UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Aderência à atividade física em mulheres da Universidade Aberta à
Terceira Idade

Cláudio Shigueki Suzuki

Ribeirão Preto
2005

CLÁUDIO SHIGUEKI SUZUKI

**Aderência à atividade física em mulheres da Universidade Aberta à
Terceira Idade**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná. Inserido na linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Villela Mamede

Ribeirão Preto

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Suzuki, Cláudio Shigueki

Aderência à Atividade Física em Mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade./ Cláudio Shigueki Suzuki; orientadora Marli Villela Mamede. — Ribeirão Preto, 2005. 104 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de Concentração: Saúde da Mulher no Ciclo Vital) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Aderência. 2. Atividade Física. 3. Saúde da Mulher. 4. Envelhecimento.

DEDICATÓRIA

À Deus, por me proporcionar o dom da vida e por sempre se encontrar ao meu lado.

À minha família, Silvana, Sophia e Helena, presente precioso de Deus, que em minhas ausências me ensinaram que não há nada melhor do que estarmos juntos e ao meu lado me incentivaram à concretização deste sonho.

Aos meus queridos pais, Shigueki e Vera, pelo amor despendido, pelo quanto se dedicaram à minha formação e por sempre acreditarem em minha capacidade e em meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Marli Vilela Mamede, que permitiu as melhores reflexões sobre minha vida acadêmica, meu especial agradecimento pela sabedoria, pela confiança e pelo apoio inestimável durante o desenvolvimento da pesquisa.

Às integrantes da Universidade Aberta à Terceira Idade, pelo acolhimento, disponibilidade e confiança no desenvolvimento desta pesquisa.

Às minhas amigas Schelyne e Maria Tereza, pelos momentos de alegria, pelas cantorias e pela hospedagem.

Ao meu colega de trabalho Edílson Maia, por sua dedicação profissional em todos os momentos.

À Professora Dra. Cláudia Benedita dos Santos, pelo aprendizado proporcionado da Estatística e pelas análises realizadas, mesmo nos momentos em que se encontrava atarefada.

Aos colegas de Mestrado, pelos momentos de humor, debates e aprendizado que juntos proporcionamos.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1. ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO	6
2.2. ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO: REPERCUSSÕES NA VIDA DA MULHER	13
3. PROBLEMA	25
4. OBJETIVO	26
5. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	27
6. MATERIAL E MÉTODOS	
6.1. Local de Estudo	32
6.2. Sujeitos do Estudo	35
6.3. Aspectos Éticos	35
6.4. Procedimentos de Coleta de Dados	36
6.5. Análise dos Dados	37
7. RESULTADOS	
7.1. Caracterização da Amostra	38
7.2. Conhecimento e Percepção da Atividade Física	46
7.3. Percepção das Barreiras para a Prática da Atividade Física	58
7.4. Motivação para a Prática da Atividade Física	62
7.5. A Realidade Objetiva da Prática da Atividade Física	70
7.5. A Atividade Física no Espaço de Vida das Mulheres da UATI	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
ANEXO 1	93
ANEXO 2	94
ANEXO 3	95
ANEXO 4	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

RESUMO

SUZUKI, C.S. **Aderência à atividade física em mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade**. 2005. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

A atividade física possui um papel fundamental na promoção da saúde de mulheres que chegam à Terceira Idade, promovendo o fortalecimento de todo o organismo e prevenindo doenças. Objetivo: verificar em um grupo de mulheres participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade a motivação para a prática da atividade física, buscando compreender os fatores que facilitam e dificultam a sua adesão. Baseou-se no Modelo de Crenças em Saúde, o qual busca explicar o comportamento humano quanto ao processo saúde/doença de acordo com as variáveis: susceptibilidade, seriedade, benefícios e barreiras percebidas. Amostra: 30 mulheres integrantes da Universidade Aberta à Terceira Idade. Procedimento: a coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira foi aplicado um questionário com questões relacionadas ao conhecimento e percepção a respeito da prática da atividade física, bem como benefícios e barreiras à sua realização. Na segunda etapa as mulheres estudadas registraram em um diário, durante 4 semanas consecutivas, o tipo de atividade realizada e suas justificativas quando não realizada. Conclusões: verificou-se que a prática da atividade física está configurada nas regiões centrais do espaço de vida das mulheres estudadas, sendo que 100% delas a considera importante para a promoção da saúde. Embora os problemas de saúde e os compromissos familiares dos finais de semana tenham sido identificados como barreiras à prática da atividade física, a sua realização foi motivada principalmente pela força de vontade pessoal e pela companhia de outras pessoas durante a sua prática.

SUMMARY

SUZUKI, C.S. **Adhesion to physical activity in women of the Open University to Third Age**. 2005. 104 f. Master Thesis – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

The physical activity has a fundamental function in the promotion of the women's health that arrive to the Third Age, promoting the invigoration of the whole organism and preventing diseases. Objective: to verify in a women's group of the Open University to the Third Age the motivation for the practice of the physical activity, looking for to understand the factors that facilitate and hinder the adhesion. This research is based on the Model of Faiths in Health, which looks for to explain the human behavior as for the process health/disease in agreement with the variables: susceptibility, seriousness, benefits and noticed barriers. Sample: 30 women of the Open University to the Third Age. Procedure: the collection of data was accomplished in two stages. In the first a questionnaire was applied with subjects related to the knowledge and perception regarding the practice of the physical activity, as well as benefits and barriers to this accomplishment. In the second stage the studied women registered in a diary, during 4 consecutive weeks, the type of accomplished activity and their justifications when no accomplished. Conclusions: it was verified that the practice of the physical activity is configured in the central areas of the space of the studied women's life, and 100% of them consider the physical activity important for the promotion of the health. Although the problems of health and the family commitments in the weekends have been identified as barriers to the practice of the physical activity, the accomplishment was motivated mainly by the personal willpower and for the other people's company during this practice.

RESUMEN

SUZUKI, C.S. **Adherencia a la actividad física en mujeres de la Universidad Abierta a la Tercera Edad**. 2005. 104 f. Disertación (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

La actividad física tiene un papel fundamental en la promoción de la salud de las mujeres que llegan a la Tercera Edad, resultando en el fortalecimiento del organismo entero y previniendo enfermedades. El objetivo: verificar en el grupo de mujeres de la Universidad Abierta a la Tercera Edad la motivación para la práctica de la actividad física, buscando entender los factores que facilitan e impiden la realización de tal práctica. Esta investigación está basada en el Modelo de Creencias en Salud, el cual busca explicar la conducta humana delante del proceso salud/enfermedad, de acuerdo con las variables: susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras percibidas. La muestra: 30 mujeres de la Universidad Abierta a la Tercera Edad. El procedimiento: Los datos fueron recogidos en dos etapas. En la primera, fue aplicada una encuesta con asuntos relacionados al conocimiento y a la percepción respecto a la práctica de la actividad física, así como los beneficios y barreras relacionados a su realización. En la segunda, las mujeres estudiadas registraron en un diario, durante 4 semanas consecutivas, el tipo de actividad cumplida y sus justificaciones cuando no la cumplían. Las conclusiones: se verificó que la práctica de la actividad física se configura en las áreas centrales del espacio de la vida de las mujeres estudiadas, y el 100% de ellas considera la actividad física importante para la promoción de la salud. Aunque se han identificado los problemas de salud y los compromisos familiares por los fines de semana como los factores que impiden la práctica de la actividad física, su realización fue motivada, principalmente, por la fuerza de voluntad personal y por la compañía de otras personas durante esta práctica.

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Distribuição das mulheres da UATI segundo a idade em anos	38
Tabela 2: Distribuição das mulheres da UATI segundo o grau de instrução	39
Tabela 3: Distribuição das mulheres da UATI segundo a ocupação	39
Tabela 4: Distribuição das mulheres da UATI segundo o tempo de participação na UATI	42
Tabela 5: Distribuição das respostas sobre as percepções dos benefícios da atividade física dadas pelas mulheres da UATI	53
Tabela 6: Distribuição das justificativas sobre o acréscimo de força proporcionado pela atividade física para as tarefas do cotidiano pelas mulheres da UATI	55
Tabela 7: Distribuição das justificativas sobre o a exigência de muito esforço físico para a realização dos exercícios físicos pelas mulheres da UATI	59
Tabela 8: Distribuição das mulheres da UATI segundo o tempo gasto nas atividades físicas fora da UATI	66
Tabela 9: Distribuição da média do tempo (minutos) utilizado com a atividade física segundo os dias da semana, durante 4 semanas	72
Tabela 10: Distribuição da média do tempo (minutos) utilizado com a atividade física segundo os dias da semana, durante 4 semanas, considerando apenas as mulheres que procederam o registro do tempo	73
Tabela 11: Distribuição do número de vezes de atividade física pelas mulheres da UATI de acordo com as semanas	75
Tabela 12: Distribuição das mulheres da UATI segundo o período do dia em que foi realizada a atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas	78
Tabela 13: Distribuição das mulheres da UATI segundo as justificativas da não realização da atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas	80

Lista de Figuras:

Figura 1: Representação topológica do espaço de vida	28
Figura 2: Distribuição das médias das frequências da atividade física realizada no período de 4 semanas, das mulheres da UATI, segundo os dias da semana	70
Figura 3: Distribuição das médias das frequências da atividade física realizada de acordo com as semanas, das mulheres da UATI	72
Figura 4: Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI	84
Figura 5: Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI ao longo das 4 semanas	86
Figura 6: Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI segundo a idade (anos)	87
Figura 7: Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI segundo o tempo de participação no programa	87
Figura 8 : Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI segundo a presença de familiares na residência	88
Figura 9: Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI ao longo da semana	89
Figura 10: Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI ao longo do dia	90

Lista de Gráficos:

Gráfico 1: Distribuição das mulheres da UATI quanto ao número de filhos	40
Gráfico 2: Distribuição das mulheres da UATI quanto ao hábito do tabagismo	43
Gráfico 3 : Distribuição das mulheres da UATI quanto à incidência de doenças	44
Gráfico 4: Distribuição das justificativas quanto à importância da atividade física para mulheres da UATI	47
Gráfico 5: Distribuição das justificativas quanto às doenças associadas ao sedentarismo para mulheres da UATI	52
Gráfico 6: Distribuição das justificativas quanto aos benefícios percebidos da prática da atividade física para mulheres da UATI	56
Gráfico 7: Distribuição das justificativas quanto às barreiras à prática da atividade física para mulheres da UATI	60
Gráfico 8: Distribuição das mulheres da UATI quanto a auto-avaliação da prática regular da atividade física	61
Gráfico 9: Distribuição das mulheres da UATI segundo os tipos de impedimentos à prática regular da atividade física	61
Gráfico 10: Distribuição das mulheres da UATI quanto ao período de realização da atividade física	66
Gráfico 11: Distribuição das justificativas quanto ao que torna mais fácil a prática da atividade física para mulheres da UATI	68
Gráfico 12: Distribuição das justificativas quanto ao incentivo de outras pessoas para a prática da atividade física pelas mulheres da UATI	69
Gráfico 13: Distribuição das justificativas das mulheres da UATI para a não realização da atividade física durante as quatro semanas	81

Lista de Quadros:

Quadro 1: O “Modelo de Crença em Saúde”, como determinantes do comportamento preventivo em Saúde	31
Quadro 2: Distribuição das mulheres da UATI segundo o local e o período do dia em que onde são realizados os exercícios físicos	65
Quadro 3: Distribuição das justificativas sobre o tempo suficiente de realização da atividade física pelas mulheres da UATI	67
Quadro 4: Distribuição das mulheres da UATI segundo o tipo de atividade física praticada e os dias da semana, durante 4 semanas	77

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cláudio Shigueki Suzuki

Aderência à Atividade Física em Mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre. Área de Concentração:
Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovado em: ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Marli Villela Mamede

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Maria José Clápis

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Ângelo Battaglion Neto

Instituição: _____ Assinatura: _____

1. INTRODUÇÃO

Na medida em que a expectativa de vida da população aumenta, cresce também a preocupação quanto à qualidade de vida dos idosos, principalmente no que se refere à sua saúde. Esse fenômeno tem seu reflexo na busca por grupos de convivência da Terceira Idade em todo o País, os quais compartilham desta preocupação.

Segundo Cachioni (1998), as Universidades da Terceira Idade possuem o papel de propiciar programas educativos à população de adultos maduros e idosos, promover pesquisas visando à produção de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento, formar profissionais para atuarem na área e prestar serviços preventivos de saúde aos idosos.

Além do fato das Universidades da Terceira Idade possuírem uma clientela composta por indivíduos com idade superior a 45 anos, apesar do Estatuto do Idoso, Lei nº 10,741, de 1º de outubro de 2003, estabelecer a Terceira Idade a partir dos 60 anos de idade (NUNES, 2003), outra questão merece uma ressalva: a predominância quase absoluta do público feminino. A participação masculina nos programas raramente ultrapassa os 20%.

Tem sido notório no contexto brasileiro o fato das mulheres de meia-idade e idosas estarem conquistando cada vez mais espaço e criando novas demandas sobre as instituições sociais. Uma parcela considerável de mulheres tende a freqüentar grupos de convivência, programas educacionais e programas de lazer, em que realizam atividades físicas, recreativas, sociais e culturais (NERI, 2001). A autora comenta que uma vez que as mulheres têm taxas mais altas de morbidade, e freqüentemente apresentam doenças como artrite e hipertensão, a participação em atividades físicas regulares pode ser um meio para que elas vivam com mais qualidade esse período do ciclo vital e que envelheçam melhor.

Em nossa convivência com o grupo da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) temos percebido que, apesar das orientações sobre a necessidade da realização de atividades físicas regulares, sua prática parece que acaba se resumindo a espaços oferecidos pelo programa.

Assim, este trabalho pretende identificar, em um grupo de mulheres que frequenta a Universidade Aberta à Terceira Idade, fatores que favoreçam ou venham a dificultar esta prática. Acredita-se que o resultado deste estudo virá colaborar com o aperfeiçoamento do programa da Universidade Aberta à Terceira Idade, bem como para a elaboração de outros programas que se preocupem em promover a saúde das mulheres na fase do envelhecimento.

Da mesma forma, o enriquecimento pessoal e profissional gerado por este estudo possibilitará um melhor preparo para a formação de novos educadores físicos e cidadãos conscientes de suas responsabilidades no que tange ao cuidado com a saúde das pessoas idosas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas e o conseqüente envelhecimento da população, que começou no início do século passado nos países desenvolvidos, deixou de ser um acontecimento exclusivo dessas regiões para ser uma realidade mundial. Este fenômeno vem despertando o interesse de diversas áreas de estudo, pois produzem conseqüências sociais importantes e mostram a necessidade crescente de reestruturação e reformulação na sociedade, nas múltiplas questões que esse crescimento possa envolver.

Nos Estados Unidos, segundo o Centro Nacional de Estatística de Saúde dos EUA, em 1900, somente 40% dos cidadãos americanos sobreviviam até os 65 anos, porém por volta de 1990, 80% deles atingia essa idade e 50% vivia até 79 anos. Da mesma forma, na Inglaterra e no País de Gales, o número de pessoas entre 75 e 84 anos aumentou em 16% entre 1981 e 1989 e o número de indivíduos acima de 85 anos aumentou em 39% durante o mesmo período (EVANS, 1991).

Segundo Chaimowicz (1998), no Brasil, no período de 1980 a 2020 o número de idosos aumentará 280%, passando de 7,5 para 30 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade, sendo que, com este crescimento o Brasil será no ano de 2020 a sexta população do mundo em número de idosos.

Quanto à expectativa de vida ao nascer, segundo Paschoal (1996), nas regiões menos desenvolvidas, passou de 44,1 anos em 1950 para 62 em 2000, e nas regiões desenvolvidas de 66,8 para 73,4 anos no mesmo período. Espera-se em 2020, alcançar 70,8 e 75,6 anos respectivamente nestas regiões.

A expectativa de vida feminina no Brasil tem aumentado principalmente a partir da segunda metade do século passado, passando de 45 a 68 anos na atualidade, mostrando um incremento de 50% neste período (BRASIL, 1998).

Segundo Paschoal (2000) e Shephard (2003), os motivos para o crescente número de pessoas idosas incluem o declínio na taxa de natalidade, a diminuição na mortalidade e o controle de doenças infecciosas no decorrer da primeira metade do século XX, o decréscimo na proporção de mortes prematuras de adultos e no aumento geral na média do ciclo de vida entre idosos. Este último fator pode estar relacionado à melhora das condições de vida, aos avanços da prática médica, à melhora de programas de saúde pública e engenharia sanitária, nutrição, um conhecimento mais geral dos princípios de higiene e à própria prática de atividades preventivas a determinadas doenças.

O fenômeno de transição demográfica e epidemiológica com que vimos passando, para Paschoal (2000) e Rocabruno e Prieto (1992), tem revelado alterações nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas as quais têm sido substituídas por outras em que predominam óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e doenças crônico-degenerativas, em decorrência de condições de vida mais saudáveis e sobrevivência dos indivíduos até idades mais avançadas. Tais fatores têm levado ao aumento do número de pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração.

Várias investigações estão direcionadas a conhecer mais profundamente os complexos mecanismos que regem o processo de envelhecimento. Para Okuma (1998), o envelhecimento humano resulta da mútua dependência entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que interagem entre si.

A literatura divide o processo de envelhecimento em primário, secundário e terciário (NERI, 2001). O primário refere-se a um fenômeno universal e progressivo e seu resultado é a diminuição na capacidade de adaptação, apresentando diferentes manifestações

por estar sujeito à influência de fatores como exercício, dieta, estilo de vida, estresse, posição social, dentre outros. O secundário ou patológico está relacionado a alterações ocasionadas por doenças associadas, como a esclerose múltipla. E o terciário está relacionado a um padrão de declínio terminal, caracterizado por um acentuado aumento nas perdas físicas e cognitivas, num período relativamente curto que resulta na morte do indivíduo.

Hayflick (1997) observa não ser uma tarefa fácil delimitar quando uma pessoa se torna idosa, pois não existem marcadores capazes de mensurar com precisão o que é envelhecimento por idade ou envelhecimento patológico.

Vieira e Ramos (1996) afirmam que o processo não se traduz apenas em um simples aumento do tempo de vida, mas é o resultado de um processo que se inicia ao nascer e se prolonga até a morte. Outros pesquisadores possuem a mesma linha de pensamento, como é possível observar na definição de Meirelles (2000, p.15):

“O processo de envelhecimento começa desde a concepção, sendo então a velhice definida como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológica que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos”.

Assim, percebe-se ser o envelhecimento um fenômeno natural e irreversível, marcado pelas mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas, associadas à passagem do tempo. A idade do início das mudanças, seu ritmo, os domínios atingidos e o resultado final sobre o comportamento dependem das características genéticas de cada indivíduo, em interação com seu estilo de vida e de condições passadas e atuais de apoio ao desenvolvimento, tais como nível de renda, educação e posição social (LEÃO JÚNIOR, 2003).

2.1. Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento

Em relação aos aspectos psicológicos, Leão Júnior (2003) afirma que ocorrem perdas na memória operacional, episódica e explícita. As consequências são a dificuldade de armazenamento de curta duração para as informações com as quais o indivíduo está ativamente trabalhando, incapacidade de reter informações sobre eventos ocorridos recentemente e prejuízos na memorização deliberada, isto é, na tarefa de memorizar palavras, textos ou mesmo imagens.

