	1	0,5
Ajuda-me a esquecer as preocupações/aborrecimentos	11	5,4
Vários	68	33,3
Dados omissos	33	16,2
COMPANHIA NA ACTIVIDADE FÍSICA	n	%
Sozinho/a	47	23,0
Acompanhado/a	116	56,9
Ambos	1	,5
Dados omissos	40	19,6

TABELA 5: Caracterização da Actividade Física da Amostra (N=204)

A Tabela 6 apresenta as correlações (de Pearson) entre a frequência com que os participantes haviam realizado cada uma das actividades focadas na Tabela 3 e os indicadores de AE obtidos. Verifica-se, assim, que a frequência de realização de 12 das 37 (36 e “outra”) actividades não apresentou correlação estatisticamente significativa com nenhum dos indicadores de AE. Adicionalmente, a Iniciação e Persistência correlacionou-se com a frequência de realização de 15 actividades, a Eficácia perante a adversidade com a frequência de realização de 11, a Eficácia social com a frequência de realização de (outras) 15 e a AE total com a frequência de realização de 12 actividades de lazer. Das 53 correlações estatisticamente significativas (que se podem interpretar como muito baixas a baixas), 42 eram positivas e 11 negativas.

	INICIAÇÃO E PERSISTÊNCIA			EFICÁCIA PERANTE A ADVERSIDADE			EFICÁCIA SOCIAL			AUTO-EFICÁCIA TOTAL		
	r	p	N	r	p	N	r	p	N	r	p	N
Lazer_1	-0,098	0,167	202	-0,206	0,004	198	-0,039	0,582	201	-0,135	0,060	194
Lazer_2	0,145	0,040	201	0,099	0,165	197	0,248	0,000	200	0,176	0,014	193
Lazer_3	0,163	0,021	202	0,054	0,451	198	0,163	0,021	201	0,116	0,107	194
Lazer_4	0,089	0,206	202	0,126	0,076	198	0,184	0,009	201	0,141	0,050	194
Lazer_5	-0,002	0,982	201	-0,007	0,919	197	0,192	0,007	200	0,045	0,531	193
Lazer_6	-0,085	0,229	202	-0,158	0,026	198	0,112	0,113	201	-0,080	0,270	194

Lazer_7	0,190	0,007	201	0,079	0,269	197	0,231	0,001	200	0,173	0,016	193
Lazer_8	0,154	0,029	202	0,034	0,630	198	0,175	0,013	201	0,125	0,082	194
Lazer_9	0,020	0,777	202	-0,012	0,865	198	0,028	0,695	201	0,013	0,859	194
Lazer_10	0,010	0,890	202	-0,029	0,685	198	0,084	0,237	201	0,008	0,913	194
Lazer_11	0,195	0,005	202	0,148	0,038	198	0,301	0,000	201	0,214	0,003	194
Lazer_12	0,097	0,168	202	0,049	0,492	198	0,060	0,401	201	0,070	0,329	194
Lazer_13	0,154	0,028	202	0,077	0,283	198	0,131	0,064	201	0,135	0,061	194
Lazer_14	0,161	0,022	202	0,094	0,190	198	0,191	,007	201	0,163	0,023	194
Lazer_15	-0,120	0,088	202	-0,178	0,012	198	-0,072	0,313	201	-0,144	0,046	194
Lazer_16	-0,202	0,004	202	-0,312	0,000	198	-0,122	0,085	201	-0,264	0,000	194
Lazer_17	0,200	0,004	202	0,194	0,006	198	0,272	0,000	201	0,237	0,001	194
Lazer_18	0,012	0,864	201	-0,021	0,767	197	0,097	0,172	200	0,020	0,783	193
Lazer_19	0,138	0,050	202	0,182	0,010	198	0,098	0,166	201	0,163	0,023	194
Lazer_20	0,176	0,012	202	0,194	0,006	198	0,107	0,131	201	0,177	0,013	194
Lazer_21	0,055	0,435	202	0,143	0,044	198	0,154	0,029	201	0,136	0,058	194
Lazer_22	0,196	0,005	202	0,135	0,058	198	0,178	0,011	201	0,175	0,014	194
Lazer_23	0,041	0,560	202	0,019	0,791	198	0,047	0,507	201	0,027	0,708	194
Lazer_24	-0,033	0,644	202	-0,037	0,604	198	0,045	0,529	201	-0,012	0,873	194
Lazer_25	0,087	0,221	202	0,046	0,524	198	0,113	0,111	201	0,074	0,305	194
Lazer_26	-0,025	0,721	202	-0,102	0,151	198	-0,066	0,354	201	-0,085	0,236	194
Lazer_27	0,147	0,038	201	0,095	0,186	197	-0,009	0,902	200	0,116	0,108	193
Lazer_28	-0,250	0,000	202	-0,203	0,004	198	-0,132	0,061	201	-0,254	0,000	194
Lazer_29	-0,047	0,505	202	-0,075	0,296	198	0,001	0,987	201	-0,068	0,345	194
Lazer_30	-0,156	0,027	202	-0,007	0,921	198	-0,135	0,055	201	-0,104	0,147	194
Lazer_31	-0,023	0,749	201	-0,029	0,686	197	0,009	0,899	200	-0,035	0,632	193
Lazer_32	-0,095	0,181	202	-0,127	0,076	198	0,145	0,040	201	-0,074	0,306	194
Lazer_33	0,114	0,108	201	0,201	0,005	197	0,269	0,000	200	0,203	0,005	193
Lazer_34	0,049	0,493	202	0,130	0,067	198	0,201	0,004	201	0,130	0,071	194
Lazer_35	0,055	0,438	201	0,036	0,611	197	0,173	0,015	200	0,086	0,234	193
Lazer_36	-0,079	0,266	202	-0,063	0,374	198	-0,092	0,192	201	-0,102	0,158	194
Lazer_37	-0,059	0,806	20	-0,237	0,328	19	-0,036	0,879	20	-0,129	0,597	19