Dentro de um aspecto mais amplo, tais perdas na memória acabam por influenciar no envelhecimento social, o qual implica em afastamento e diz respeito à adequação dos papéis e dos comportamentos dos adultos mais velhos ao que é normalmente esperado para as pessoas nessa faixa etária. Esse fator fica mais evidente diante da valoração ou discriminação dependente do valor atribuído pela sociedade aos considerados velhos, sabendo que em nações pobres em tradições culturais e fortemente ligadas ao poder econômico, o desprestígio social é atribuído aos que não estão aptos à produção. A sociedade pouco espera da pessoa idosa por não acreditar que ela seja capaz (MARCELINO, 2003). “As perdas de papéis sociais e de status entre os idosos levaria à depressão, sentimentos de inferioridade, dependência e desajuste pessoal e social, isto tudo causado por um acordo entre idosos e sociedade, para que seus membros mais maduros cedessem lugar aos mais jovens” (PASCHOAL, 2000, p. 44).

Segundo Shephard (2003), as diferenças na extensão do isolamento social são influenciadas pelo tamanho de uma cidade e pelas distâncias percorridas, sendo maior em grandes cidades. O autor comenta sobre uma pesquisa realizada na Grã-bretanha onde foi observado que o isolamento social constituía um problema para 16% dos idosos que não

tinham cônjuge ou filhos sobreviventes e para 7% dos idosos que eram casados, mas não possuíam filhos. O problema era particularmente predominante para as mulheres viúvas, para quem recentemente havia perdido um ente querido ou para quem possuía uma saúde precária. Outra pesquisa revelou que, no mesmo país, 10% de homens e 14% das mulheres nesta faixa etária sentiam-se solitários.

A imposição de certas regras para um melhor entrosamento social dentro do sistema tem um certo destaque diante do ciclo da aposentadoria. Com o prolongamento da vida, a pessoa idosa sobrevive à aposentadoria e, na medida em que não lhe são proporcionadas outras funções, o tempo ocioso passa a representar um tempo de aproximação à morte. Barreto (1992) descreve essa situação, quando observa que a pessoa idosa encontra em seu ambiente cada vez menos indivíduos de sua idade ou mais idosas do que ela. Raramente têm pais, sogros, tios vivos, pois todos já se foram, como também já morreram alguns de seus irmãos, primos, colegas, vizinhos ou conhecidos. Assim, é uma constatação de que partiram os que estavam antes dela e lhe parece que “a minha vez está chegando”.

Para a autora, o próprio corpo da pessoa idosa é um memorando da morte, e esclarece que:

“Mesmo para aquele velho que evita olhar-se no espelho e adia consultas médicas, chega o momento em que se percebe debilitado e doente. O corpo já não “lhe responde”. Não consegue fazer as caminhadas que antes eram fáceis e agradáveis; a vista não é boa, usa grossas lentes para ler; costurar, tecer, qualquer trabalho manual torna-se tarefa árdua; descreve-se como um “caco”, diz que “já não vale nada” e “não é sequer a sombra do que foi”. (BARRETO, 1992, p. 34).

Assim, a morte adquire um sentido existencial de estar próxima, quando nada há mais importante a ser esperado, sonhado, perseguido. Já não há mais projetos em andamento, pois parece que tudo já aconteceu e nada mais é novidade.

Paschoal (2000) considera que a incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas de sensação de ineficácia. Contudo,

isso depende de como as pessoas idosas enxergam sua vida, pois quanto maior o senso de controle pessoal, maior a capacidade de decisão e comando, mais intensos serão os sentimentos de satisfação e conseqüentemente melhor a qualidade de vida.

Passar pelo envelhecimento de maneira saudável depende, portanto, da capacidade de lidar com eventos estressores e com vários tipos de demandas, da capacidade de explorar as reservas intocadas e do potencial existente.

Nesse processo dinâmico do envelhecimento ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo. O fenótipo do envelhecimento, representado por marcadores típicos, como perda de peso, redução da massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros, é o reflexo de um somatório de alterações somáticas que, mais rápida ou lentamente, estarão presentes em todos os idosos (MARCELINO, 2003; MEIRELLES, 2000).

O declínio da capacidade funcional costuma variar de acordo com as características do estilo de vida. Apesar de todas as medidas fisiológicas em geral declinarem com a idade, nem todas declinam no mesmo ritmo. A velocidade de condução nervosa, por exemplo, declina apenas 10 a 15% dos 30 aos 80 anos de idade, enquanto a capacidade respiratória máxima aos 80 anos corresponde aproximadamente a 40% daquela de um indivíduo de 30 anos (McARDLE, 1998).

Em relação à musculatura, a remodelagem de suas unidades motoras constitui um processo contínuo e natural, envolvendo o reparo e a reconstrução da placa motora terminal. Isso ocorre por desnervação seletiva das fibras musculares, que é seguida por germinação terminal dos axônios provenientes das unidades motoras adjacentes. Admite-se, que na idade avançada, esse processo sofre uma deteriorização gradual e resulta em uma hipotrofia muscular por desnervação, assim como numa degeneração irreversível das fibras musculares e das estruturas da placa terminal. Isso acaba em uma redução progressiva no corte transversal

do músculo. Esse fator será responsável pela redução, associada à idade, na força contrátil do músculo (McARDLE, 1998).

Alguns autores relatam o fenômeno de agrupamento de fibras musculares com desnervação e um processo compensatório de reinervação das unidades motoras funcionais, na tentativa de recuperar o melhor funcionamento muscular, porém, essa compensação, com o tempo, não é suficiente, ocorrendo, portanto, a diminuição da função muscular (GOMES, 2003).

Outra característica detectada que, certamente, afeta a execução de tarefas motoras, é o aumento da latência entre uma contração muscular e outra, observando-se também um maior prejuízo da contração excêntrica, quando comparada com a concêntrica. Clinicamente, são achados difíceis de se detectar, mas a diminuição da capacidade de produzir a força máxima, a lentidão gradual de movimentos, as dificuldades na realização de tarefas que exijam coordenação motora fina e a baixa tolerância ao esforço nas tarefas prolongadas são sinais que podem demonstrar essas alterações (GOMES, 2003).

Marcelino (2003), considera que o envelhecimento esteja relacionado fundamentalmente com alterações das proteínas que compõem o organismo. No sistema circulatório o autor afirma que no pericárdio e endocárdio há aumento do colágeno. No miocárdio há degeneração de fibras musculares com atrofia, hipertrofia das remanescentes, aumento dos sistemas colágeno e elástico, depósito de gordura e de substância amilóide, e acúmulo de pigmento lipofuscínico.

Para De Vitta (2001), estas alterações biológicas esperadas como parte do processo normal de envelhecimento, provocam a diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos quando submetidos a esforço, diminuição da frequência cardíaca em repouso e aumento do colesterol e da resistência vascular e conseqüente aumento da tensão arterial.

Diagnosticada pela persistência da pressão sangüínea acima dos 140/90 mm Hg, extremamente comum, a hipertensão arterial sistêmica afeta aproximadamente uma a cada quatro pessoas (BOVE; SHERMAN, 1998). Sendo que a elevação da pressão sangüínea está associada com o aumento do risco de infarto do miocárdio.

Shephard (2003) relata que em sociedades desenvolvidas, a pressão arterial sistólica em repouso pode subir, em média, até 35 mmHg no decorrer do período de vida adulta. O aumento na pressão arterial, que é observado em populações urbanas, reflete um declínio progressivo na elasticidade das principais veias arteriais. Todavia, estudos realizados em comunidades indígenas norte-americanas e habitantes das ilhas do Pacífico demonstraram pouco aumento na pressão arterial sistólica com o envelhecimento, devido aparentemente a diferenças no estilo de vida pessoal dessas populações, o qual inclui um alto nível de atividade física habitual, uma baixa massa corporal, um baixo consumo de sal e um alto consumo de ácidos graxos ômega-3 provenientes de fontes alimentares, tais como peixes e mamíferos marinhos.

Diversas pesquisas têm mostrado que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no mundo, com crescimento significativo nos países em desenvolvimento. Problemas coronarianos em países como os Estados Unidos são a causa número um em mortes, responsáveis por 2.000 mortes a cada dia, sendo que no Brasil continua sendo a principal *causa mortis* a partir dos 40 anos de idade (ELRICK, 1996; RIQUE, 2002).

Tal situação originou uma busca incessante pelos fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças como as coronarianas. Segundo Dowling (2001), o infarto do miocárdio é a causa principal de morte e inaptidão em homens e mulheres. Antes dos 65 anos, as mortes causadas pelo infarto são substancialmente maiores em homens que em mulheres. Todavia, após os 65 anos de idade as taxas de mortes em ambos os sexos se aproximam.

Isso porque após o evento da menopausa, as mulheres têm um aumento nos níveis totais de colesterol, triglicerídios, lipoproteínas de baixa densidade (LDL), bem como diminuição nos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL), comparadas com mulheres pré menopáusicas. Estas mudanças se devem, em parte, em decorrência das alterações hormonais, quando os ovários deixam de produzir os hormônios estrógeno e progesterona (BITTNER, 2002; SHANGOLD, 1998).

Estudos epidemiológicos têm mostrado a associação entre a elevação do colesterol e a oclusão das artérias coronárias, indicando que os níveis de HDL são os grandes preditores de doenças cardiovasculares após a menopausa (DOWLING, 2001).

Problemas em uma ou mais articulações são talvez as queixas mais comuns da pessoa idosa. Estruturas articulares e periarticulares tornam-se menos flexíveis em decorrência de pequenas alterações morfológicas, anatômicas e bioquímicas em suas estruturas; a calcificação, diminuição das vilosidades e da vascularização das cartilagens são alterações freqüentes. Essas modificações podem gerar desestabilização biomecânica da marcha e desajustes da mobilidade articular, pela incongruência de seus compartimentos. A degeneração das estruturas articulares e a diminuição da amplitude de movimentos articulares e da flexibilidade são mais acentuadas em idosos inativos. Esse freqüente desgaste ocasiona episódios de dores e sinais inflamatórios, levando a imobilizações e, posteriormente, a um conseqüente prejuízo funcional para o idoso (GOMES, 2003).

Segundo Shephard (2003), o equivalente a 80% dos idosos têm alguma forma de queixa reumática e, em cerca de 25% das pessoas idosas isso leva a uma limitação moderada ou grave das atividades diárias.

A incidência de diabetes clínica aumenta também com a idade. Por volta dos 70 anos, cerca de 20% dos homens e 30% das mulheres demonstram curvas de tolerância à glicose anormais. Um declínio da atividade física habitual, uma menor massa magra para

armazenamento do glicogênio, um aumento da adiposidade e um regime alimentar deficiente em cromo, todos poderiam ser importantes fatores que contribuem para a crescente predominância de má tolerância à insulina em indivíduos mais velhos (MCARDLE, 1998; SHEPHARD, 2003).

Segundo De Vitta (2001), entre as principais doenças típicas da idade mais avançada estão as cardiovasculares crônicas, as músculo-esqueléticas (artroses, osteoporose, artrites e lombalgias), o diabetes, o adenocarcinoma de próstata e o acidente vascular cerebral. Entre as principais causas de morte em pessoas de 65 anos e mais são, pela ordem: as doenças cardíacas, o câncer e as doenças-vasculares.

Estas patologias mencionadas, bem como as alterações na memória, o isolamento social e outras alterações morfológicas, associadas ao processo de envelhecimento humano, estão também intimamente ligados ao nível de atividade física ao qual o indivíduo se submete. Assim, se a vida sedentária produz aspectos negativos ligados à saúde da mulher idosa, a prática regular da atividade física, por outro lado, propicia uma série de benefícios que vão além do simples fortalecimento do organismo.

2.2. Atividade Física e Envelhecimento: Repercussões na Saúde da Mulher

Diante das inúmeras definições do termo Atividade Física existentes, primeiramente faz-se necessário esclarecer o que se estará chamando por tal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua atividade física como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em energia expandida, quantificável em termos do critério de Kilo-joule (Kj) ou Kilo-calorias (Kcal) (GONÇALVES et al., 1992). Bouchard (1993) a define como qualquer movimento corporal produzido pelos inúmeros músculos esqueléticos e que resulte em energia expandida, incluindo o exercício, o esporte, o trabalho e as atividades domésticas.

Muito embora Caspersen et al (1985) defina atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em um gasto energético maior do que os níveis de repouso, enquanto exercício físico como toda atividade física planejada, estruturada e repetida que tem por objetivo a melhoria e a manutenção da aptidão física. Neste trabalho foi optado pela definição apresentada por Matsudo (1999), que coloca a atividade física como quaisquer tipo de movimentos ou exercícios sistematizados realizados pela musculatura esquelética e que resultam em aumento do gasto energético. Portanto, não se trata apenas das atividades realizadas pela musculatura esquelética no cotidiano, mas atividades planejadas, estruturadas e repetitivas, realizadas com o objetivo de incrementar e manter o desempenho físico. Ou seja, o termo atividade física será utilizado com o mesmo significado de exercício físico apresentado por Caspersen et al.

Tal atividade física poderá proporcionar a execução das atividades diárias com vigor e atenção, sem fadiga, e com reservas para que indivíduo leve uma vida física, intelectual e social de forma saudável (BARBANTI, 1985). Este resultado pode ser definido

como aptidão física, que segundo Okuma (1997), é um indicador de um estado ótimo de funcionamento dos principais sistemas do organismo que reflete em boa saúde física.

Pesquisas realizadas no Canadá, Estados Unidos e Austrália indicaram que somente 10% dos adultos realizam atividades físicas, pelo menos três vezes por semana, durante o mínimo de vinte minutos (OKUMA, 1997). Tais taxas, podendo variar de vinte a trinta minutos por sessão, são consideradas por vários autores como adequadas para se alcançar efeitos fisiológicos positivos (KARVONEN, 1996; LEE e PAFFENBARGER JR, 1996; MATSUDO, 2001).

De acordo com De Vitta (2001), o sedentarismo é um dos principais pontos de estudo dos males que acometem a sociedade atual. A falta de atividade é apontada como a causa de inúmeros danos à saúde e tem como consequência direta ou indireta o aparecimento de doenças, a serem relacionadas posteriormente à saúde da mulher.

Assim, a vida sedentária estabelece um conjunto de eventos fisiológicos que acabam intensificando a diminuição da capacidade aeróbica máxima, das respostas motoras, da capacidade funcional geral. Esses aspectos acabam, também, por resultar em aumento das despesas com os cuidados de saúde, diminuição na disposição para as tarefas diárias, influenciando na duração e na qualidade de vida dos indivíduos.

Se antes era aceito que para assegurar o alcance dos benefícios fisiológicos a intensidade das atividades físicas deveria ser intensa, hoje se compreende que, para as pessoas mais velhas, já há vantagens para a saúde mesmo com um modesto aumento de atividade física regular (SHEPHARD, 2003).

A atividade física promove benefícios imediatos e a longo prazo. Entre os imediatos estão não só a regularização dos níveis de glicose sanguínea, de adrenalina e noradrenalina, mas também a quantidade e qualidade do sono. Os efeitos em longo prazo são representados pela melhoria em todos os aspectos do funcionamento cardiovascular, na

flexibilidade, resistência, potência e fortalecimento muscular, no equilíbrio, coordenação motora e na velocidade de movimento. Os efeitos são também representados na diminuição da incidência de doenças músculo esqueléticas, cardiovasculares e metabólicas.

Para Leão Júnior (2003), os benefícios da prática regular da atividade física, especialmente com a prática de exercícios aeróbicos, são a redução da tensão, melhor saúde física e psicológica, melhoria no humor e na estabilidade emocional, e redução da ansiedade. Segundo Okuma (1998), os idosos praticantes de atividades físicas, além de se sentirem bem, têm mais disposição dentro e fora da família, são menos dependentes e conhecem seus corpos, ultrapassando limites e barreiras muitas vezes auto-impostas.

São considerados benefícios da atividade física a diminuição da gordura corporal, aumento da força e da massa muscular, fortalecimento do tecido conectivo, diminuição da pressão arterial sistêmica, diminuição da insônia, estresse, melhoria das funções cognitivas, da auto-estima e imagem corporal, e maior socialização (MATSUDO, 1992; SHEPHARD, 2003; WEINECK, 2000).

Segundo Mcardle (1998), os achados de 30 anos de pesquisa destinada a relacionar o nível de atividade física e de aptidão física a doenças crônicas selecionadas ou afecções médicas mostraram uma poderosa associação entre atividade física e todas as causas de morte. O maior impacto foi observado para as doenças do sistema cardiovascular. Segundo o autor, um estudo realizado com mais de 13.000 homens e mulheres, acompanhados por um período médio de oito anos, revelou que uma quantidade até mesmo moderada de exercício regular reduzia substancialmente o risco de vir a morrer de cardiopatia, câncer e outras causas.

O mesmo autor declara que a atividade física exerce apenas um efeito pequeno sobre o nível de colesterol LDL quando são levados em conta fatores como tipo de composição corporal e ingestão dietética de lipídios e colesterol. Todavia, chama a atenção que é encorajador quando se observa que os níveis de HDL estejam elevados em atletas de

endurance e que estes possam ser alterados favoravelmente em homens e mulheres sedentários de todas as idades quando estes passam a participar de um treinamento aeróbico vigoroso ou de níveis mais moderados de exercício regular. Tais alterações lipídicas favoráveis com o exercício aeróbico ocorrem independentemente das mudanças no peso corporal, podendo estar relacionadas a uma maior depuração dos triglicerídios a partir do plasma em resposta ao exercício regular.

A perda de peso e a redução concomitante na gordura corporal, independentemente de ter sido obtida através da dieta ou da atividade física, contribuem para reduzir os níveis de colesterol e de triglicerídios e exercem um efeito benéfico sobre a pressão arterial. Segundo Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000), além de ser uma aliada no controle do peso, a atividade física praticada regularmente aumenta a capacidade das células de absorver glicose, diminuindo o nível de açúcar no sangue.

Vuori (1995) afirma que a atividade física regular é um fator chave na manutenção ou no aumento da aptidão física relacionada à saúde e no aumento da capacidade funcional, mesmo após doenças funcionais ou degenerativas, uma vez que exercícios físicos são elementos fundamentais para o funcionamento músculo-esquelético.

Segundo Mamede (1991), os exercícios têm um papel importante na prevenção do linfedema em mulheres mastectomizadas, devendo fazer parte das atividades diárias de cada paciente. Prado (2001) afirma que os exercícios corretos no pós-operatório podem ajudar a desenvolver canais linfáticos colaterais nos ombros e na escápula, assumindo o trabalho dos canais linfáticos colaterais.

Em revisão da literatura sobre o impacto da atividade física sobre a saúde e o bem-estar psicológico, publicada entre 1980 e 1990, Plante & Rodin apud De Vitta (2001), concluíram que atividade física melhora o humor, promove o bem-estar e reduz ansiedade,

depressão e estresse; provocando, assim, efeitos positivos sobre a auto-estima, o auto-conceito, a saúde percebida e a satisfação de viver.

Séculos atrás 28% das mulheres viviam o suficiente para alcançar a menopausa e somente 5% sobreviviam mais de 75 anos. Atualmente, em países desenvolvidos, 95% das mulheres atingem a menopausa e 50% delas ultrapassam os 75 anos de idade. Em 1990 a população mundial com mais de 50 anos era de aproximadamente 470 milhões de mulheres. A previsão para 2030 é de 1.200 milhões de mulheres. Estima-se, hoje em dia, que as mulheres passam ao menos um terço de suas vidas no período de pós-menopausa (CAMPANA, 2001).

Fatores genéticos, provavelmente, conferem grande parte da vantagem de sobrevivência das mulheres, visto que, como há muito tempo já foi reconhecido, as espécies animais também demonstram diferenças entre os sexos no ciclo vital médio (SHEPHARD, 2003). O mesmo autor relata que as fêmeas humanas demonstram uma mortalidade inferior do que os homens desde uma idade precoce e isso é verdadeiro para a maioria das causas comuns de morte.

A secreção de estrógenos presente nas mulheres oferece alguma proteção àquilo que é uma das causas mais comuns de morte prematura entre os homens, as doenças cardíacas isquêmicas. Todavia, apesar dessa maior longevidade, a deteriorização de muitos aspectos das funções biológicas continua tão rapidamente, tanto em mulheres quanto em homens. Esta expectativa de vida maior acarreta para as mulheres um período médio substancialmente mais longo de incapacidade parcial e total.

Durante o climatério o corpo da mulher sofre acentuadas mudanças fisiológicas. A palavra climatério vem do grego *klimacter*, que significa degrau, crise (LEÃO JÚNIOR, 2003). É a fase em que os hormônios femininos entram em um período de desequilíbrio quanto aos seus níveis de produção e atividade.

As alterações hormonais no corpo da mulher acabam por repercutir em muitos sistemas orgânicos. Os sistemas cardiovascular e ósseo, amplamente estudados pela ciência, estão entre os principais afetados por essas alterações.

Segundo Shephard (2003), um relatório apresentado no final da década de 80 no Canadá, revelou que entre os indivíduos com 55 a 64 anos, 31% das mulheres canadenses já conviviam com uma limitação da atividade física comparada a 25% dos homens canadenses. Nos indivíduos com 65 anos ou mais os valores correspondentes à limitação da atividade física foram de 37 e 31%, respectivamente para mulheres e homens.

Associada à limitação da atividade física nas mulheres está a incidência de fratura por compressão das vértebras e fratura dos pulsos em queda, como conseqüências da osteoporose. A osteoporose é considerada uma patologia ósteo-metabólica responsável pela diminuição da quantidade de material ósseo no corpo de uma pessoa.

Segundo Sodeman & Sodeman (1983) a dor lombar é o sintoma mais freqüente da osteoporose. Tipicamente, é insidiosa quanto à sua instalação. Entretanto, a mais óbvia manifestação da osteoporose é a fratura, geralmente das vértebras, provocando não só dores na coluna, mas também a diminuição da estatura, e fraturas de punho ou quadril. As fraturas de punho (fratura de Colles) são as mais comuns entre mulheres até a idade de 70 anos, quando sua freqüência é ultrapassada pelas fraturas de quadril. Aproximadamente 80 por cento de todos os casos de fratura do quadril ocorrem em mulheres com mais de 45 anos. Calcula-se que as fraturas do quadril estejam associadas com mais mortes, maior incapacidade e custos médicos mais elevados do que todas as outras fraturas osteoporóticas combinadas.

Para Guyton (1993), as causas comuns da osteoporose são: (1) a ausência de estresse físico sobre os ossos devido à inatividade, ou seja, a não realização de atividades físicas regulares; (2) a desnutrição a ponto de não poder ser formada matriz protéica em quantidade suficiente; (3) a diminuição da secreção de estrogênio, pois os estrogênios têm

atividade estimuladora dos osteoblastos; e (4) a idade avançada, em que o hormônio do crescimento e outros fatores de crescimento diminuem muito, além do fato de que muitas das funções anabólicas protéicas também estão deficientes, de modo que a matriz óssea não pode ser depositada suficientemente.

Além desses fatores, o álcool tem apresentado efeito negativo sobre a massa óssea. Griffin (1990) afirma que pessoas alcoólatras mostram massa óssea mais baixa do que os não-alcoólatras. Embora não seja possível afirmar se o efeito do álcool sobre a perda de massa óssea seja de forma direta, há associação do alcoolismo com a má nutrição, peso corpóreo reduzido, tabagismo, atividade física reduzida, doença hepática e risco de fratura através da predisposição a quedas. Há também uma forte associação entre tabagismo e risco de fratura. Segundo Baron (1987) a maioria dos estudos revela que mulheres que fumam apresentam risco maior de fraturas de quadril, fraturas vertebrais e fraturas de Colles do que mulheres que não fumam; mulheres pós-menopáusicas que fumam parecem também apresentar massa óssea cortical mais baixa.

A disposição a estas fraturas se dá durante o período da perimenopausa, afetando principalmente o osso trabecular (esponjoso). Sendo que o processo de diminuição de minerais ósseos ocorre mais rapidamente em mulheres (36g/década) do que em homens (30g/década).

As mulheres são mais vulneráveis porque iniciam o processo de envelhecimento com conteúdo máximo de cálcio menor. Além disso, as mulheres mostram uma perda acelerada de cálcio por cerca de 5 anos no período da menopausa. Weineck (2000) fala que a perda de sais minerais nas mulheres equivale a 0,75 a 1% já aos 30-35 anos e a partir da menopausa tal perda se dá de 2 a 3% por ano. Aproximadamente aos 80 anos, o conteúdo mineral ósseo já diminuiu em cerca de 40% do nível do adulto jovem em mulheres.

Exercícios que provoquem forças de compressão nas estruturas ósseas, como os realizados com pesos, podem aumentar a densidade óssea por meio da ação dos osteoblastos, células responsáveis pela formação óssea (HALL, 2005). Segundo a autora, os ossos de pessoas fisicamente ativas são mais densos e, portanto, mais mineralizados do que de pessoas sedentárias da mesma idade e do mesmo sexo, elemento fundamental na prevenção e tratamento da osteoporose.

Pesquisas têm revelado a influência positiva da atividade física sobre esta morbidade. Chien et al. (2000) investigaram a relação entre o nível de atividade física e densidade óssea em 76 mulheres pós-menopausa na faixa etária de 42 a 65 anos. Notaram que as mulheres ativas apresentaram melhores níveis de densidade mineral óssea do que as inativas. Outra pesquisa analisou os efeitos de um programa de resistência muscular sobre a densidade mineral óssea em 44 idosas sedentárias, realizado três vezes por semana durante 52 semanas. Foi verificado que o aumento na força e na resistência muscular é acompanhado de aumento na densidade óssea (GOMES, 2003).

Estudo realizado com um grupo de mulheres ativas e o outro de sedentárias, mostrou que as mulheres que praticavam atividades físicas regulares (ginástica localizada) por mais de dois anos apresentaram densidade mineral óssea maior que as sedentárias; levando em conta que os dois grupos não utilizavam reposição de cálcio, não faziam tratamento hormonal e eram grupos semelhantes quanto à idade, peso, altura e índice de massa corporal (NUNES; FERNANDES, 1997).

A hipertensão é um outro fator perturbador no processo de envelhecimento. A sua incidência pode variar de uma comunidade para a outra, podendo ser baixa em populações que mantenham uma dieta rica em ácidos graxos ômega-3 e que são ativas fisicamente ou então a incidência pode ser extremamente alta em países que possuem uma alta ingestão de sal no regime alimentar.

Segundo Shephard (2003), o aumento da pressão arterial sistêmica relacionado à idade parece ser maior em mulheres do que em homens, possivelmente devido ao declínio da produção de estrógenos na menopausa. O autor relata que pesquisas realizadas encontraram que a incidência de hipertensão sistólica isolada subia 11% nos homens e 17% nas mulheres aos 65 anos, sendo que aos 80 anos este aumento foi de 18% e 32% respectivamente. Outras razões para este aumento aparentemente incluem o declínio na elasticidade arterial, a diminuição da massa muscular magra e o acúmulo de gordura corporal.

Além da doença cardíaca isquêmica, a hipertensão é um importante fator de risco para a AVC, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca congestiva. Assim, não somente a prevenção da hipertensão, mas também a redução da pressão sistêmica através de uma combinação de exercícios e outros tipos de terapia reduzirá a probabilidade de tais problemas.

Estudos transversais em geral têm sugerido uma associação entre a inatividade física e o desenvolvimento da hipertensão. Edelstein (1991) classificou mulheres entre 50 e 89 anos, com base em seus padrões habituais de atividade física. A pressão sistólica foi de aproximadamente 20 mm Hg inferior naquelas que participavam de atividades intensas quando comparadas com aquelas que eram inativas. KASCH e colaboradores (1988) também verificaram que a participação regular em um programa de atividade física diminuía o aumento da pressão arterial, embora segundo os autores, fosse difícil eliminar naquele estudo fatores de complicação tais como a redução da gordura corporal.

A artrite reumatóide é outra doença que pode ser relacionada ao envelhecimento feminino. Trata-se de um distúrbio do sistema imunológico, um problema de auto-imunidade que é caracterizado por um processo inflamatório que leva a uma destruição gradual da superfície articular, juntamente com a cápsula circundante e ligamentos. O desempenho de atividades simples, tais como a caminhada e subir escadas, pode ser prejudicado em até 50%,

a potência aeróbica quando mensurada em uma bicicleta ergométrica pode declinar em cerca de 30% e a força dos músculos que atuam na articulação afetada pode ser reduzida em até 75% (SHEPHARD, 2003).

Alguns relatórios sugerem que 8% até 25% dos cidadãos idosos sejam afetados (LINOS, 1980), mas somente 1,8% dos homens e 4,9% de mulheres acima de 65 anos têm artrite reumatóide definida de acordo com os critérios da *American Rheumatoid Association*.

Na prescrição de exercícios para o tratamento da artrite é essencial que as pessoas descansem ou realizem somente atividades leves durante o estágio agudo de inflamação, a fim de minimizar uma maior destruição da cartilagem articular e do osso subjacente. Todavia, um período excessivo de descanso no leito pode provocar severa perda muscular, osteoporose, lesões de leito vascular, trombose nas veias profunda e outras complicações por inatividade prolongada.

Tal como na adolescência e na gravidez, o climatério é um período de marcantes transformações físicas, psicológicas e sociais, as quais possuem particular relevância para os programas de exercício e condicionamento físico. Isso porque muitas pessoas idosas levam vidas solitárias e os programas de exercício em grupo oferecem um meio importante para atender às necessidades de um maior número de contatos sociais.

Acredita-se, dessa forma, que a implementação de programas que envolvam atividades físicas orientadas e regulares a mulheres tende a gerar impacto sócio-econômico positivo, pois graças a seus efeitos sobre a qualidade de vida global, provocam um aumento no grau de independência das mesmas e assim reduzem a demanda por serviços médicos.

Boas condições de saúde propiciadas pela atividade física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e são relacionadas a altos níveis de integração social, permitindo com que mulheres idosas estejam mais aptas a perceber seu lugar no sistema social.

Segundo De Vitta (2001), a integração social propiciada pela atividade física realizada em grupo pode facilitar comportamentos promotores de saúde, como a diminuição do consumo de cigarro e bebidas alcoólicas, e pode produzir mudanças positivas no estado psicológico que influencia as respostas neuro-endócrinas associadas ao aparecimento de doenças cardiovasculares e auto-imunes. Além disso, pode prevenir doenças através de informações sobre os comportamentos promotores de saúde.

Pesquisa realizada com um grupo de 30 mulheres mastectomizadas do Núcleo de Ensino Pesquisa e Assistência da Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, município de Ribeirão Preto, verificou que todas as mulheres estudadas referiram acreditar que a prática da atividade física é boa para a saúde, melhorando a disposição, evitando o estresse e ajudando a saúde mental, sendo bom para as articulações e melhorando os movimentos dos braços e ombros (PRADO, 2001).

Todavia, em relação à aderência à atividade física, a autora relata que entre as barreiras percebidas à sua prática, a falta de força de vontade é o fator mais constante, tendo sido indicado por 96,7% das entrevistadas. Além deste fator, outros como a exigência de muito esforço físico, o cansaço e a exigência de recursos financeiros foram também indicados, embora por uma minoria (29% aproximadamente), como barreiras à aderência à atividade física. Por outro lado, a autora verificou que 96,7% das mulheres disseram não acreditar que a falta de tempo seja uma barreira à prática da atividade física, quando elas trazem como justificativa de que "quem faz o tempo é a própria pessoa".

A pesquisa revelou ainda, que dentre as mulheres pesquisadas, 43,3% referiram que se exercitavam diariamente, 33,3% pelo menos três vezes por semana e 16,7% apenas uma vez por semana (PRADO, 2001). Sendo que metade delas (50%) referiu ter uma hora marcada para a sua realização, ocorrendo na instituição onde o grupo acontecia, ou em um

horário reservado, estando este relacionado à ausência de compromissos assumidos no seu dia-a-dia. Para a autora, estes dados reforçam a idéia de que a prática da atividade física, de um modo geral, para as mulheres estudadas é introduzida na lacuna de intervalo de tempo disponível revelando, portanto que essa prática não ocupa um espaço central no cotidiano daquelas mulheres.

Fatores de motivação e estímulo à realização da atividade física para as mulheres pesquisadas foram principalmente a consciência da importância/necessidade desta prática para a saúde e a presença de um profissional orientando e conduzindo os exercícios (PRADO, 2001). Para essas mulheres o apoio da família é um fator importante de estímulo.

Conclui a autora que esse grupo de mulheres têm consciência de que a questão da aderência à prática de atividade física relaciona-se com aspectos dinâmicos do cotidiano, ou seja, há necessidade de aproximar a atividade física para regiões centrais de seus espaços de vida.

Pode-se, assim, apreender que a possibilidade da mulher vir a ter uma vida fisicamente ativa na velhice, ser capaz de tomar suas próprias decisões, de realizar atividades da vida diária com independência, são fatores que exercem efeitos positivos sobre os sentimentos, a auto-avaliação e a própria imagem.

Assim, viver mais tem implicações importantes para a saúde e qualidade de vida das mulheres. A longevidade pode ser um problema, com conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana se não for usufruída de forma saudável. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se ativos e independentes, a longevidade poderá ser plena de significado.

3. PROBLEMA

Embora a prática regular da atividade física seja comprovada como de grande relevância para a promoção da saúde e prevenção de doenças e que grande parte da população tenha este conhecimento, não há clareza sobre os fatores contextuais da vida diária que dificultam ou que facilitam a adesão de mulheres da terceira idade a tal prática.

4. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é verificar em um grupo de mulheres participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade a motivação para a prática da atividade física, buscando compreender os fatores que facilitam e dificultam a sua adesão.

5. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Diante do comportamento da sociedade ocidental, que de forma em geral, possui hábitos inadequados em relação à promoção da saúde, valorizando mais precisamente a cura e os métodos curativos, com uma certa resistência à valorização da prevenção de doenças ou programas de “screening” para detecção precoce de doenças assintomáticas, o Modelo de Crenças em Saúde surgiu na tentativa de tentar explicar esta realidade (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Tal teoria foi desenvolvida por Becker, Drachman, Kirscht e Rosentock e apresenta uma orientação fenomenológica influenciada pelas Teorias de Kurt Lewin, “cuja premissa básica é que o mundo do percebido é que determina o que ele fará e não o ambiente físico que o determina, embora o ambiente físico tenha significativo papel, mas somente na maneira pela qual ele é representado na mente do indivíduo” (LESCURA; MAMEDE: 1990, p. 11).

O desenvolvimento do referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde inclui um forte componente de motivação e do mundo perceptual do indivíduo, tentando explicar não somente um problema particular de saúde, mas pode ser adaptada a outros problemas de comportamento.

Os autores do modelo acreditam que o empenho em proporcionar mudanças de comportamento terá mais sucesso se os profissionais de saúde se empenharem em melhor compreender os motivos pelos quais as pessoas emitem comportamentos preventivos em relação à saúde (LESCURA; MAMEDE, 1990).

As principais variáveis do modelo foram colhidas e adaptadas da teoria geral psicossocial de Kurt Lewin. A concepção implícita é aquela em que o indivíduo existe num

espaço de vida composto de regiões positivamente caracterizadas (valência positiva), outras caracterizadas negativamente (valência negativa) e ainda outra relativamente neutras.

No campo do comportamento em saúde, pode se afirmar que as doenças ocupam as regiões de valência negativa no espaço de vida, podendo se esperar que esta exerçam uma força que mova o indivíduo para longe da mesma, a não ser que, assim fazendo, entre em uma região de valência negativa maior. Dessa forma, as atividades diárias de uma pessoa são concebidas como um processo a ser atraído por forças positivas e repelido por forças negativas. A Figura 1 representa este espaço de vida, onde é irrelevante o tamanho de P e A ali representados, sendo que o importante é a relação entre as duas entidades.

Fig. 1. Representação topológica do espaço de vida. (LESCURA; MAMEDE, 1990)

Legenda

F = linha limítrofe
P = pessoa
PM = região perceptora
I = indivíduo

A = ambiente
p = regiões periféricas
c = regiões centrais

O que vem a ser destacado no modelo são as crenças que interferem na tomada de decisão do indivíduo ao evitar a doença. E para que seja emitido comportamentos preventivos em relação à saúde, o indivíduo necessita acreditar que:

1. ele é pessoalmente suscetível a ela;
2. a ocorrência da doença deverá ter pelo menos moderada seriedade em algum componente de sua vida;
3. tomando uma ação particular, esta deveria, de fato, lhe ser benéfica reduzindo sua suscetibilidade, ou, se a doença ocorreu, reduzindo sua seriedade, e que haja barreira psicológica importantes, tais como custo, conveniência, dor, embaraço, entre outras.

O Modelo de Crenças em Saúde é composto basicamente em quatro variáveis (LESCURA; MAMEDE, 1990):

1ª) Suscetibilidade Percebida – na medida em que as pessoas variam muito quanto à aceitação da possibilidade de contrair uma determinada condição, esta variável refere-se aos riscos subjetivos de se contrair-la.

2ª) Seriedade Percebida – o grau de seriedade pode ser julgado tanto pelo grau de perturbação emocional criado pelo pensamento de uma doença, como pelos tipos de dificuldades que a doença pode acarretar. A seriedade da doença, neste tópico, abrange também relações familiares, posição financeira e ocupação. Dependendo do grau de seriedade, podem ser despertados sentimentos de vários tipos e intensidades, tais como preocupação, terror, vergonha, culpa, aversão e outros. Para este autor, essa visão de uma realidade subjetiva explicitada pode ser um importante fator para influenciar a participação das pessoas em programas de saúde.

O Modelo de Crenças chama a atenção ao fato de que apenas a percepção da suscetibilidade e seriedade de uma dada doença não define o particular curso de ação que será tomado.

3ª) Benefícios Percebidos - A direção que a ação irá tomar é influenciada pelas convicções relacionadas à eficácia da ação para a redução da ameaça à doença e de quão benéficas o indivíduo pensa serem as várias alternativas de ação para o seu caso. Deverá haver, pelo menos, uma ação que seja subjetivamente possível. Uma alternativa pode ser benéfica se ela se relacionar subjetivamente à redução da suscetibilidade ou da seriedade da doença.

4ª) Barreiras Percebidas – os aspectos negativos da ação, como ser inconveniente, cara, demorada, desagradável ou dolorosa, levam a motivos conflitivos de recusa. Tais aspectos servem como barreira à adoção de uma prática preventiva.

Em uma pesquisa analisando o comportamento da população frente ao câncer, Mamede (1985 apud LESCURA; MAMEDE, 1990) observou que os indivíduos que disseram não acreditar na cura do mesmo foram aqueles que menos reconheceram o valor do diagnóstico precoce. Ao passo que a realização de exames preventivos estava associada à crença na curabilidade do câncer. A autora destaca que provavelmente a crença na incurabilidade da doença seja uma barreira para a sua detecção precoce.

Outras variáveis, esquematizadas no quadro 1, podem afetar a percepção individual, influenciando indiretamente a ação final. São fatores biográficos, psicossociais e estruturais.

Quadro 1 - O “Modelo de Crença em Saúde”, como determinantes do comportamento preventivo em Saúde (LESCURA & MAMEDE, 1990)

Verifica-se que as principais variáveis do modelo proposto lidam com o mundo subjetivo do comportamento individual e não com o mundo objetivo dos profissionais de saúde. O foco do modelo é ligar os atuais estados subjetivos do indivíduo com o atual comportamento de saúde.

A razão básica do modelo é dirigida para a crença de que toda conduta é consequência de uma motivação. Assim, os incentivos na área da saúde poderão servir de ferramenta para levar o indivíduo a tomar atitudes preventivas em relação à sua própria saúde.

6. MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Local do Estudo:

Esta pesquisa foi realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), sediada no *Campus* de Irati, Paraná, da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Trata-se de um município da região centro-sul do Estado do Paraná, o qual possui uma população residente de 54.473 habitantes, dos quais 9.510 estão na faixa etária acima dos 50 anos. Dentre esta população de idosos 53,6% são mulheres, ou seja, 5099 indivíduos. (IBGE, 2005).

O programa é dirigido à população da terceira idade teve início em março de 1998, criado pela Resolução 069/97 – CEPE/UNICENTRO, cujos objetivos são:

- a) Despertar a comunidade iratiense e da região para questões pertinentes aos que chegaram à 3ª idade, visando a dissipar preconceitos sobre essa faixa etária da população e as questões que nela se manifestam, reacendendo no idoso a auto-estima e, conseqüentemente, a vontade de viver, participar e assumir a sua presença no contexto social;
- b) Analisar a problemática do idoso a partir dos enfoques: biopsicológico, filosófico, jurídico, religioso, econômico, sócio-cultural e outros.
- c) Incentivar a reinserção sócio-comunitária do idoso no contexto da sociedade;

- d) Proporcionar às pessoas idosas o ingresso na Universidade a fim de que possam participar das atividades de caráter educativo, cultural e comunitário;
- e) Estimular o desenvolvimento da prática consciente da cidadania, assim como a livre expressão de potencialidades artístico-culturais, oportunizando a valorização de trabalhos assistenciais;
- f) Contribuir, por meio de programas sistemáticos, para o estreitamento entre as gerações mais idosas e as mais jovens;
- g) Promover práticas educativas de natureza interdisciplinar e interdepartamental, visando à integração de todos os setores da UNICENTRO;
- h) Estabelecer um espaço para realização de estudos, pesquisas e outras atividades relacionadas ao programa.

A UATI é constituída por uma equipe multiprofissional, contando com pedagogos, psicólogos, educadores físicos, professores de letras e graduandos desses cursos e outros como turismo. Conta ainda com professores de educação artística, de informática e maestro.

O ingresso dos participantes da UATI é feito por meio de livre adesão, devendo os mesmos possuir no mínimo 45 anos de idade. Ressalta-se que muitos são encaminhados por médicos, para a realização, principalmente, de atividades físicas e para o convívio social.

Apesar de ter sido convencionado que a Terceira Idade se inicia aos 65 anos de idade em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento, cuja expectativa de vida é menor (NUNES, 2003), o programa da UATI oferece a inserção de indivíduos com idade inferior ao convencional, pois acredita-se desta forma que além da possibilidade de

relacionamento entre faixas etárias distintas, é possível criar uma cultura saudável em seus integrantes ao adentrarem à faixa etária dos 60 anos.

O grupo da UATI funciona na terças e quintas-feiras nas dependências da UNICENTRO em Irati, das 13:30 às 17:00 horas, no qual é oferecido um programa variado a ser escolhido pelos participantes como: oficinas de artesanato, pintura, literatura, línguas estrangeiras, coral, grupo de psicologia, informática e aulas de violão. Estas atividades são oferecidas nos períodos de 13:30 às 14:30 h e das 14:30 às 15:30 h.

No horário de 15:30 às 16:30 h os integrantes da UATI participam de atividades físicas, coordenadas por um Professor de Educação Física e auxiliado por dois bolsistas da extensão. Neste momento os participantes realizam caminhadas, ginástica e dança. Tais atividades visam tanto à melhora dos sistemas orgânicos como a sociabilidade dos integrantes, uma vez que é buscado oferecer exercícios que sejam gratificantes, motivantes e de fácil realização.

Viagens a pontos históricos do Paraná e a eventos também são realizadas durante o ano. Destaca-se a Feira Internacional de Artesanato de Curitiba, na qual são expostos os produtos produzidos na própria UATI.

Uma série de palestras é proferida aos integrantes do grupo, abordando assuntos pertinentes ao momento de suas vidas, como: estatuto do idoso, inventário de bens, saúde da mulher, cuidados na terceira idade, prevenção de acidentes domésticos.

6.2. Sujeitos do Estudo:

Fizeram parte desta pesquisa mulheres integrantes da UATI que satisfizeram os critérios de seleção. O número de pessoas inscritas em 2005 foi de 49 indivíduos, sendo todas do sexo feminino, com idade média do grupo de 61,78 anos. O processo de recrutamento dos sujeitos se realizou por meio de um convite, no qual os mesmos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e como seria a sua participação no estudo.

Os critérios de seleção para a amostra foram:

- Mulheres que freqüentavam a UATI a pelo menos 6 meses;
- Após os esclarecimentos, aceitarem participar da pesquisa, terem lido e assinado o Consentimento Livre e Esclarecido.

6.3. Aspectos Éticos:

Segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, onde foi submetido à avaliação e aprovado (anexo 1).

Este processo tem por finalidade garantir o respeito à dignidade humana e o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

O Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado segundo a resolução, contendo justificativa, objetivo e a metodologia, deixando claro que os princípios de autonomia, não maleficência, benevolência, justiça/equidade, risco e benefícios seriam respeitados no desenvolvimento da pesquisa (Anexo 2).

6.4. Procedimentos para a coleta de dados:

A coleta de dados foi feita em duas etapas. A primeira por meio de entrevista individual com ajuda de instrumento (Anexo 3), construído com base em Prado (2001), que tratou da prática de exercícios físicos em mulheres com câncer de mama e nas experiências de profissionais que trabalham com mulheres na fase do climatério.

O instrumento constou de perguntas fechadas e abertas, com conteúdos relacionados à identificação sócio-demográfica, identificação de crenças sobre a prática de exercícios físicos e as dificuldades percebidas sobre tal prática. Procurou-se ainda buscar informações sobre a importância da realização de exercícios, o tipo, a duração e o custo dos mesmos.

O pesquisador procedeu às anotações das respostas às perguntas com justificativas, sendo transcritas para posterior categorização.

Na segunda etapa foi entregue a cada participante um instrumento, tipo diário, no qual a participante preencheu diariamente, durante quatro semanas, dados sobre a realização da atividade física como: data, horário, tempo, bem como os motivos quando não realizados (Anexo 4). Dessa forma, seguiu-se o critério de tempo de coleta de dados proposto por PRADO (2001), podendo ser possível a comparação dos dados coletados e acreditando ser este um tempo suficiente para atingir os objetivos propostos.

Deve-se salientar que o período de início de acompanhamento das mulheres em estudo não foi o mesmo para todas, havendo intervalo de até 5 semanas entre o início da fase de acompanhamento pelos diários. Das 30 mulheres estudadas, uma apresentou apenas a primeira semana do diário, portanto a análise das três últimas semanas de acompanhamento se deu com uma amostra de 29 mulheres.

6.5. Análise dos Dados:

Os dados foram analisados quantitativamente através de frequência. Os conteúdos das questões abertas foram agrupados por itens, para facilitar a codificação das variáveis e análise à luz do Modelo de Crenças em Saúde e Teoria de Campo de Kurt Lewin.

Foi utilizado o aplicativo Microsoft Excel para armazenamento dos dados, os quais foram transportados para o programa SPSS versão 13.0, para consolidação e tabulação dos dados.

7. RESULTADOS

7.1. Caracterização da amostra

O estudo contou com uma amostra constituída de 30 mulheres, integrantes do grupo da Universidade Aberta à Terceira Idade, recrutadas por meio de convite, as quais satisfizeram os critérios estabelecidos.

A idade média das mulheres participantes do estudo foi de 61,7 anos, com valores extremos de 52 e 82 anos, sendo que 46,7% das mulheres estavam na faixa etária entre os 50 e 59 anos, seguido de 43,3% das que estavam entre os 60 e 69 anos (Tabela 1). O fato de a maioria das mulheres em estudo encontrarem-se na faixa etária de 50 a 59 anos reflete a distribuição apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005) na qual 45% das mulheres acima dos 50 anos de idade residentes em Irati enquadram-se nesta categoria.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres da UATI segundo a idade em anos. Irati, 2005.

Idade	Nº	%
50 — 59	14	46,7
60 — 69	13	43,3
70 — 79	2	6,7
80 — 89	1	3,3
Total	30	100

O tempo médio de residência das mulheres no município em que se realizou este estudo era de 48,05 anos, com variação entre 03 e 73 anos, sendo que 15 delas (50%) residem nesta localidade desde o nascimento. A proximidade entre a média de idade das mulheres em estudo e a média do tempo de residência podem trazer alguns indicativos das crenças e costumes das mulheres desta região.

No que diz respeito à escolaridade (Tabela 2), apenas duas (6,7%) possuíam menos de 4 anos de estudo, não tendo concluído as séries iniciais do ensino fundamental e oito (26,7%) chegaram a concluí-lo. Três mulheres (10%) completaram todo o ensino fundamental, com oito anos de estudo, e dez (33,3%) concluíram o ensino médio com 11 anos de estudo. Sete (23,3%) possuíam pelo menos 15 anos de estudo, tendo concluído o ensino superior, todas em áreas da licenciatura, como Letras, História, Pedagogia e Matemática.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres da UATI segundo o grau de instrução. Irati, 2005.

Grau de Instrução	Nº	%
Ensino Fundamental – Séries Iniciais incompleto	02	6,7
Ensino Fundamental – Séries Iniciais completo	08	26,7
Ensino Fundamental completo	03	10
Ensino Médio completo	10	33,3
Ensino Superior completo	07	23,3
Total	30	100

Tal condição educacional, com 56,6% das mulheres, com 11 anos ou mais de estudo, talvez reflita o fato de que a maioria (60%) das mulheres possuía uma profissão (Tabela 3), tendo 13 (43,3%) adquirido a aposentadoria.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres da UATI segundo a ocupação. Irati, 2005.

Ocupação	Nº	%
Do lar	12	40
Professoras	11	36,7
Telefonista	01	3,3
Confeiteira	01	3,3
Empresária	01	3,3
Atendente de Enfermagem	01	3,3
<i>Dama de Companhia</i>	01	3,3
Auxiliar de Produção	01	3,3
Ver 18	01	3,3
Total	30	100

Quanto à condição conjugal, quatorze mulheres (46,7%) residem com seu parceiro e dezesseis (53,3%) não possuem parceiro. O número de treze (43,3%) viúvas, condiz com o que é apresentado na literatura, a qual traz que as mulheres possuem uma expectativa de vida maior do que a dos homens (SHEPHARD, 2003).

O Gráfico 1 mostra o número de filhos vivos no momento da pesquisa, onde é possível observar que o grupo analisado apresenta uma média de 3,07 filhos por mulher. Mesmo analisando apenas o número de filhos vivos no momento do estudo é possível identificar que a fecundidade apresentada pelas estudadas situa-se acima da média nacional atual que é cerca de 2,38 filhos por mulher, mas bem abaixo do patamar observado até meados de 1960, que era de 6,2 filhos (Brasil, 2005).

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres da UATI quanto ao número de filhos. Irati, 2005.

Dentre as mulheres em estudo, 7 delas moram sozinhas, 23,3%. A condição de viuvez, de separação conjugal e de solteira faz com que a mulher more sozinha quer seja por conveniência ou tenha que aceitar esta condição. Tal situação acaba por gerar, em muitos casos, a solidão e em decorrência um estado depressivo.

Por outro lado, 22 das entrevistadas residem com familiares, dentre os quais destacam-se o marido/companheiro, os filhos, netos e outros revelando que 73,4% das

mulheres de alguma forma mantém um relacionamento direto com a família. No entanto, destaca-se que, para algumas das mulheres estudadas, a necessidade de evidenciar a situação de independência de cada uma delas que, apesar da viuvez elas não estão morando de favor na casa de ninguém, pelo contrário são seus familiares que moram em sua casa. Revelam que ainda têm filhos que, mesmo sendo adultos solteiros, casados e com filhos, moram na casa delas.

Apenas uma mulher reside com uma inquilina sem grau de parentesco, ou seja com uma estudante oriunda de outra localidade.

As respostas das entrevistadas deixam em evidência que elas assumem muitas das responsabilidades relacionadas aos afazeres domésticos, quando verificamos que 96,7% identificaram-no dentre os compromissos e responsabilidades que assumem no dia a dia. Ocupam-se, uma grande parcela do tempo diário, com a limpeza da casa e preparação das refeições. Além de tais responsabilidades referem que são também responsáveis pelo cuidado de outras pessoas da família que necessitam de cuidados especiais; seja por debilidade na saúde ocasionada por doença associada à idade avançada, por deficiência congênita ou pela pouca idade, ou seja, a presença de netos sob sua guarda em uma parte do dia. Nove delas, 30% disseram enquadrar-se nesta situação.

Além disso, 40% delas relataram que são responsáveis pelas compras no mercado e 13,3% pelos serviços bancários destinados a pagamento de contas e saques. A confecção de roupas, artesanatos, bolos e doces para a venda, embora não caracterizem para elas uma profissão, são atividades que no tempo livre servem para aumentar a renda familiar ou mesmo para ocupar o corpo e a mente.

O trabalho voluntário, geralmente ligado a uma instituição religiosa, está presente no cotidiano de 10% das mulheres em estudo. Tais atividades são caracterizadas por visitas e atendimento a pessoas carentes e enfermas.

O gerenciamento de uma empresa comercial e a prestação de serviços domésticos remunerados fazem parte da vida de 6,7% dessas mulheres.

A participação na UATI foi identificada por três (10%) delas como compromisso que elas têm assumido em suas vidas, revelando que a mesma foi incorporada no cotidiano.

Quanto ao tempo de participação na UATI o mesmo retrata uma sólida continuidade, uma vez que 26 (86,7%) das mulheres em estudo estavam ali integradas há mais de dois anos (Tabela 4), quando se observa que apenas 4 (13,3%) se inseriram no ano anterior à entrevista.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres da UATI segundo o tempo de participação na UATI. Irati, 2005.

Anos	Nº	%
1	4	13,3
2	4	13,3
3	2	6,7
4	8	26,7
5	5	16,7
6	-	-
7	7	23,3
Total	30	100

Quanto ao hábito do tabagismo (Gráfico 2), um dos fatores associados a diversas doenças crônicas que afetam a saúde de mulheres em fase de envelhecimento, apenas 01 (3,3%) das mulheres em estudo o referiu como fazendo parte de seus hábitos. As demais relataram que nunca fumaram ou o fizeram no passado, 22 (73,3%) e 07 (23,3%) respectivamente. Destaca-se aqui o tempo médio de abstinência das que fumaram no passado, tendo sido de 20,86 anos, com valores extremos de 10 e 40 anos.

Gráfico 2 – Distribuição das mulheres da UATI quanto ao hábito do tabagismo. Irati, 2005.

No que diz respeito à condição de saúde do grupo estudado, foi possível verificar (Gráfico 3) que 60% das mulheres em estudo afirmaram ter possuído no passado o diagnóstico clínico de algum tipo de doença, ao passo que 12 mulheres (40%) relataram não possuir nenhuma doença. Dentre as outras 18 que, após diagnóstico médico, relataram possuir alguma doença, 8 (26,7%) disseram que são portadoras de doenças cardiovasculares (7-hipertensão, sendo uma associada a problema cardíaco e 1-colesterol alto), 7 (23,3%) com doenças do aparelho locomotor, (2-artrite, 2-artrose, 1-artrite e artrose, 1-paraplesia, 1-desvio de coluna), 4 (13,3%) com problemas no sistema endócrino (3-hipotireoidismo, 1-*diabetes mellitus*), 3 com problemas neuro-psicológicos (1-depressão, 1-sistema nervoso, 1-enxaqueca), 2 (6,7%) no sistema digestório (2-gastrite) e 1 (3,3%) no sistema respiratório (1-bronquite).

Gráfico 3 – Distribuição das mulheres da UATI quanto à incidência de doenças. Irati, 2005.

O fato das doenças que afetam o aparelho locomotor se encontrarem em segundo lugar entre as mulheres em estudo, não condiz com os dados apresentados por Shephard (2003) e Gomes (2003), os quais relatam que o equivalente a 80% das pessoas idosas apresenta alguma forma de queixa reumática, tornando assim uma das queixas mais comuns nesta população. Vale destacar que apenas 3 (10%) das estudadas relataram diagnóstico de artrite reumatóide valores diferentes dos 4,9% de mulheres acima dos 65 anos de idade apresentados por Linos (1980) como sendo portadoras desta patologia.

Destaca-se, também no presente estudo, a baixa incidência de diabetes *mellitus*, com apenas um relato (10%). Novamente este dado não condiz com a literatura, a qual apresenta que nesta faixa etária cerca de 30% das mulheres possuem má tolerância à insulina (MCARDLE, 1998; SHEPHARD, 2003).

Quanto ao fato da hipertensão arterial sistêmica ter sido diagnosticada clinicamente em 23,3% delas, segundo o relato das mulheres em estudo, não significa que as mesmas apresentavam à época da entrevista um quadro hipertensivo.

Em relação ao tempo desde a última consulta em que as mulheres procuraram assistência médica por motivo de doença específica, constatamos que dezesseis (53,3%) o tinham feito a menos de um ano, das quais sete delas referiram ter sido no último mês, enquanto que 11 (36,7%) o fizeram há mais de um ano. Duas mulheres não se recordavam da

última vez em que procuraram um médico por motivo de doença e uma revelou nunca ter necessitado deste recurso. O tempo médio da última consulta, realizada pelas mulheres estudadas, por motivo de doença foi de 34 meses.

7.2. Conhecimento e Percepção da Atividade Física

A prática da atividade física regular tem se caracterizado como um método eficiente tanto de prevenção como de tratamento de doenças que afetam mulheres em seu ciclo vital. Inúmeras pesquisas têm demonstrado os benefícios dos exercícios e segundo o Comitê Técnico Científico de Assessoramento às ações de Atividade Física e Saúde, do Ministério da Saúde, a consciência do binômio atividade física e saúde leva a necessidade de melhor informar e educar a população acerca da prática regular da atividade física, como fator de promoção da saúde e prevenção de doenças, mais especificamente as crônico-degenerativas (BRASIL, 2001).

Sendo assim, se o período do climatério é responsável por diversas transformações psicossociais e fisiológicas, o mesmo pode ser visto também como um tempo para mudanças positivas (SHANGOLD, 1998), no qual a prática de hábitos mais saudáveis de vida pode ser incorporada, como a atividade física regular.

Nesta pesquisa foi possível verificar que 100% das mulheres consideram importante a prática regular da atividade física e que a mesma está relacionada à promoção da saúde. As participantes justificaram que sua importância reflete na saúde física (16), na saúde físico-mental (10), na saúde de forma geral (3) e à saúde mental (1). (Gráfico 4)

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde a aceitação da susceptibilidade a dada condição de saúde, bem como a crença sobre a seriedade das consequências oriundas dessa condição de saúde caracterizam-se como força à condução de uma ação. Entretanto, nem sempre a magnitude desta força é suficientemente capaz de vencer as forças de resistência a determinado movimento ou mesmo capaz de definir sua direção.

A determinação da direção da ação é principalmente influenciada pelas crenças que o indivíduo tem em relação à efetividade das alternativas conhecidas para reduzir a ameaça à qual ele se sente submetido (LESCURA; MAMEDE, 1990). Uma alternativa pode ser vista como benéfica se ela se relacionar subjetivamente à redução da susceptibilidade ou da seriedade da doença.

Gráfico 4 – Distribuição das justificativas quanto à importância da atividade física para mulheres da UATI. Irati, 2005.

Quanto aos aspectos relacionados à saúde física, os seguintes depoimentos como: *“Para quem tem triglicerídios e colesterol altos ajuda”*, *“No meu caso, tive osteopenia e com os exercícios recuperou”* e *“Desenvolve os músculos. Deveria ser obrigação todos os dias”*, expressam a crença na eficácia dos exercícios físicos para a saúde corporal.

Outras mulheres relacionam a importância da atividade física não somente ao corpo físico, mas também à mente: *“Melhora em todos os movimentos do corpo. Até a memória melhora”*, *“Melhora a circulação, o funcionamento do intestino, a dor na coluna. A prática dos exercícios nos deixa com mais disposição, mais alegre; fica com bom humor e também dorme mais cedo”*.