TABELA 6: Correlação entre a Frequência de Atividades de Lazer e a Auto-eficácia dos Participantes.

## 4. DISCUSSÃO

No que toca à AE dos participantes, ainda que, em geral, esta possa ser considerada boa, não deixa de haver espaço para melhoria da mesma (pelo menos em algumas das dimensões avaliadas em determinados sujeitos). No que concerne o que os participantes relataram sobre o seu lazer, a heterogeneidade dominou. É, contudo, de destacar que cerca de metade dos inquiridos escolheu a opção indicativa de maior frequência para as actividades “utilizar computador”, “ouvir música” e “navegar na internet” e a opção inversa para as actividades “bordar, fazer tapeçarias, rendas”, “coleccionar”, “fazer excursões”, “concertos, ballet ou ópera”, “campismo, caravanismo”, “pintar ou desenhar”, “ir ao teatro”, “fazer piqueniques”, “visitar museus ou galerias de arte”, “praticar actividades artísticas (cantar...)”, “desportos de pares” e “fazer exercícios de manutenção (ex. ir ao ginásio)”. Por um lado, as actividades mais escolhidas podem ser realizadas paralelamente a actividades laborais/académicas, por outro, várias das actividades menos escolhidas têm um potencial considerável ao nível da “saúde física” (e não só). Os dados apontam ainda para a importância dos outros: como fontes de ideia para a realização das actividades listadas (30,9% admitiu-o); como companhia na maior parte do tempo de lazer (principalmente amigos e família); e aquando da prática de actividade física.

Apesar das frequências indicadas (cf. actividades “mais activas”), a maior parte caracterizou-se como activa, com uma aptidão física satisfatória e motivada para a prática de actividade física principalmente devido ao facto de esta a fazer sentir-se bem. Falta saber se estas percepções correspondem à realidade ou são reflexos de um viés ego defensivo, que poderá limitar o envolvimento em actividades promotoras de saúde.

Finalmente, o presente estudo revelou um conjunto de correlações lineares estatisticamente significativas entre a AE (score global) e a frequência de actividades que se podem apelidar de lazer, nomeadamente: “ler revistas e jornais”, “festas em casa de amigos”, “jantar num restaurante (com amigos)”, “desportos individuais”, “fazer exercícios de manutenção (ex. ir ao ginásio)”, “ir ao teatro”, “concertos, ballet ou ópera”, “ir a festivais de música”, “ler livros” (correlações positivas: maior AE está associada a maior frequência), bem como “desportos de pares”, “desportos de equipa”, “pintar ou desenhar” (correlações negativas: menor AE está associada a maior frequência). As três últimas correlações identificadas, por serem inesperadas, requerem maior exploração futura, nomeadamente, a verificação da sua replicação numa outra amostra. Entretanto, pode supor-se que os indivíduos com menor AE precisem de apoio/estímulo exterior para praticar exercício físico (logo, desportos

de pares ou de equipa) e tenham mais dificuldade de expressão (o que explicaria o recurso à pintura e ao desenho).

Em geral, os resultados obtidos vão de encontro à literatura revista e apoiam o papel da AE ao nível dos comportamentos promotores de saúde de indivíduos com uma grande amplitude etária. Consequentemente, esta variável deve ser considerada por todos os profissionais envolvidos no desenvolvimento de mensagens relativas à Saúde. O mesmo se verifica relativamente ao envolvimento dos outros significativos em programas de promoção da saúde.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. In: *Psychological Review*, 84, 2, pp. 191-215.