O mesmo fenômeno ocorreu ao serem questionadas sobre os benefícios percebidos da atividade física, uma vez que 100% das mulheres disseram que a atividade física é benéfica, pois está relacionada à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Ao descreverem os benefícios da atividade física fizeram 28 citações que se relacionavam ao bem estar físico, como dormirem melhor, melhora o apetite, menos cansaço, mais agilidade, regula a pressão arterial e as funções gastrintestinais.

Quanto aos benefícios psico-emocionais relacionados à prática regular da atividade física, fizeram 24 menções como aumento do ânimo, da disposição, da confiança em si, melhora a jovialidade e vontade de viver.

Estes dados condizem com os encontrados na literatura sobre os efeitos benéficos da atividade física regular para a saúde da mulher, uma vez que tem sido comprovado que os exercícios físicos vêm sendo amplamente utilizados para prevenir e tratar as doenças mais prevalentes. Há registros nos Estados Unidos que esta prática tem auxiliado no tratamento de doenças como: infarto do miocárdio, hipertensão, diabetes, artrites, osteoporose, obesidade, dislipidemia, depressão e câncer e que tal prática, muitas vezes, tem sido usada em substituição ao uso de medicamentos, como antibióticos, analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos, sedativos e hormônios (ELRICK, 1996).

Isso porque a recompensa dos exercícios proporcionada pelos exercícios se estendem além dos benefícios específicos à doenças crônico degenerativas. A atividade física reduz o estresse, melhora a auto-imagem, eleva o humor e, além disso, dá a sensação de bem-estar, provavelmente por estimulação da endorfina liberada durante a realização dos mesmos.

Tais elementos, segundo Elrick (1996), acabam por reforçar outras mudanças positivas no estilo de vida, como hábitos alimentares mais saudáveis e suspensão do tabagismo. Cabe aqui salientar que das 30 mulheres entrevistadas, apenas uma relatou ser fumante e outras sete deixaram de fumar no passado.

Depoimentos como: “*O meu HDL era baixíssimo, sempre menos de 30, e agora com a atividade física já cheguei a 43*”, condizem com pesquisas que relacionaram o exercício e o perfil lipídico em mulheres na menopausa (DOWLING, 2001). Vários estudos mostraram que pessoas treinadas e indivíduos fisicamente ativos geralmente apresentam concentrações plasmáticas mais baixas de triglicerídios e níveis mais altos de HDL-C, em comparação com pessoas sedentárias.

A prática da atividade física apresenta um relativo potencial na modificação do perfil plasmático especialmente aumentando os níveis da lipoproteína lipase (LPL) e da atividade do ácido colesterol lecitina transferase (ACLT). Além disso, tal prática diminui a concentração de triglicerídios pelo aumento da atividade dos receptores de insulina reduzindo os reservatórios de gordura corporal. Vale destacar que a gordura abdominal, freqüentemente presente na pós-menopausa, está associada ao decréscimo da atividade do LPL hepático, prejudicando a quebra dos triglicerídios. Portanto, a relação entre exercício físico e diminuição do risco de doenças cardiovasculares possui múltiplas facetas.

Exercícios aeróbios regulares melhoram o colesterol, a pressão sangüínea, o açúcar sangüíneo, e a porcentagem de gordura corporal (MITCHELL, 1998).

A *American College of Sports Medicine* e a *American Heart Association* reconhecem os benefícios tanto dos exercícios aeróbicos de endurance quanto dos treinamentos de resistência em atividades de fitness ao perfil lipídico (DOWLING, 2001), razão pela quais os exercícios físicos devem ser prescritos às mulheres na fase do envelhecimento.

No presente estudo foi possível verificar que as mulheres estudadas ao configurarem tanto a importância quanto os benefícios da atividade física regular de uma certa forma traduzem tais conhecimentos uma vez que suas justificativas dirigiram para a preocupação com doenças onde os perfis lipídicos e glicêmicos tem importância como quanto

ao diabetes, exemplificado nos seguintes depoimentos: “*Se eu não fizer atividade física vou atrofiar, sobe o diabetes e o colesterol*” e “*O exercício ajuda a eliminar o colesterol, regula a pressão arterial e o diabetes, o açúcar no sangue*”. A aplicação deste conhecimento por parte das estudadas talvez pudesse explicar a baixa incidência destas patologias entre elas.

Exercícios físicos, principalmente os aeróbicos em nível submáximo (60 a 70% do VO₂ máximo), produzem sensível aumento na captação de glicose pelos músculos esqueléticos, independente de insulina. Em casos de pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2, pesquisas têm demonstrado uma melhora notória e, muitas vezes, a associação do exercício com a perda de peso pode até eventualmente restaurar a intolerância à glicose próximo aos padrões normais, já que em muitos casos de *diabetes mellitus* tipo 2 são ocasionados por inatividade física (ELRICK, 1996; LEE et al, 2001; PETRELLA, 1999;RIQUE et al, 2002; WOOTEN, 1996).

No grupo de mulheres aqui estudado é destacado não haver referência de osteoporose entre elas. Esta é uma doença relacionada à deficiência de estrogênio e conseqüente perda de densidade óssea. De acordo com os critérios da OMS, esta condição está presente em mais de 30% das mulheres pós-menopáusicas, e 54% possui osteopenia (BECK, 2000). Além da idade, sexo e circulação hormonal, outros fatores de risco estão associados à osteoporose, tais como dieta, medicamentos, raça, hereditariedade, consumo de álcool, tabagismo e sedentarismo.

Foi interessante observar que uma das mulheres em estudo evidenciou tal percepção quando esclareceu que a prática de exercícios físicos foi responsável pela sua recuperação de um quadro de osteopenia e outras sete mulheres relacionaram em suas justificativas a prática regular da atividade física com o tratamento e prevenção da osteoporose.

Inúmeras pesquisas nas últimas décadas ressaltam a eficácia dos exercícios físicos na prevenção do declínio da massa óssea em mulheres no climatério, principalmente quando associados a uma dieta adequada de cálcio, à exposição ao sol com o propósito de estimular a produção da Vitamina D e à terapia de reposição hormonal (BECK, 2000; ELRICK, 1996; KATZ, 1998; SHANGOLD, 1998; SHEPHARD, 2003). O mecanismo de ação dos exercícios envolvido na formação de massa óssea está relacionado à força gerada durante os exercícios físicos, pois favorece a ativação das células osteoblásticas, responsáveis pela fixação de material ósseo (HALL, 2005; SHANGOLD, 1998).

No presente estudo, quando as mulheres foram questionadas quanto à relação que faziam entre a ausência da prática regular da atividade física e as chances de se ficar doente, quase a totalidade delas (29/93,3%) afirmaram acreditar que havia uma relação entre sedentarismo e chance de ficar doente, com acometimento principalmente à saúde física.

Para elas as doenças do aparelho locomotor parecem estar associadas à pouca realização de exercícios físicos, quando identifica-se que seis mulheres referiram tanto a osteoporose quanto o enfraquecimento da musculatura, quatro fizeram referências à artrose e 2 à artrite como pode ser observado no Gráfico 5.

Em seguida as doenças cardiovasculares, como hipertensão (2), problemas cardíacos (4), dislipidemias (3) e circulatórios de forma em geral (3) foram associados como problemas decorrentes da ausência regular da atividade física.

Apesar das doenças neuropsicológicas se encontrarem em terceiro lugar na identificação das mulheres a depressão foi a doença que apresentou o maior número de referências, destacada por sete mulheres.

A obesidade também recebeu certo destaque, por algumas quando é verificado citação de cinco mulheres referindo-a como consequência do sedentarismo.

Apesar das condições climáticas da região onde o estudo foi realizado serem favoráveis à incidência de doenças respiratórias, apenas duas fizeram menção a elas.

Gráfico 5 – Distribuição das justificativas quanto às doenças associadas ao sedentarismo para mulheres da UATI. Irati, 2005.

Tal percepção difere de outra pesquisa realizada no sul do Brasil por Domingues et al (2004), o qual verificou, com exceção dos problemas circulatórios, que outros agravos à saúde comumente vinculados ao sedentarismo estavam entre aqueles menos identificados, dentre as opções das doenças para as quais o exercício físico é classicamente considerado como um fator de proteção. Todavia, em um ponto as pesquisas coincidem ao detectar baixas prevalências do reconhecimento de que o exercício esteja associado ao combate do diabetes.

Para os autores, apesar de toda a divulgação do exercício físico como protetor contra cardiopatias e outras doenças crônicas, os benefícios mais lembrados pelas pessoas não são sobre os males puramente físicos, mais facilmente mensurados e associados ao exercício físico.

De fato, ainda que a genética e a idade possuam grande importância na evolução das doenças referidas pelas estudadas neste estudo todas estão ligadas ao processo de envelhecimento, como osteoporose, artrose, artrite, hipertensão, obesidade, depressão,

elevação das taxas de colesterol e triglicerídios sanguíneos e grande parte dos fatores de risco está relacionado a modificações no estilo de vida (RIQUE et al, 2002; SHANGOLD, 1996).

Verificamos, também, que quase a totalidade das mulheres em estudo associou a prática da atividade física com a melhora da qualidade do sono e do equilíbrio corporal, diminuindo o estresse e o cansaço do cotidiano (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das respostas sobre as percepções dos benefícios da atividade física dadas pelas mulheres da UATI. Irati, 2005.

Variável	Nº	%
Qualidade do Sono	28	93,3
Equilíbrio Corporal	30	100
Estresse	29	96,7
Cansaço	29	97,7%

Depoimentos, como: *“No dia em que fazemos atividade física a gente se sente melhor e dorme melhor”*, *“A prática dos exercícios nos deixa com mais disposição, mais alegre; fica com bom humor e também dorme mais cedo”*, *“Age no emocional. Volto cansada, mas feliz”* e *“A gente sente mais confiança em si para sair na rua sem ter medo de cair, dorme melhor e a pressão normaliza”* revelam a avaliação que as mulheres fazem sobre sua prática.

Segundo Shangold (1998), manifestações físicas e emocionais têm sido associadas à menopausa, incluindo depressão, ganho de peso, irritabilidade, insônia e perda de concentração; estando alguns distúrbios do humor e do sono relacionados à deficiência de estrogênio. Sintomas vasomotores podem induzir à privação crônica do sono, gerando desordens no humor. Para a autora o exercício aeróbico regular melhora a função cognitiva e aumenta o humor, proporcionando um nível maior de atenção durante o dia e melhorando a qualidade do sono à noite.

Petrella (1999) expõe que embora o declínio da função do sistema nervoso central relacionado à idade tenha sido aceitado como irreversível e inevitável, estudos revelam

melhorias na função cognitiva, incluindo memória, atenção, tempo de reação e inteligência, ocorridas em participantes mais velhos em programas de aptidão aeróbios.

Neste estudo, praticamente todas as mulheres entrevistadas (96,7%) referiram a atividade física como um recurso para o combate ao estresse. A única entrevistada que não opinou sobre esta questão declarou que *“Como nunca eu tive estresse, não sei dizer se é bom”*.

Resultado semelhante foi encontrado por Domingues et al (2004) com 3.182 pessoas, abordando o conhecimento e a percepção sobre o exercício físico, o qual destacou que entre cinco problemas mais citados pela população como possivelmente alteráveis pelo exercício físico, o estresse apareceu em primeiro lugar, seguido dos problemas circulatórios e logo após apareceram outros problemas relacionados à esfera emocional, como depressão e ansiedade, sendo que o quinto problema foi a insônia.

Para Rique (2002), a atividade física regular pode atenuar o estresse emocional crônico e outros fatores psicossociais relacionados às doenças cardiovasculares (DCV). O mesmo declara Elrick (1996), ao alegar que exercícios como andar ou correr reduzem a depressão e a ansiedade, promovendo a sensação de bem-estar, aumentando a tolerância ao estresse diário e a auto-imagem de seus praticantes.

Sabe-se que apenas o conhecimento sobre a importância de um comportamento não é suficiente para que o mesmo seja praticado. Sendo assim, o fato de possuir o conhecimento não implica necessariamente na prática regular da atividade física, entretanto sem o conhecimento e percepção corretos sobre o tema é improvável que atitudes sejam tomadas no sentido de alterar um padrão comportamental.

Ao serem questionadas sobre a possibilidade de a atividade física deixar a pessoa com mais força para as tarefas do cotidiano, 100% das entrevistadas afirmaram que acreditam que a prática de exercícios físicos influencia positivamente no dia-a-dia.

Conforme a Tabela 6, o motivo mais destacado sobre a obtenção de mais força foi o aumento da disposição e do ânimo para a realização das tarefas, como exemplificado a seguir: *“Você fica mais disposta e o serviço rende mais. Você fica mais ativa para a vida”*, *“A gente fica mais ágil, com mais disposição, sem preguiça ou moleza”* e *“Se sente melhor, mais leviana, mais disposta”*.

Tabela 6 - Distribuição das justificativas sobre o acréscimo de força proporcionado pela atividade física para as tarefas do cotidiano pelas mulheres da UATI. Irati, 2005.

Justificativas	nº	%
Mais ânimo/disposição	15	50
Fortalece o organismo	08	26,7
Mais agilidade	5	16,7
Bem-estar (menos implicante)	2	6,7
Melhora o raciocínio	1	3,3

O fortalecimento do organismo, envolvendo as estruturas musculares, ósseas e articulares, responsáveis pela locomoção e mobilidade humana, foi apontado pelas mulheres como um estímulo à prática da atividade física. Para Wooten (1996), exercícios moderados aprimoram a força muscular, aumentam sua resistência e flexibilidade, contribuindo não apenas à saúde dos músculos como também dos ossos.

Tal estímulo fica em evidências em depoimentos como: *“Porque eu tenho que carregar a minha sogra e eu consigo; os ossos e músculos ficam mais fortes”* e *“Porque a gente prepara os músculos para as atividades”*.

O fortalecimento das estruturas responsáveis pelo movimento humano acaba por favorecer também a agilidade dos movimentos, ativando células neurotransmissoras, melhorando a coordenação motora. As estudadas, neste sentido, expressaram que os movimentos com o corpo deixam a pessoa mais ágil, se sentem mais forte e firmes.

As estudadas deixam em evidência que os exercícios podem também ajudar evitando dores lombares, prevenindo quedas devido à inflexibilidade e melhorando a força

diária como assim expressado: “A gente sente mais confiança em si para sair na rua sem ter medo de cair”.

Quando questionadas sobre o fato de ser prazeroso a prática dos exercícios, 100% das mulheres em estudo afirmaram ser bom realizar os exercícios e tais benefícios estão relacionados a aspectos físicos, psico-emocionais e físico-psico-emocional conforme observado no Gráfico 6. Das 30 mulheres em estudo, 21 (70%) mencionaram como responsáveis pela sensação de prazer, como satisfação, ânimo, alegria, a mente relaxada. Tal como nos seguintes depoimentos: “É bom se sente bem, saudável, feliz, alegre”, “A gente se diverte, tem mais ânimo. Dá uma arejada na cabeça”, “Fico realizada e com mais disposição quando realizo os exercícios físicos. O dia fica bom. É a mais importante tarefa do dia-a-dia”.

Seis mulheres relataram tanto questões físicas como psico-emocionais, exemplificado a seguir: “Me satisfaz pessoalmente. Fico cansada, mas feliz”, “Me sinto outra. Tenho mais disposição. Chego em casa animada, um pouco cansada, mas com vontade de fazer algo mais”.

Apenas 3 (10%) mulheres relacionaram o prazer unicamente a aspectos físicos.

(Gráfico 6)

Gráfico 6 – Distribuição das justificativas quanto aos benefícios percebidos da prática da atividade física para mulheres da UATI. Irati, 2005.

Diante das explicações das mulheres estudadas, pode-se verificar que em suas concepções a presença de estímulos internos quanto de externos, as têm motivado à prática regular da atividade física favorecendo, portanto comportamentos relacionados à promoção à saúde como também outros nem sempre ligados à saúde.

7.3. Percepção das Barreiras para a Prática da Atividade Física

A percepção de um obstáculo é entendida como sendo um dos primeiros passos para procurar transpô-lo. Assim, ao se entender que a percepção de barreiras à prática da atividade física trata-se de um conjunto de razões ou crenças individuais que criam condições que dificultam esta prática, neste item procurar-se-á identificá-las entre as mulheres estudadas.

Para isso, um conjunto de questões foi feito e suas respostas foram organizadas para que se pudesse identificar as barreiras percebidas por elas quanto à realização da atividade física.

Verifica-se, conforme apresentado na Tabela 7, que o esforço físico foi considerado como uma barreira à realização dos exercícios apenas para 02 mulheres (6,7%), as quais declararam que: *“No começo não é fácil”* e *“Não sei porque, mas na UATI eu não estava conseguindo acompanhar o ritmo. Mas depois que acostuma melhora bastante”*.

Para 28 (93,3%) das mulheres o esforço físico; considerado como barreira; é superado quer seja por meio da força de vontade, fazendo exercícios dentro do seu limite pessoal (potencial) ou tendo a consciência que cansa apenas no início, como expresso nos depoimentos: *“Para quem está acostumado não; a não ser quem não faz nada. Neste caso, o exercício físico deve ser feito de forma gradativa”*, *“Deve-se iniciar de acordo com a capacidade física e, em seguida, vai se adequando a novos exercícios”* e *“Tendo vontade não exige muito”*.

Além disso, a presença de um professor instruindo os exercícios físicos e a consciência de que eles proporcionam uma saúde melhor superam a exigência de muito

esforço físico, de acordo com as justificativas das mulheres em estudo o que vem de encontro com os achados de Prado, 2001.

Tabela 7 - Distribuição das justificativas sobre o a exigência de muito esforço físico para a realização dos exercícios físicos pelas mulheres da UATI. Irati, 2005.

Justificativas	SIM		NÃO	
	nº	%	nº	%
Força de vontade	-	-	5	16,7
Cansaço inicial	2	6,7	10	33,3
Intensidade	1	3,3	6	20
Potencial	-	-	10	33,3
Outras	-	-	3	1º

O custo financeiro para a prática da atividade física também não foi identificado como um empecilho para a maioria das mulheres entrevistadas. Um total de 25 (83,3%) mulheres relatou que é possível realizar os exercícios sem grandes custos, quer seja na própria residência ou mesmo caminhar nas ruas e parques, portanto sendo necessário ter que praticá-los em academias (09 citações). Para as 5 (16,7%) mulheres que identificaram o custo financeiro como barreira a esta prática, todas referiram a academia como sendo de alto custo.

Fica evidente, entre as estudadas, que o custo financeiro para a prática dos exercícios físicos está estritamente ligado ao pagamento de uma academia, isso tanto para as mulheres que assim o identificou como barreira, como para aquelas que não o percebe desta maneira, mas que fizeram menção à não necessidade de ter que praticá-los em uma academia, como exemplificado a seguir: *“Não preciso ir a uma academia ou ter um personal training. Posso fazer em casa”*, *“Para nós não é caro. Talvez para alguém que pague uma academia”*.

Deve-se destacar aqui a resposta de umas das mulheres que não identifica como alto o preço cobrado pelas academias para a prática da atividade física: *“Digo sempre à minha vizinha que, a mensalidade de uma academia é muito menor dos que os 70 reais que ela gasta todo o mês na farmácia”*.

Por outro lado, as 23 mulheres que identificaram barreiras para a prática da atividade física o fizeram referindo a mais de uma barreira. (Gráfico 7)

Gráfico 7 – Distribuição das justificativas quanto às barreiras à prática da atividade física para mulheres da UATI. Irati, 2005.