BANDURA, A. e ADAMS, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behaviour change. In: *Cognitive Therapy and Research*, 1, 4, pp. 287-310.

BENNETT, P. e MURPHY, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde* (J. Nogueira, Trad.). Lisboa, Climepsi. (Obra original publicada em 1997)

CARDOSO, C. M. (2006). *A influência da auto-eficácia na adesão aos comportamentos de saúde*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

DUMAZEDIER, J. (2004). *Sociologia empírica do lazer*. 2ª ed. (S. Mazza e J. Guinsburg, Trans.). São Paulo, Perspectiva / SESC. (Obra original publicada em 1974)

EDWARDS, R., TELFAIR, J., CECIL, H. e LENOCI, J. (2001). Self-efficacy as a predictor of adult adjustment to sickle cell disease: One-year outcomes. In: *Psychosomatic MEDICINE*, 63, PP. 850-858.

FORTENBERRY, J. D., BRIZENDINE, E. J., KATZ, B. P. e ORR, D. P. (2002). The role of self-efficacy and relationship quality in partner notification by adolescents with sexually transmitted infections. In: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, pp. 1133-1137.

FREIRE, T. e FONTE, C. (2007). Escala de atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos. In: *Paidéia*, 17, 36, pp. 79-87.

FREIRE, T. e SOARES, I. (2000). O impacto psico-social do envolvimento em actividades de lazer no processo de desenvolvimento adolescente. In: *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 5, 1, pp. 23-38.

- LARIZZATTI, M. F. (2005). *Lazer e recreação para o turismo*. Rio de Janeiro, Sprint.
- MACHADO, A. A., MORENO, R. M. e REBUSTINI, F. (2006). A auto-eficácia no *behav* de campo: Uma perspectiva da Psicologia do Esporte. *Lecturas: Educación física y deportes*, 10(93). [Em linha]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd93/autoeffic.htm>. [Consultado em 8/6/2009].
- MACIEJEWSKI, P. K., PRIGERSON, H. G. e MAZURE, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *In: British Journal of Psychiatry*, 176, pp. 373-378.
- MENESES, R. F. (2009). Treino de competências de investigação em psicologia: Relato de uma experiência. Manuscrito submetido para publicação.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direção-Geral da Saúde. (s.d.). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. [Em linha]. Disponível em [http://static.publico.clx.pt/docs/pesoemedida/DGS\\_Programa\\_Nacional\\_Intervencao\\_Integrada\\_Determinantes\\_Saude\\_Relacionados\\_Estilos\\_Vida\\_2003.pdf](http://static.publico.clx.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf). [Consultado em 20/07/2009].
- MORGADO, M. V., PIRES, A. e PINTO, J. R. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *In: Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 1, pp. 121-128.
- OGDEN, J. (1999). *Psicologia da Saúde* (C. Patrocínio e F. Andersen, Trans.) Lisboa, Climepsi. (Obra original publicada em 1998)
- RIBEIRO, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra, Quarteto.
- RIBEIRO, J. L. P. (s.d.). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. [Em linha]. Disponível em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm> [Consultado em 10/2/2009].
- RODRIGUES, I. G., COSTA, G. A. e PINTO, R. M. C. (2009). Qualidade de vida e senso de auto-eficácia para quedas em idosos participantes do Projeto AFRID/UFU. *Lecturas: Educación física y deportes*, 13(129). [Em linha]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd129/qualidade-de-vida-e-senso-de-auto-eficacia-para-quedas-em-idosos.htm>. [Consultado em 8/6/2009].
- ROSENSTOCK, I. M. (1990). The Health Belief Model: Explaining health behaviour through expectancies. *In: Glanz, K., Lewis, F. e Rimer, B. (Eds.), Health behaviour and health education*. San Francisco, Jossey-Bass, pp. 39-62.
- SANTOS, L. R., RIBEIRO, J. P. e GUIMARÃES, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *In: Análise Psicológica*, XXI, 4, pp. 441-451.
- SARKAR, U., ALI, S. e WHOOLEY, M. A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *In: Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 306-312.

SOUZA, G. A., SILVA, A. M. M. e GALVÃO, R. (2002). A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *In: Pesquisa Odontológica Brasileira*, 16, 1, pp. 57-62.

World Leisure Organization. (2008). Québec Declaration. [Em linha]. Disponível em <http://www.worldleisure.org/#>. [Consultado em 20/07/2009].