Os problemas de saúde foram para 9 delas os mais apontados como barreiras à prática da atividade física regular. Tanto doenças que acometem a elas mesmas como as que afligem familiares. Nestes casos, maridos com cardiopatias que necessitam de atenção permanente, pais e sogros com idades avançadas e que perderam parte da capacidade de locomoção, e membros da família portadores de deficiências mentais e físicas, segundo a percepção das mulheres em estudo limitam a disponibilidade de tempo para a prática.

Outros motivos alegados como barreiras para a prática da atividade física foram os compromissos e responsabilidades do cotidiano, que de acordo com as justificativas de 9 mulheres, acabam por minimizar o tempo disponível para a realização dos exercícios. Neste campo, os afazeres domésticos são os maiores limitadores.

Dentre as mulheres em estudo, 5 relataram que a falta de vontade leva à indisposição para a prática dos mesmos e 4 destacaram as condições climáticas, como frio, chuva e calor intenso, como elementos que dificultam a prática dos exercícios. Isso porque no período do inverno as temperaturas chegam próximas a 12 graus centígrados durante o dia.

Quanto à questão de se considerarem uma pessoa que pratica regularmente a atividade física, 18 mulheres relataram que a praticam regularmente, 11 mulheres não se consideravam praticantes e uma estava indecisa quanto a esta questão (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição das mulheres da UATI quanto a auto-avaliação da prática regular da atividade física. Irati, 2005.

Quanto ao impedimento para a prática regular da atividade física, 13 mulheres relataram possuir algum tipo de impedimento sendo que 5 justificaram como sendo os compromissos assumidos, e como consequência a falta de tempo para se dedicarem a esta prática. As doenças na família também foram identificadas por 5 mulheres, seguido da falta de vontade (3). (Gráfico 9)

Gráfico 9 – Distribuição das mulheres da UATI segundo os tipos de impedimentos à prática regular da atividade física. Irati, 2005.

7.4. Motivação para a Prática da Atividade Física

Uma das afirmações básicas da teoria de campo diz que qualquer comportamento ou qualquer mudança no campo psicológico da pessoa depende somente desse campo naquele momento. Isto porque, segundo esta perspectiva, trata-se de uma ênfase à realidade subjetiva do sujeito e não à realidade objetiva, tendo em vista que as crenças pessoais assumem um valor primordial na determinação do comportamento em saúde (LESCURA; MAMEDE, 1990). Sendo assim, a formação do mundo subjetivo do indivíduo depende da maneira pela qual ele percebe o mundo objetivo e está na dependência direta de suas motivações.

Os estímulos que geram motivações podem ter origem interna, como por exemplo, o prazer proporcionado por uma atividade, ou externa, como a influência da família e dos meios de comunicação.

Todas as mulheres em estudo revelaram que costumam sair de casa durante a semana, sendo que 23 (76,6%) delas justificaram que o fazem para atividades de lazer e recreação, como idas ao clube, cinema, jantares e bailes. Foi ainda relatado que costumam sair de casa para o exercício de muitas das suas responsabilidades como as 19 (63,3%) que disseram que saem de casa para executar atividades como buscar os netos na escola, fazer compras no mercado e farmácia e realizar saques ou pagamentos bancários. Relataram ainda que, periodicamente vão à igreja - 16 (53,3%) das mulheres. Dentre as mulheres estudadas 15 delas disseram que saem de casa também para a realização de atividades físicas em academias, ruas, parques e na própria UATI. No grupo estudado, somente uma (3,3%) referiu que necessita sair de casa para trabalhar.

No que se refere à companhia para sair de casa, 46,7% das mulheres relataram fazê-lo sozinhas, seguido de 12 (40%) que saem eventualmente acompanhadas e 4 (13,3%) que o fazem acompanhadas, sendo duas destas por problemas de saúde.

Dentre os motivos relatados pelas mulheres em estudo para a participação na UATI, foi possível verificar que os mesmos variaram, sendo que o mais frequentemente relatado por elas (16 -53,3%) foi por terem ouvido comentários sobre este grupo, isto é, através de convite de outras mulheres integrantes da UATI ou por indicação de um médico, como também pela própria curiosidade de saber do que se tratava. O desejo de buscar companhia ou a busca de novas amizades fez com que 11 delas (36,7%) aderissem ao programa. A possibilidade de sair da rotina doméstica motivou 9 delas (30%) a aderir ao programa como também à atividade física ali desenvolvida relatado por 07 delas (23,3%). Buscar superar a depressão 06 (20%) e a busca de conhecimento 01 (3,3%) foram os motivos relatados para a adesão na UATI.

Ao falarem sobre a realização de atividades físicas, verificou-se que a maioria das mulheres entrevistadas realiza algum tipo de atividade (93,3%), apenas duas disseram que no momento não estavam realizando atividade física, sendo uma por motivo de problemas de saúde (tratamento de artrite no joelho) em decorrência do sobrepeso e outra por estar acompanhando a construção de sua casa.

Dentre as 28 mulheres em estudo que relataram praticar algum tipo de exercício físico, todas relataram participar das aulas de ginástica, dança e das atividades esportivas desenvolvidas na UATI. Por outro lado, além das atividades oferecidas pelo programa, a maioria das mulheres, ou seja, 18 (60%) praticam ginástica aeróbica, musculação, natação, hidroginástica, exercícios na bicicleta ergométrica e esteira em outros locais como academias, clubes ou na própria casa. A atividade mais presente na vida das mulheres estudadas foi a caminhada, desenvolvida por 11 mulheres, nas ruas, praças e parques da cidade.

O local e o período do dia em que são realizados os exercícios físicos podem servir como um indicador de aderência à prática da atividade física.

O Quadro 2, apresenta o período do dia bem como o local de realização da atividade física das 28 mulheres que declararam realizar algum tipo de exercício físico. Assim, pode-se perceber que 100% delas participam regularmente dos exercícios físicos propostos pela UATI, muito embora apenas 7 delas tenham declarado que a motivação inicial para a participação no programa tenha sido em decorrência das atividades físicas ali desenvolvidas.

Quer seja pela falta de opção de escolha de atividade a ser realizada no programa uma vez que a atividade física ocorre em horários exclusivos para a atividade física não havendo outra opção naquele horário, quer seja por motivações internas, como o prazer proporcionado pelos exercícios, o desejo de fortalecer amizades, pelas companhias durante sua prática ou buscar um meio de superar a depressão, parece que o período em que os exercícios são realizados na UATI, de alguma forma, tem sido um fator motivacional eficiente para a adesão das mulheres estudadas à atividade física naquele contexto.

Deve-se aqui destacar que a oferta da UATI se dá nas terças e quintas-feiras no período vespertino, havendo um ônibus disponibilizado pela Prefeitura Municipal para o traslado das integrantes, cujo itinerário passa por pontos estratégicos da cidade favorecendo o deslocamento.

O espaço público como ruas, praças e parques da cidade também foi mencionado por 11 (39,3%) das mulheres em estudo como locais em que elas realizam a atividade física . Percebe-se pela explanação de algumas mulheres que o campo psicológico fornecido por tais ambientes funciona como motivação interna para a realização da atividade física como encontrado nos seguintes depoimentos: *“É bom poder respirar o ar puro enquanto andamos*

pelas ruas e poder apreciar a natureza” e “Prolonga a vida e não fica em casa pensando bobagem, além da oportunidade de fazer amizades”.

Pelas características da cidade onde esta pesquisa foi realizada, de médio porte, com aproximadamente 50.000 habitantes, situada em um vale da região centro-sul do Paraná, proporciona muitos locais urbanos de contado direto com a natureza o que estimula a realização de caminhadas. Este comportamento foi relatado pelas entrevistadas quando relataram que costumam realizar caminhada nestes locais em companhia de outras pessoas.

Quadro 2 - Distribuição das mulheres da UATI segundo o local e o período do dia em que onde são realizados os exercícios físicos. Irati, 2005.

Local Período do dia	Local de realização dos exercícios físicos							
	UATI		Ruas/Parques/ Praças		Academia		Casa	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Manhã			5	17,9	4	14,3		
Tarde	28	100	3	10,7				
Noite			3	10,7	1	3,6	2	7,1
Total	28	100	11	39,3	5	17,9	2	7,1

No que diz respeito ao período do dia, como observado no Quadro 2, aquele de maior adesão foi a tarde onde 100% das mulheres que declararam realizar exercícios físicos, costumam fazê-lo à tarde período em que funciona a UATI. Das 28 mulheres que realizam atividade física 11 delas justificaram que realizam exercícios físicos apenas nos momentos oferecidos pelo programa.

Por outro lado, é possível constatar que a maioria das mulheres em estudo (60,7%) pratica regularmente algum tipo de exercício físico além das tardes em que ocorre a UATI. Foi possível ainda constatar que as tardes além da UATI as manhã foram os períodos do dia utilizados por 9 mulheres para tal prática, seguido da noite com 6 e da tarde com 3 praticantes (Gráfico 10). Uma das mulheres relatou que costuma realizar seus exercícios tanto no período da tarde como à noite.

Gráfico 10 – Distribuição das mulheres da UATI quanto ao período de realização da atividade física. Irati, 2005.

Quanto à frequência da atividade física, dentre as 28 que afirmaram realizá-la regularmente, 12 (42,9%) relataram que a fazem duas vezes por semana, sendo 11 (39,3%) apenas nas aulas da UATI. Entretanto, para a maioria, 16 (57,1%), a atividade física está presente em três ou mais dias da semana.

O tempo despendido, conforme referido pelas participantes, na atividade física foi de 60 minutos quando realizado na UATI, e para as demais atividades relataram um tempo médio de duração de 56,3 minutos (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das mulheres da UATI segundo o tempo gasto nas atividades físicas fora da UATI. Irati, 2005.

Minutos	Nº	%
20	01	5,6
30 — 60	07	38,9
60 — 90	08	44,3
90 — 120	01	5,6
120	01	5,6
Total	18	100

Conforme o Quadro 3, dezoito (60%) mulheres acreditam que o tempo que elas destinam à atividade física é suficiente para elas, pois algumas justificam que não sentem cansaço e nem dores após os exercícios, outras por estarem cumprindo recomendação médica e ainda para algumas consideram que é suficiente para manter a saúde. Tais justificativas se evidenciaram em depoimentos como: “*Eu chego em casa me sentido bem, sem cansaço*”,

“Porque me sinto bem ao fazer, sem dor nas pernas” e “A gente se sente bem, um bem-estar físico. Pois quando não caminho parece que vou atrofiando”.

As doze mulheres (40%), incluindo as duas que não estavam à época da entrevista praticando algum tipo de atividade física regularmente, acreditam ser o tempo destinado a esta prática insuficiente. Consideram que têm consciência de que deveriam aumentar o tempo de realização da atividade física, como nos depoimentos: *“Se tivesse mais seria melhor”, “Deveria ser mais um pouco, pois me sinto bem quando faço”,* trazendo também como justificativas a necessidade diária conforme recomendação médica, *“O médico disse que eu deveria caminhar todos os dias”,* ou a própria condição de saúde que não lhes permite um tempo maior.

Quadro 3 - Distribuição das justificativas sobre o tempo suficiente de realização da atividade física pelas mulheres da UATI. Irati, 2005.

Justificativas	SIM		NÃO	
	Nº	%	nº	%
Sente melhor ao fazer	11	36,7	3	10
Faz de acordo com a limitação	3	10	-	-
Faz bem para a saúde	5	16,7	-	-
Deveria aumentar	-	-	6	20
Recomendação médica	2	6,7	1	3,3
Doença	-	-	3	10

O Gráfico 11 traz a relação das justificativas apontadas pelas 29 mulheres que mencionaram estímulos para a prática, sendo que várias mulheres apontam mais que um estímulo. Como motivação a força de vontade se destacou nos depoimentos como um dos principais estímulos para a realização dos exercícios, sendo referido por 13 (43,3%) mulheres. Este mesmo estímulo foi referido por 12 (40%) mulheres como importante motivador para sua participação no programa da UATI. Da mesma forma, 9 (30%) mulheres em estudo referiram o incentivo da família como fator motivacional, tal como expresso nos depoimentos a seguir: *“Além da UATI, o incentivo e a companhia de minha filha durante as caminhadas me motivam”, “Ter vontade de fazer os exercícios é essencial. Também a oportunidade de fazer a hora que eu quero sem ninguém me barrar, além do incentivo da família”.*

A companhia de amigas e a presença de um profissional durante a execução dos exercícios, bem como o fato de possuírem poucos compromissos, como “*não estar trabalhando fora*”, “*a liberdade de não ter que me preocupar com ninguém*” foram apontadas como fatores que facilitam a sua realização.

Interessante observar que apesar de todas as mulheres em estudo relacionarem a atividade física à saúde, nesta questão apenas 3 mulheres fizeram menção aos benefícios proporcionados à saúde como um elemento de motivação. Ficando atrás das 7 citações aos poucos compromissos assumidos no cotidiano.

Gráfico 11 – Distribuição das justificativas quanto ao que torna mais fácil a prática da atividade física para mulheres da UATI. Irati, 2005.

Ao serem questionadas especificamente sobre a existência de pessoas que as motivam para a realização da atividade física (Gráfico 12), as participantes revelaram que o apoio de outras pessoas é um dos fatores motivadores para a prática regular da atividade física, havendo em muitos casos a presença de mais de uma pessoa exercendo o papel de motivador. Os filhos para 15 (50%) delas são os grandes incentivadores, seguido do parceiro (8/26,7%) e outros familiares (2/6,7%). Neste sentido fica evidente o papel da família no estímulo à prática da atividade física, pois para 18 (60%) das mulheres os membros da família têm exercido esta importante função.

A presença de outras pessoas e do próprio grupo da UATI também foi identificada como elementos de motivação.

Gráfico 12 – Distribuição das justificativas quanto ao incentivo de outras pessoas para a prática da atividade física pelas mulheres da UATI. Irati, 2005.

7.5. A Realidade Objetiva da Prática da Atividade Física

A realidade da vida cotidiana é admitida como sendo a realidade e não requer maior verificação, nem que se entenda além de sua simples presença. Ela está simplesmente aí (Berger, Luckmann, 1999).

Para aproximar da realidade objetiva da prática da atividade física das mulheres estudadas foi solicitado às participantes que anotassem diariamente, durante as quatro semanas consecutivas, o tipo, o horário e a duração das atividades físicas realizadas. Foi solicitado ainda que, no dia em que nenhuma atividade fosse realizada, elas deveriam anotar os motivos. Tal realidade objetiva proporcionará uma comparação com os dados coletados anteriormente no campo da realidade subjetiva das mulheres.

A realidade apresentada pelas mulheres estudadas, ao longo das quatro semanas de acompanhamento, se mostra como enriquecida de atividades físicas tanto do ponto de vista dos dias da semana, como do tipo de atividade efetuada. Foi possível observar que a atividade física esteve presente em todos os dias da semana, apesar de variar o número de praticantes em cada um dos dias.

Figura 2 - Distribuição das médias das frequências da atividade física realizada no período de 4 semanas, das mulheres da UATI, segundo os dias da semana. Irati, 2005.

A Figura 2 revela a frequência média das mulheres que realizaram atividade física segundo os dias da semana, durante quatro semanas de acompanhamento. É possível observar que a terça-feira foi o dia da semana que apresentou uma maior média (23,8) de frequência de mulheres que realizaram atividade física.

Com exceção dos finais de semana, os demais dias também apresentaram uma média alta de frequência, variando entre 20,3 e 21,5 mulheres realizando algum tipo de atividade física. Esta constância de frequência pode revelar certa disponibilidade que as mulheres em estudo possuem para a prática da atividade física durante os dias da semana. Estes dados chamam a atenção, pois se poderia esperar que a adesão a tais práticas estivesse mais relacionada somente aos dias da semana onde o programa da UATI ocorre.

O final de semana foi o período com menor média de realização de atividade física, sendo observado uma frequência de 14,3 mulheres no sábado e 7,5 no domingo. Tais dados se assemelham aos encontrados por Prado (2001) ao estudar a adesão à atividade física entre mulheres mastectomizadas.

Analizando o comportamento do registro das atividades realizadas pelas mulheres estudadas ao longo do período de acompanhamento é possível observar na Figura 3 que a primeira semana foi a que obteve uma maior frequência de atividades realizadas. Ou seja, cerca de 20 mulheres de alguma forma desenvolveram atividades físicas ao longo da primeira semana de observação.

Interessante ainda observar na Figura 3, que a prática da atividade física vai caindo nas semanas subsequentes. Nas duas semanas seguintes a média caiu para 18 mulheres que praticaram atividade física e na última semana a média foi de 17,1 mulheres.

Comparando tais dados com os de Prado (2001) observa-se um comportamento semelhante entre os dois grupos de mulheres estudadas.

Figura 3 - Distribuição das médias das frequências da atividade física realizada de acordo com as semanas, das mulheres da UATI. Irati, 2005.

No que se refere ao tempo médio gasto na realização da atividade física nos dias da semana ao longo das quatro semanas de acompanhamento, observa-se na tabela 9 que a terça-feira foi o dia de maior tempo (50,5 minutos) consumido seguido da quinta-feira (42,2 minutos) coincidindo com os dias de atividade na UATI.

Tabela 9 - Distribuição da média do tempo (minutos) utilizado com a atividade física segundo os dias da semana, durante 4 semanas. Irati, 2005.

DIA	SEMANA				$\bar{X}$
	1ª	2ª	3ª	4ª	
Segunda-feira	39,8	32,2	41,6	37,3	37,7
Terça-feira	53	45,7	51	52,2	50,5
Quarta-feira	40,8	36,7	37	34,2	37,2
Quinta-feira	48	43,3	32	45,3	42,2
Sexta-feira	44,5	39,3	37,7	36,2	39,4
Sábado	27	17,7	18,5	23,3	21,6
Domingo	7,3	13,7	13,3	8,5	10,7
Total	260,4	228,6	231,1	237	239,3

Por outro lado, é observado ainda na Tabela 9 que foi consumido o maior tempo, 260,4 minutos na primeira semana.

Outro dado interessante é o aumento do tempo médio total despendido na última semana de acompanhamento para 237 minutos, em relação às duas semanas anteriores que eram de 228,6 e 231,1 minutos, quando se observa na Figura 3 que a frequência média de mulheres praticantes nesta última semana registrou um movimento de queda.

Estes dados podem ser compreendidos ao se analisar os valores do tempo médio utilizado para a realização da atividade física, computando os valores apenas daquelas que durante os dias de acompanhamento registraram o tempo de realização (Tabela 10). Isso porque o tempo médio utilizado para a atividade física dentre as que registraram a prática aumentou consideravelmente na última semana.

Tabela 10 - Distribuição da média do tempo (minutos) utilizado com a atividade física segundo os dias da semana, durante 4 semanas, considerando apenas as mulheres que procederam o registro do tempo. Irati, 2005.

DIA	SEMANA				$\bar{X}$
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
Segunda-feira	49,8	56,8	59,3	56	55,5
Terça-feira	69,1	57,1	58,9	74,5	64,9
Quarta-feira	53,3	52,4	55,5	64	56,3
Quinta-feira	62,6	65	50,5	68	61,5
Sexta-feira	58	56,2	62,8	60,3	59,3
Sábado	50,6	48,2	50,5	53,9	50,8
Domingo	36,7	58,6	57,1	85	59,4
Total	380,1	394,3	394,6	461,7	407,7

A comparação entre as tabelas 9 e 10 ainda permite avaliar que as diferenças mais significativas do tempo utilizado para a prática da atividade física são encontradas nos finais de semana, ou seja, nos sábados e principalmente nos domingos.

Em tal comparação é possível verificar que as mulheres que durante os finais de semana praticaram algum tipo de atividade física mantiveram um padrão de tempo médio semelhante aos apresentados durante os demais dias. Contudo, uma grande parcela das mulheres não apresentou por costume realizar atividade física aos finais de semana, cujos motivos estão apresentados na Tabela 13.

Assim, ainda que exista uma significativa diferença entre os valores dos tempos médios apresentados entre as Tabelas 9 e 10, em ambos os casos o tempo médio despendido semanalmente é superior ao proposto pela *American College of Sports Medicine's* (ACSM), a qual recomenda a qualquer indivíduo que se atinja gradualmente um mínimo de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana (RIQUE, 2002).

Ao se tomar a menor média de todo o grupo, ou seja, a 2ª semana da Tabela 9, a somatória do tempo médio de 228,6 minutos já estaria acima do tempo recomendado pela ACSM.

Da mesma forma, analisando a maior média, levando-se em consideração apenas os valores do tempo consumido para a atividade física daquelas que o registraram, encontrada na 4ª semana (Tabela 10), verifica-se uma somatória de 448,7 minutos, isto é, aproximadamente 7,5 horas de exercícios físicos durante a semana; em média mais do que 1 hora por dia, durante todos os dias da semana. Esse tempo é cerca de três vezes maior do que o mínimo recomendado pela ACSM, revelando uma excelente adesão entre as participantes no período estudado.

Observa-se ainda na Tabela 9 que o dia da semana em que há uma participação mais demorada de atividade física é a terça-feira, o que coincide com a maior frequência de mulheres praticando neste dia.

Interessante observar que embora tenha sido consumido maior tempo na 1ª semana, a aderência à prática da atividade física se mostrou constante, especialmente em termos de tempo dedicado a si e a seu corpo.

Em relação ao número de vezes que as mulheres em estudo realizaram a atividade física por semana, este variou desde zero a seis vezes por semana (Tabela 11). Merece destaque o fato de que na primeira semana um maior número de mulheres (12) registrou ter realizado atividade física em quase todos os dias da semana, ou seja, em 6 dias da semana, conforme se observa na Tabela 11.

No entanto, é possível ainda evidenciar que há uma aderência à prática da atividade física quando se observa que a grande maioria das mulheres estudadas realizou entre quatro a sete vezes semanais de atividade física, uma vez que o mínimo recomendado a tal prática tem sido três vezes semanais, segundo orientações do *American College of Sports*

Medicine's (ACSM) e do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) (ELRICK, 1996; MAJOR, 2005; MATSUDO, 2000; SHANGOLD, 98).

Tabela 11 - Distribuição do número de vezes de atividade física pelas mulheres da UATI de acordo com as semanas. Irati, 2004.

Nº de vezes por semana	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	Total
Nenhuma	2	2	2	3	9
1	-	-	2	1	3
2	2	5	2	4	13
3	2	1	1	2	6
4	4	4	6	3	17
5	7	7	5	6	25
6	12	7	4	7	30
7	1	3	7	3	14
Total	30	29	29	29	117

O Quadro 4 apresenta os tipos de atividades físicas realizadas pelas mulheres estudadas ao longo dos dias e semanas. O agrupamento dos tipos de exercícios físicos apresentados baseou-se na intensidade, no sistema de fornecimento e utilização de energia em cada atividade.

Dentre as atividades físicas realizadas, a caminhada foi a prática mais freqüente em todas as semanas e em algumas situações houve registros de outras práticas associadas a ela. Na primeira semana uma média de 12,9 mulheres realizaram diariamente atividade física, seguida de 11,4 na segunda semana e aproximadamente 10 mulheres na terceira e quarta semana.

Esta constatação verificada nos diários possui coerência com os dados fornecidos durante a entrevista, quando grande parte das estudadas disseram que faziam caminhadas.

Foi possível ainda identificar que algumas mulheres registraram que participavam de atividades em academias, onde, conforme apresentado no Quadro 4, praticavam exercícios relacionados à esteira e bicicleta ergométricas em associação à musculação. Ao longo das 4 semanas de acompanhamento cerca de 2 a 3 mulheres participaram diariamente deste tipo de atividade.

Todavia, o que há de comum entre a caminhada, academia ou mesmo a UATI é a presença nestes casos de outras pessoas realizando simultaneamente a mesma atividade, servindo como um estímulo. Isto porque a prática da caminhada, segundo relato das mulheres em estudo, é desenvolvida na companhia de outras pessoas.

Deve-se destacar que a utilização de esteira/bicicleta para a prática da atividade física está relacionada a esta prática quando realizada na própria casa, havendo o registro diário de pelo menos uma praticante em praticamente todos os dias do acompanhamento.

As mulheres registraram outras atividades como alongamento, fisioterapia, natação, hidroginástica, bem como a limpeza da casa e jardinagem. Estas últimas atividades nem sempre são caracterizadas pelas pessoas como exercícios físicos voltados à saúde, porém foram mencionadas 10 vezes nos diários das mulheres em estudo.

Segundo pesquisa realizada sobre a influência de programas não-formais de exercícios (domésticos e comunitários) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos, os resultados indicaram que ambos os programas tiveram efeitos positivos, principalmente na composição corporal e perfil lipídico sanguíneo dos participantes (MATTOS PINTO, 2003).

Quadro 4 - Distribuição das mulheres da UATI segundo o tipo de atividade física praticada e os dias da semana, durante 4 semanas. Irati, 2005.

1ª	DIA							Total	$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom			
Caminhada	15	7	15	7	13	11	5	73	10,4	3,8
UATI		7		5				12	1,7	2,8
Ginástica / Step / Dança	1		1		2	2	1	7	1	0,8
Esteira / Bicicleta	2	1	1	1	1	1		7	1	0,5
Caminhada e Outros	1	5	1	4	4	1	1	17	2,4	1,7
Esteira / Musculação	2	1	2	2	2			9	1,3	0,9
Outros	4	2	3	4	1	2		16	2,3	1,4
TOTAL	25	23	23	23	23	17	7	141	20,1	11,9

2ª	DIA							Total	$\bar{X}$	S
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom			
Caminhada	8	10	8	8	12	9	4	59	8,4	2,3
UATI		6		6				12	1,7	2,7
Ginástica / Step / Dança		1	1		1	2	2	7	1	0,8
Esteira / Bicicleta			2		1		1	4	0,6	0,7
Caminhada e Outros	4	4	3	5	5			21	3	2
Esteira / Musculação	3	3	2	1	1			10	1,4	1,2
Outros	2	1	5	1	1	2	1	13	1,9	1,4
TOTAL	17	25	21	21	21	13	8	126	18	11,1

3ª	DIA							Total	$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom			
Caminhada	11	5	11	5	9	9	6	56	8	2,4
UATI		15		7				22	3,1	5,4
Ginástica / Step / Dança	1		1	1		2	3	8	1,1	1
Esteira / Bicicleta	1	1	1	1	2			6	0,9	0,6
Caminhada e Outros	3	2	4	2	2	1	1	15	2,1	1
Esteira / Musculação	3	2	3	2	3			13	1,9	1,2
Outros	3	1	2	2	2	1		11	1,6	0,9
TOTAL	22	26	22	20	18	13	10	131	18,7	12,5

4ª	DIA							Total	$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom			
Caminhada	12	4	9	6	11	11	3	56	8	3,4
UATI		9		6				15	2,1	3,5
Ginástica / Step / Dança			1				1	2	0,3	0,5
Esteira / Bicicleta	2	1	1	1	1	1		7	1	0,5
Caminhada e Outros	2	4	1	4	2	1		14	2	1,4
Esteira / Musculação	3	2	3	2	3			13	1,9	1,2
Outros	2	1	4	1	2	2	1	13	1,9	1
TOTAL	21	21	19	20	19	15	5	120	17,2	11,5

No que diz respeito ao período do dia de realização da atividade física, conforme apresentado na Tabela 12, foi possível verificar que todos os períodos do dia foram registrados pelas participantes do estudo. No entanto, foi constatado que houve predominância

pelo período da manhã ao longo das quatro semanas, com média de 9 mulheres por dia na primeira, 9,9 na segunda, 10,4 na terceira e 8,1 na quarta semana realizando atividade física. Apesar do programa da UATI funcionar às tardes, este período foi o segundo na ordem de frequência, com um valor médio entre 4,7 e 5,7 mulheres ao longo do período estudado. O período noturno foi o que apresentou uma menor frequência, tendo também algumas mulheres optado por realizar seus exercícios físicos em dois períodos.

Tabela 12 - Distribuição das mulheres da UATI segundo o período do dia em que foi realizada a atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas. Irati, 2005.

Período do dia	1ª Semana							$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom		
Manhã	14	5	13	7	11	8	5	9	3,4
Tarde	2	10	5	11	5	6	-	5,6	3,7
Noite	6	3	3	1	6	3	-	3,1	2,1
Mais que um período	1	5	2	3	1	-	2	2	1,5
Ignorado	2	-	-	1	-	-	-	0,4	0,7
TOTAL	25	23	23	23	23	17	7	20,1	11,4

	2ª Semana							$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom		
Manhã	12	10	15	7	14	7	4	9,9	3,8
Tarde	1	9	6	9	4	2	2	4,7	3,1
Noite	2	4	-	2	2	4	1	2,1	1,4
Mais que um período	2	2	-	3	1	-	1	1,3	1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	25	21	21	21	13	8	18	

	3ª Semana							$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom		
Manhã	13	8	16	11	13	7	5	10,4	3,6
Tarde	4	16	3	9	2	3	3	5,7	4,7
Noite	2	1	2	-	1	2	-	1,1	0,8
Mais que um período	2	1	1	-	2	-	-	0,9	0,8
Ignorado	1	-	-	-	-	1	2	0,6	0,7
TOTAL	22	26	22	20	18	13	10	18,7	10,6

	4ª Semana							$\bar{X}$	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom		
Manhã	12	5	10	7	13	8	2	8,1	3,6
Tarde	2	10	7	8	2	4	2	5	3,1
Noite	5	1	1	1	1	2	-	1,6	1,5
Mais que um período	1	5	-	4	2	-	-	1,7	1,9
Ignorado	1	-	1	-	1	1	1	0,7	0,5
TOTAL	21	21	19	20	19	15	5	17,1	10,6

Dentre as justificativas apresentadas pelas mulheres estudadas nos dias em que a prática da atividade física não foi realizada, destacam-se aquelas relacionadas a problemas de

saúde delas mesmas ou de algum membro da família, conforme se observa na Tabela 13 e no Gráfico 13.

Portanto, tais problemas de saúde foram as barreiras mais identificadas por elas para a não realização da atividade física. Esta justificativa foi registrada 84 vezes (29%), com uma média de 3 mulheres por dia deixando de realizar a atividade física pela presença de alguma enfermidade.

Por outro lado, as mulheres registraram ainda o descanso semanal nos finais de semana, como o segundo motivo mais freqüente para a não realização da atividade física, tendo sido registrado 64 vezes (21%), durante as semanas de acompanhamento, representando em média 2,3 mulheres por dia.

O terceiro motivo mais relacionado para a não realização da atividade física foram as atividades domésticas, como limpar a casa, cozinhar, realizar compras que foi registrado 34 vezes (11%), com média de 1,2 mulheres diariamente. Esta justificativa juntamente com outros compromissos, a indisponibilidade de tempo e visitas recebidas representa 24% dos motivos mencionados para a não realização dos exercícios físicos. Este dado está em concordância com a barreira indicada no momento da entrevista como falta de tempo disponível com 26% (Gráfico 7).

Tabela 13: Distribuição das mulheres da UATI segundo as justificativas da não realização da atividade física e os dias da semana, durante 4 semanas. Irati, 2005.

Justificativas para não realização	1ª Semana								X̄	s
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom			
Doença	2	2	2	2	2	2	2	2	0	
Descanso semanal						5	10	2,1	3,6	
Visita						1	1	0,3	0,5	
Indisposição						1		0,1	0,3	
Viagem		1		2		1	5	1,3	1,7	
Atividades domésticas	1		2	1	1	1	1	1	0,5	
Compromissos / Sem tempo	1		2	1	1	1	3	1,3	0,9	
Condições climáticas		1						0,1	0,3	
Sem UATI		1		1				0,3	0,5	
Indefinido	1	2	1		3	1	1	1,3	0,9	
Total	5	7	7	7	7	13	23			
	2ª Semana									
Doença	2	2	2	2	2	2	2	2	0	
Descanso semanal						4	12	2,3	4,2	
Visita						1		0,1	0,3	
Indisposição	1							0,1	0,3	
Viagem	1	1	1	1	1	1	2	1,1	0,3	
Atividades domésticas	2		2		2	4	1	1,6	1,3	
Compromissos / Sem tempo	2			2	1	4	1	1,4	1,3	
Consulta médica					1			0,1	0,3	
Condições climáticas	2						1	0,4	0,7	
Sem UATI				2				0,3	0,7	
Indefinido	2	1	2	1	1		2	1,3	0,7	
Total	12	4	7	8	8	16	21			
	3ª Semana									
Doença	4	2	2	4	3	4	4	3,3	0,9	
Descanso semanal						4	11	2,1	3,9	
Visita						1		0,1	0,3	
Indisposição			1		1		1	0,4	0,5	
Viagem				1	1	2		0,6	0,7	
Atividades domésticas	1		1		2	3	2	1,3	1,0	
Compromissos / Sem tempo		1	1	3	1			0,9	1,0	
Condições climáticas			1		1	1		0,4	0,5	
Indefinido	2		1	1	2	1	1	1,1	0,6	
Total	7	3	7	9	11	16	19			
	4ª Semana									
Doença	4	6	5	4	5	4	5	4,7	0,7	
Descanso semanal						6	12	2,6	4,4	
Visita						1	1	0,3	0,5	
Viagem		1						0,1	0,3	
Atividades domésticas	1		1		1	1	3	1	0,9	
Compromissos / Sem tempo	1				2	2	3	1,1	1,1	
Consulta médica			1	1				0,3	0,5	
Condições climáticas	1			1	1			0,4	0,5	
Sem UATI				2				0,3	0,7	
Indefinido	1	1	3	1	1			1	0,9	
Total	8	8	10	9	10	14	24			

Gráfico 13 - Distribuição das justificativas das mulheres da UATI para a não realização da atividade física durante as quatro semanas. Irati, 2005.

Interessante relacionar que o terceiro e quarto motivos identificados à época da entrevista como impecilhos à prática da atividade física foram a falta de vontade (15%) e condições climáticas (12%), tais registros praticamente não foram identificados como barreiras pelas mulheres em estudo durante a quatro semanas de acompanhamento, ocupando respectivamente 2 e 3% dos motivos mencionados nos diários.

Um fato que chama a atenção é que as poucas mulheres estudadas apontaram a falta de tempo como justificativa para a não realização da atividade física, o que nos faz acreditar que haja certo grau de consciência por parte delas sobre a necessidade do estabelecimento de prioridades no cotidiano de cada uma delas, de forma a organizá-lo e dar sentido à realidade vivida objetivamente.

Esta forma de organização que o grupo estudado descreve, para que a prática da atividade física ocupe uma região central nos seus espaços de vida, reforça as observações de Berger e Luckmann (1999), quando dizem que a vida cotidiana apresenta-se como uma

realidade interpretada por quem a vive e que subjetivamente esta é dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente: necessidade de repouso do corpo, necessidade de cuidar do corpo ou dos corpos doentes, a não exposição dos corpos às adversidades climáticas, etc.

Da mesma forma ficou evidente que a realidade da vida cotidiana do grupo estudado está organizada em torno do aqui de seus corpos e do agora de seu tempo presente.

O registro da prática da atividade física pelas mulheres estudadas revelou que o aqui e agora para elas é o foco da atenção de cada uma delas para a inserção desta prática nos seus espaços de vida.

7.6. A Atividade Física no Espaço de Vida das Mulheres da UATI

Ao se proceder a análise dos dados fornecidos nas respostas das mulheres em estudo sobre o conhecimento e percepção sobre a atividade física e sua relação com a saúde, foi possível constatar que as mesmas têm consciência dos aspectos positivos dessa prática, os quais se encontram em regiões centrais de seu espaço de vida o que parece favorecer a adesão dessa prática regularmente no cotidiano de cada uma delas.

Na tentativa de proceder a representação topológica sobre a percepção da atividade física no espaço de vida das mulheres estudadas, a Figura 4 apresenta a posição relativa de cada entidade percebida sobre a atividade física de forma a possibilitar a compreensão sobre aqueles elementos que estão mais próximos ou mais distantes da área central do espaço de vida do grupo estudado.

A proximidade desses aspectos positivos das regiões centrais, como a crença de que a atividade física exerce influência na prevenção de doenças, na qualidade do sono, no equilíbrio corporal, proporcionando prazer, mais disposição e força de vontade para a realização das tarefas do cotidiano, possibilitam a compreensão da tomada de decisão preventiva em relação à saúde.

Foi possível também, identificar aspectos negativos que servem como barreiras à ação, como o acometimento de uma determinada doença, a falta de tempo disponível por conta de compromissos e responsabilidades domésticas, os quais acabam por criar situações que as distanciam da atividade física.

Do ponto de vista da teoria de campo os aspectos negativos ligados à cognição poderiam funcionar como forças frenadoras para a aproximação à região central do espaço de vida do grupo estudado, no entanto tais forças não produzem locomoção no espaço de vida,

mas influenciam o efeito das forças impulsoras para o comportamento esperado. Nesse sentido, é possível entender que a presença de doenças, tanto as que atingem a elas mesmas como aos familiares próximos, ao ocupar uma posição de evidência no espaço de vida de algumas das mulheres em estudo, poderiam levá-las à não adesão da atividade física em seu cotidiano.

Figura 4 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI. Irati, 2005.

Da mesma forma, motivações de origem externa funcionaram para as participantes como vetores que as impulsionaram à efetiva incorporação da atividade física em seu cotidiano. Assim, o incentivo dos familiares, a ausência de muitos compromissos durante a semana, as atividades oferecidas pelo programa da UATI e o convívio social proporcionado pela própria prática da atividade física, segundo a percepção das mulheres em estudo, favoreceram o estabelecimento de um campo psicológico favorável à prática da atividade física.

Ao destacarem a importância da atividade física em seu espaço de vida, as mulheres participantes deste estudo revelaram possuir consciência da necessidade de aproximação da atividade física para as regiões centrais de seus espaços de vida.

Uma das afirmações básicas da teoria de campo psicológico é que qualquer comportamento ou qualquer mudança no campo psicológico depende somente do campo psicológico naquele momento. Sendo que o comportamento, no qual se inclui qualquer ação, pensamento, desejo, busca, realização, é concebido como uma mudança de algum estado de um campo numa determinada unidade de tempo (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Por estar na dependência direta de suas motivações, a formação do mundo subjetivo do indivíduo depende da maneira pela qual ele percebe o seu mundo objetivo (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Assim, o registro desse comportamento, em sua relação espaço/tempo, realizado pelas mulheres durante as quatro semanas de acompanhamento, relacionando os motivos que dificultaram ou facilitaram a prática da atividade física, foi de fundamental importância para a compreensão de como as mulheres em estudo percebem o seu mundo objetivo, possibilitando a identificação da posição da atividade física ocupada em seu cotidiano.

A Figura 5 revela que a atividade física para as mulheres em estudo ocupou regiões centrais em seus espaços de vida, configurando um objetivo conquistado por elas. Entendendo objetivo, segundo a teoria de campo, como uma valência positiva, na qual todas as forças se dirigem para a mesma região (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Portanto, para o grupo estudado, pelo menos nas 4 semanas de acompanhamento a atividade física configurou-se como uma atividade incorporada na realidade cotidiana de cada uma delas. Portanto, configura-se em adesão àquela prática.

De acordo com a perspectiva de K. Lewin qualquer acontecimento é resultante de um considerável número de fatores. O reconhecimento destes fatores é um passo para se

compreender a conduta humana e para descrever o campo que influencia o indivíduo em termos fisicamente objetivos, na maneira que existe para a pessoa naquele momento. Portanto a compreensão dos elementos que se inserem nas regiões mais centrais do indivíduo é fundamental para compreender o seu comportamento.

Figura 5 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI ao longo das 4 semanas. Irati, 2005.

Dessa forma, é possível visualizar as possibilidades que o indivíduo terá para seu próximo passo e que passos terão significado para o alcance ou não do objetivo a ser alcançado ou reforçado.

Analisando as propriedades do espaço de vida do grupo estudado pode-se apreender que tanto a idade das mulheres quanto o tempo em que elas freqüentavam a UATI, não revelam diferenças entre as categorias quanto à prática regular da atividade física. As

Figuras 6 e 7 mostram que neste grupo de mulheres a adesão a este comportamento independe da faixa etária ou do tempo de participação no programa da UATI.

Figura 6 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI segundo a idade (anos). Irati, 2005.

Figura 7 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI segundo o tempo de participação no programa. Irati, 2005.

O fato das mulheres residirem com familiares aponta ser, no campo psicológico do grupo estudado, uma característica positiva visto que, conforme representado na Figura 8, tais mulheres tendem a exibir um comportamento mais assíduo à prática da atividade física, podendo este fato estar relacionado ao incentivo proporcionado pelos mesmos.

Figura 8 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI segundo a presença de familiares na residência. Irati, 2005.

Quanto aos dias da semana, é possível identificar que as maiores resistências estão relacionadas aos finais de semana, deslocando a prática da atividade física para regiões mais periféricas no espaço de vida das mulheres em estudo, como mostrado na Figura 9. Isso porque neste período outros fatores como a visita de familiares, as viagens e passeios, e a própria consagração destes dias como de descanso, passam a assumir posições mais centrais.

Figura 9 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI ao longo da semana. Irati, 2005.

Outra característica importante no campo psicológico das mulheres em estudo relaciona-se ao período do dia onde a atividade física acontece. Conforme a representação topológica de seu espaço de vida apresentada na Figura 10, pode-se verificar que as manhãs exibem um período de maior aderência à atividade física, seguido da tarde e ocupando o período da noite as regiões mais periféricas. A compreensão dos motivos que levam as mulheres em estudo a este comportamento deve ser objeto de estudo.

Figura 10 - Representação topológica da atividade física no espaço de vida das mulheres da UATI ao longo do dia. Irati, 2005.

A conformação do espaço de vida do grupo estudado revela que os espaços físicos como ruas, parques, academias e a própria UATI se colocam em posição de destaque na concretização da atividade física no cotidiano de cada uma das mulheres.

No entanto, cabe ressaltar que a participação destas mulheres em um programa que procura estruturar-se para atender aos objetivos almejados por elas como estimular o convívio social, o equilíbrio físico e mental além de prevenir doenças, possibilita o desenvolvimento de um estado psicológico positivo e consequentemente uma atmosfera favorável à adesão da atividade física na realidade objetiva de cada uma delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a prática da atividade física é identificada pelas mulheres estudadas da Universidade Aberta à Terceira Idade como importante para a promoção da saúde. A realidade apresentada pelas mulheres estudadas tanto em suas percepções como em sua prática no cotidiano se mostra enriquecida de atividades físicas.

A atividade física esteve presente em todos os dias da semana no grupo estudado e apesar de variar o número de praticantes em cada um dos dias, a sua frequência foi alta. A terça-feira foi o dia da semana que apresentou uma maior média (23,8) de frequência de mulheres que realizaram atividade física, tendo sido registrado um número menor de praticantes aos finais de semana.

As principais barreiras identificadas pelas mulheres estudadas para a prática da atividade física foram os problemas de saúde pessoais ou presentes na família, bem como os compromissos familiares e falta de tempo aos finais de semana.

A motivação para a prática da atividade física deveu-se principalmente pela força de vontade pessoal, pelas oportunidades de realizá-la na companhia de outras pessoas e pelo incentivo proporcionado pelos familiares.

O registro da prática da atividade física pelas mulheres estudadas revelou que o aqui e agora para elas é o foco da atenção de cada uma delas para a inserção desta prática nas regiões centrais de seus espaços de vida. Constatou-se, assim, que a aderência à prática da atividade física está configurada como objetivo a ser conquistado pelas mulheres estudadas.

O conjunto de dados coletados nesta pesquisa superou as expectativas esperadas anteriormente à sua realização, com os quais podemos arriscar a falar que servem como modelo não apenas para as mulheres que adentram a fase do envelhecimento, mas à

população de forma em geral. Possibilitando, também, possíveis comparações com outros grupos da Terceira Idade presentes na região de Irati ou mesmo em outras localidades.

ANEXO 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 026/2005

Ribeirão Preto, 17 de fevereiro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 71ª Reunião Ordinária, realizada em 16 de fevereiro de 2005.

Protocolo: nº 0518/ 2005

Projeto: ADESÃO À ATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE

Pesquisadores: Marli Villela Mamede (Orientadora)
Cláudio Shigueki Suzuki (Pós-Graduando)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléia Regina de Oliveira Ribeiro
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmº. Srª.
Profª. Drª. Marli Villela Mamede
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Aderência à Atividade Física em Mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade.

Pesquisadores Responsáveis: Dra. Marli Vilela Mamede (orientadora) e Cláudio Shigueki Suzuki

Informações sobre a pesquisa:

A prática da atividade física regular é um fator importante para a mulher na fase do envelhecimento. Esta pesquisa tem por objetivo verificar o que torna mais fácil e o que torna mais difícil para que esta prática ocorra, e o resultado deste estudo estará colaborando para o aperfeiçoamento do programa da Universidade Aberta à Terceira Idade, bem como para a elaboração de outros programas que promovam a saúde da mulher por meio da atividade física.

A sua participação ocorrerá em duas etapas: a primeira respondendo a um questionário e na segunda etapa solicitamos sua colaboração para que seja anotada a realização ou não de exercícios físicos em cada dia da semana, durante um mês. E, se for possível, nos contar o que a motivou ou impediu de realizá-los, será de grande utilidade.

Você concordando em participar do estudo pode a qualquer momento solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre os questionários que terá que responder, como também interromper a sua participação no estudo.

Você terá a garantia de que seu nome não será revelado.

Não haverá nenhum gasto com a pesquisa, bem como não causará nenhum tipo de risco e dano físico.

Você terá a liberdade de recusar a participar desta pesquisa bem como de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Tendo recebido todas as informações acima a ciente de meus direitos, concordo em participar da pesquisa:

Irati, _____ de _____ de 200__.

Assinatura do Responsável

Pesquisador Responsável

Endereço do Pesquisador: Rod. PR 153, nº 4685 - Bairro Eng. Gutierrez - Irati/PR

Telefone para contato: (42) 3422-5469

ANEXO 3**Aderência à Atividade Física em Mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade****INSTRUMENTO 1**

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de residência em Irati: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____ Nº de Filhos: _____

1. Com quem a Sra. mora?

2. Quais compromissos e responsabilidades a Sra. possui no seu cotidiano?

☐ Afazeres domésticos☐ Cuidado com pessoas☐ Compras☐ Trabalho voluntário☐ Outros (quais? _____)

Observações: _____

3. A Sra. costuma sair de casa?

☐ Mercado☐ Igreja☐ Visitas☐ Viagem☐ Lazer☐ Academia☐ Outros (Quais? _____)

Observações: _____

4. Ao sair de casa, costuma fazê-lo acompanhada?

5. A Sra. fuma, já fumou ou nunca fumou?

[1] FUMA ATUALMENTE

[2] FUMOU NO PASSADO (Tempo de abstinência: _____)

[3] NUNCA FUMOU

6. A Sra. possui alguma doença crônica diagnosticada por médico?

[1] SIM

[2] NÃO

Qual(is)? _____

7. Qual a última vez em que a Sra. procurou um médico por motivo de doença?

8. Por que a Sra. se integrou ao grupo da UATI?

9. Há quanto tempo faz parte da UATI?

_____ ANOS _____ MESES _____ SEMANAS

10. A Sra. realiza algum tipo de atividade física?

[1] SIM

[2] NÃO (Passar à 12)

Quais?

11. Com que frequência a Sra. realiza os exercícios físicos?

[1] DIARIAMENTE

[2] MAIS DO QUE 3x POR SEMANA

[3] 2x POR SEMANA

[4] 1x POR SEMANA

[5] ÀS VEZES

12. Em que locais e momentos do dia a Sra. realiza os exercícios físicos?

13. Quanto tempo a Sra. gasta com esta prática?

14. A Sra. acredita que esse tempo é suficiente?

[1] SIM

[2] NÃO

Por que?

15. A Sra. acredita que a prática regular da atividade física é importante? Por quê?

16. A Sra. acredita que a pessoa que não realiza a atividade física regularmente tem mais chances de ficar doente?

[1] SIM

[2] NÃO

Por quê?

17. A Sra. acredita que existem doenças provocadas pela pessoa realizar pouca atividade física?

18. A Sra. acredita que a prática regular da atividade física traz benefícios para a pessoa?

[1] SIM

[2] NÃO

Quais?

19. A Sra. acredita que a atividade física tem relação com o:

sono: _____

estresse: _____

cansaço: _____

equilíbrio: _____

20. A Sra. acredita que fazer exercícios exige muito esforço físico?

[1] SIM

[2] NÃO

Por quê?

21. A Sra. acredita que é muito cara para uma pessoa a prática do exercício físico?

[1] SIM

[2] NÃO

Por quê?

22. A Sra. acredita que a prática de exercícios deixa a pessoa com mais força para as tarefas do dia-a-dia?

[1] SIM

[2] NÃO

Por quê?

23. A Sra. acredita que tem alguma coisa que facilita a realização dos exercícios?

[1] SIM

[2] NÃO

Por quê?

24. A Sra. acredita que tem alguma coisa que dificulta a realização dos exercícios?

[1] SIM

[2] NÃO

Por que?

25. A Sra. conta com apoio para a realização dos exercícios?

[1] SIM

[2] NÃO

De quem?

26. A Sra. acha prazerosa a prática de exercícios físicos?

[1] SIM

[2] NÃO

Por quê?

27. A Sra. se considera uma pessoa que pratica regularmente a atividade física?

28. A Sra. acredita que possui algum impedimento para a prática regular da atividade física?

ANEXO 4**Aderência à Atividade Física em Mulheres da Universidade Aberta à Terceira Idade
INSTRUMENTO 2****Diário sobre a prática de exercícios físicos****ª SEMANA**

Dias da Semana	Data	Realizou exercício físico? Sim ou não	Qual atividade?	A que horas realizou?	Tempo (duração)	Por que não realizou?
Seg						
Ter						
Qua						
Qui						
Sex						
Sab						
Dom						

Nome: _____

Pesquisador – contato para dúvidas

Prof. Suzuki - 3422-5469 (casa); 3423-2381 (Universidade, ramal 212)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo PL Envejecimiento poblacional ni menopausia en Latinoamérica. In: Campos OG, Urzua EA, Castro PC. Menopausia y longevidad: perspectiva clinica y epidemiológica em Latinoamerica. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago: Editora Bywaters; 1988. p. 49-72.
- Bandeira F. Osteoporose. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
- Barbanti VJ, Guiselini MA. Exercícios aeróbicos: mitos e verdades. São Paulo: CLR Baliero; 1985.
- Baron JA. Cigarette Smoking and Estrogen-related Disease in Women. Massachussets: PSG; 1987.
- Barreto ML. Admirável mundo velho: velhice, fantasia e realidade social. São Paulo: Ática; 1992.
- Beck BR, Shoemaker MR. Osteoporosis: understanding key risk factors and Therapeutic options. The Physician and Sportmedicine 2000; http://www.physsportsmed.com/issues/2000/02_00/beck.htm (acessado em 15/Jul/2005)
- Berger PL, Luckamnn T. A Construção Social da Realidade. Tratado de Sociologia do Conhecimento. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
- Bittner V. Women and Coronary Heart Disease Risk Factors. Journal of Cardiovascular Risk 2002. (6): 315-322.
- Bouchard C, Després JP. Exercise and obesity. Obesity Research 1993; (1):133-147.
- Bove AA, Sherman C. Active Control of Hypertensiion. The Physician and Sportmedicine 1998; <http://www.physsportsmed.com/issues/1998/04apr/bove.htm> (acessado em 17/Jul/2005)
- Brasil. Ministério da Saúde. Controle das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília 1998: 231p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte. Disponível em URL: <http://www.saúde.gov.br/programas/fisica/fisica.htm>. [2001 jul 01].

Brasil. Ministério da Saúde. Ter ou não ter filhos? Eis a questão. Disponível em URL: http://portalweb05.saude.gov.br/portalsaude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19028. [2005 ago02].

Bryant J. Health & the developing world. Ithaca: Cornell University Press; 1969.

Cachioni M. Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de Universidades da Terceira Idade [tese]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Campana LOC. Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estado social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do Município de Campinas [dissertação] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Report 1985; (100): 126-131.

Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.

CHIEN, M. Y.; WU, Y. T.; YANG, R. S.; LAI, J. S.; HSU, A. T. Physical activity, physical fitness, and osteopenia in postmenopausal Taiwanese women. J Formos Med Assoc, v. 99, n. 1, p. 11-17, 2000.

De Vitta A. Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos [tese]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Domingues MR, Araújo CLP, Gigante DP. Conhecimento e Percepção sobre Exercício Físico em uma População Adulta Urbana do Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2004. (20): 204-215.

Dowling EA. How exercise Affects Lipid Profiles in Women. The Physician and Sportmedicine 2001; http://www.physsportsmed.com/issues/2001/09_01/dowling.htm (acessado em 17/Jul/2005)

Edelstein S, Reaven PD, Barrett-Connor E. Relation between leisure-time physical activity and blood pressure in older women. Circulation 1991; (83): 559-565.

Elrick H. Exercise is Medicine. The Physician and Sportmedicine 1996; http://www.physsportsmed.com/issues/1996/02_96/elrick.htm (acessado em 17/Jul/2005)

Evans JG. Challenge of aging. British Medical Journal 1991; (303): 408-409.

Fries JF, Crapo LM. The rectangularization of life. In: Byyny RL, Speroff L. A clinical guide for the care of older women. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990. p. 1-28.

Géis PP. Atividade física e saúde na terceira idade. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Gomes GC. Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da escala “*performance-oriented mobility assessment*”(poma) para uma amostragem de idosos brasileiros Institucionalizados [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Gonçalves A, Monteiro HL, Ghirotto FMS, Matiello Jr E. Múltiplas alternativas na relação saúde-atividade física. Revista Brasileira de Ciências do Esporte 1992; (14): 17-23.

Griffin J. Osteoporose e o Risco de Fratura. Londres: OHE; 1990.

Guyton AC. Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.

Hall S. Biomecânica Básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Hayflick L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1997.

Karvonen M.J. Physical activity for a healthy life. Research Quarterly for Exercise and Sport 1996; (67): 213-215.

Kasch FW et al. A longitudinal study of cardiovascular stability in active men aged 45 to 65 years. Physician and Sportsmedicine 1988; (16): 117-125.

Katz WA, Sherman C. Osteoporosis. The Physician and Sportmedicine 1998; <http://www.physsportsmed.com/issues/1998/02feb/katz.htm> (acessado em 15/Jul/2005)

Leão Jr R. Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Lee IM, Paffenbarger Jr S. How much physical activity is optimal for health? Methodological considerations. Research Quarterly for Exercise and Sport 1996; (67): 206-208.

Lee IM, Paffenbarger Jr S. Preventing Coronary Heart Disease. The Physician and Sportmedicine 2001; http://www.physsportsmed.com/issues/2001/1202_01/lee.htm (acessado em 17/Jul/2005)

Lescura Y, Mamede MV. Educação em Saúde: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: SARVIER; 1990.

Linco A et al. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota: A study of incidence, prevalence and mortality. American Journal of Epidemiology 1980; (111): 87-98.

Major GC, Marie-eve P, Bergeron J, Weisnagel SJ, Nadeau A, Lemieux S. Energy Expenditure from Physical Activity and the Metabolic Risk Profile at Menopause. *Med Sci Sports Medicine* 2005. (37): 204-212.

Mamede MV. Reabilitação de Mastectomizadas: um novo enfoque assistencial [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1991.

Marcelino VR. A estruturação de um programa resistido para o idoso: uma proposta de intervenção [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Matsudo SMM. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento* 1992; (6): 4.

Matsudo SMM. Envelhecimento e atividade física. Londrina: Midiograf; 2001.

Matsudo SMM, Matsudo VKR. Osteoporose e atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 1991. (5): 3.

Matsudo SMM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2000. (5): 2.

Matsudo VKR. Testes em Ciências do Esporte. São Paulo: Celafiscs; 1999.

Mcardle WD. Fisiologia do Exercício: energia, nutrição e desempenho humano. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

Meirelles MAE. Atividade Física na Terceira Idade: Uma Abordagem Sistemática. Rio de Janeiro: Sprint; 2000.

Mitchell TL, Gibbons LW. Controlling Blood Lipids. A practical role for diet and exercise. *The Physician and Sportmedicine* 1998; <http://www.physsportsmed.com/issues/1998/10Oct/mitchell.htm> (acessado em 15/Jul/2005)

Monteiro, MF, Sobral Filho DC. Exercício Físico e o controle da pressão arterial. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 2004. (10): 513-515.

Moreira CA. Atividade física na maturidade. Rio de Janeiro: Shape; 2001.

Neri AL. Desenvolvimento e Envelhecimento. Campinas: Papirus; 2001.

Nunes JF, Fernandes JA. Influência da ginástica localizada sobre a densidade óssea de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 1997; (2): 14-21.

Nunes V. Larousse da Terceira Idade. São Paulo: Larousse do Brasil; 2003.

Okuma SS. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1997.

Okuma SS. O idoso e a atividade física. Campinas: Papirus; 1998.

Paschoal SMP. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo MN. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 26-43.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

Petrella RJ. Exercise for Older Patients with Chronic Disease. The Physician and Sportmedicine 1998; http://www.physsportsmed.com/issues/1999/10_15_99/petrella.htm (acessado em 15/Jul/2005)

Piédrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; 1992.

Pinto VLM, Meirelles LR, Farinatti PTV. Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímica em pacientes hipertensos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2003. (9): 267-274.

Prado MAS. Aderência à atividade física em mulheres submetida à cirurgia por câncer de mama [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.

Reckelhorff JF, Fortepiane LA. Novel Mechanisms Responsible for Postmenopausal Hypertension. Journal of Cardiovascular 2004. (5): 918-923.

Rique ABR, Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2002. (8): 244-254.

Rocabrundo JC, Prieto OM. Gerontologia y geriatria clínica. Ciudad de La Habana: Encomend; 1992.

Shangold MM, Sherman C. Exercise and Menopause: a time for positive changes. The Physician and Sportmedicine 1998; http://www.physsportsmed.com/issues/1998/12_dec/shangold.htm (acessado em 17/Jul/2005)

Sodeman WA, Sodeman TM. Fisiologia Patológica: mecanismos das doenças. Rio de Janeiro: Interamericana; 1983.

Shephard RJ. Physiological basis of training in the elderly. Science & Sport 1994. (4): 25-30.

Shephard RJ. Envelhecimento: atividade física e saúde. São Paulo: Phorte; 2003.

Soares CN, Cohen LS. The Perimenopause, Depressive Disorders, and Hormonal Variability. São Paulo Medical Journal 2001. (119): 78-83.

Tosi LL. Diagnosis and Managment of Orthopaedic Problems Commonly Found in Women: Osteoporosis. New Orleans: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 1988.

Vieira EB, Ramos LR. Manual de Gerontologia: um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

Vuori I. Exercise and sudden cardiac death: Effects of age and type of activity. Sport Science Review 1995. (4): 46-84.

Weineck J. Biologia do Esporte. São Paulo: Manole; 2000.

Wooten W. Choosing Exercise for Better Health. The Physician and Sportmedicine 1996; http://www.physsportsmed.com/issues/1996/07_96/wooten.htm (acessado em 15/Jul/2005)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics Annual. Geneve: Ed. Malta, 1998.