UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

**“ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE
REABILITAÇÃO CARDÍACA.”**

Patrícia Helena Poggio Cortez Franulovic

SÃO PAULO
2004

**“ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE
REABILITAÇÃO CARDÍACA.”**

PATRÍCIA HELENA POGGIO CORTEZ FRANULOVIC

Dissertação apresentada à Escola de
Educação Física e Esporte da
Universidade de São Paulo, como
requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Educação Física.

ORIENTADOR: PROF. DR. ANTONIO CARLOS SIMÕES

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Simões, meu orientador, com muita gratidão pela competência, tolerância, apoio e desafio constante;

Aos Profs. Drs. Taís Tinnucci e Nabil Gorayeb, por me impulsionarem positivamente nesta trajetória;

Aos alunos da Fitcor Aptidão Física e Saúde que participaram da pesquisa, pela total colaboração;

Aos professores e estagiários da Fitcor Aptidão Física e Saúde pela ajuda continua;

Aos amigos do Grupo de Estudos – GEPPSE pelas críticas e incentivo ao trabalho.

Ao meu marido Igor Franulovic pelo apoio e paciência constante.

Aos meus pais Beatriz e José Alberto pelo total apoio, incentivo e confiança.

A todos os amigos, professores e profissionais que participaram, direta ou indiretamente, desse processo.

Dedico este trabalho, com todo carinho, ao meu marido Igor e aos meus pais Beatriz e José Alberto, motivos do meu crescimento pessoal e profissional.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS -----	37
LISTA DE FIGURAS-----	39
LISTA DE ANEXOS-----	40
LISTA DE APÊNDICES-----	41
RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	
2 OBJETIVOS	
2.1 Geral	
2.2 Específico	
3 REVISÃO DA LITERATURA	
3.1 Atividade Física e Saúde	
3.2 Programa de Reabilitação Cardíaca	
3.3. Motivação	
3.4 Motivação e Aderência em Programas de Reabilitação Cardíaca	
3.5 Modelos de Comportamento Frente ao Exercício	
3.5.1 Modelo de Crença de Saúde	
3.5.2 Teoria do Comportamento Planejado	
3.5.3 Teoria da Proteção Motivacional	
3.5.4 Teoria Sócio- Cognitiva	

3.4.5	Modelo Transteórico
3.5	Determinantes da adesão ao exercício
3.5.1	Fatores Pessoais
3.5.2	Fatores Ambientais
4	HIPÓTESES
5	JUSTIFICATIVA
6	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO
7	MATERIAL E MÉTODO
7.1	Sujeitos
7.2	Coleta de dados
7.3	Instrumento
7.4	Fases de adaptação do instrumento
7.4.1	Validação do conteúdo
7.5	Metodologia Estatística
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO
9	CONCLUSÃO
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
	ANEXOS
	APÊNDICES

LISTA DE TABELAS

Página

TABELA 1. Porcentagem por faixa etária dos participantes da pesquisa.-----	84
TABELA 2. Dados obtidos com relação à formação acadêmica dos participantes.-----	85
TABELA 3. Valores atribuídos as possíveis respostas com relação à questão sobre a percepção dos alunos com relação a sua atual condição física.-----	86
TABELA 4. Dados obtidos com relação à percepção do participante quanto a sua condição física atual.-----	87
TABELA 5. Resultados obtidos com relação à frequência semanal da prática de exercícios.-----	88
TABELA 6. Valores Atribuídos às possíveis respostas da questão sobre o tempo despendido com atividades físicas comparado a indivíduos da mesma faixa etária e sexo.-----	89
TABELA 7. Comparação de tempo de exercício com outras pessoas da mesma faixa etária e sexo.-----	90
TABELA 8. Resultados obtidos com relação à porcentagem de tempo que estes alunos pesquisados se exercitam nas seguintes situações. -----	91

TABELA 9. Valores atribuídos para cada extensão de influência das possíveis respostas para as cinco afirmações acima.-----93

TABELA 10.Dados obtidos na primeira afirmação: Meu desejo para exercitar-me é modificado por:-----94

TABELA 11. Dados obtidos na segunda afirmação: Meu desejo para exercitar-me é motivado por minha/ meu _____ devido à consequência em meu peso e aparência.-----95

TABELA 12. Dados obtidos na terceira afirmação: É importante para mim que meu/ minha _____ saiba que estou me exercitando. -----96

TABELA 13. Dados obtidos na quarta afirmação: É importante para mim que meu/ minha _____ saiba que eu tenho sucesso e atinjo meus objetivos no exercício.-----97

TABELA 14. Dados obtidos na quinta afirmação: É importante para mim como meu minha/ minha _____ se sentiria se eu parasse de me exercitar.-----98

TABELA 15. Valores atribuídos para o grau de concordância para cada possível resposta as afirmações feitas.-----101

TABELA 16. Dados obtidos com relação ao grau de concordância relacionados a cada grupo: auto-apresentação, benefícios psicológicos, diversão, peso e aparência, prevenção de doenças, saúde e fitness e aspectos sociais.-----102

LISTA DE FIGURAS

Página

- FIGURA 1.** Gráfico correspondente a porcentagem de indivíduos por faixa etária.-----85
- FIGURA 2.** Gráfico correspondente a percepção dos alunos pesquisados com relação as suas condições físicas.-----87
- FIGURA 3.** Gráfico correspondente a freqüência semanal da prática de exercício.-----88
- FIGURA 4.** Gráfico correspondente ao tempo dedicado aos exercícios em relação a outros indivíduos do mesmo sexo e faixa etária.-----90
- FIGURA 5.** Gráfico correspondente à porcentagem de tempo que os alunos se exercitam nas seguintes situações.-----91
- FIGURA 6.** Gráfico correspondente aos resultados obtidos em todas as afirmações feitas para se identificar a extensão de influência do médico, esposa (o), amigos, parentes e outros na manutenção de um comportamento ativo.-----99
- FIGURA 7.** Gráfico correspondente aos resultados obtidos com relação aos motivos que fazem os indivíduos se manterem dentro de um programa de exercícios.-----102

LISTA DE ANEXOS

Página

ANEXO 1	Questionário de Motivação e Exercício Físico	
–	Adaptado para a língua portuguesa .-----	110
ANEXO 2	Termo de consentimento informado pela instituição	
	Fitcor Aptidão Física e Saúde.-----	118
ANEXO 3	Carta de Apresentação aos participantes-----	119
ANEXO 4	Termo de consentimento informado pelos	
	alunos participantes.-----	120

LISTA DE APÊNDICES

Página

APÊNDICE 1 Material entregue a comissão julgadora.-----121

APÊNDICE 2 Questionário Original .-----133

RESUMO

ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Autora: PATRÍCIA HELENA POGGIO CORTEZ FRANULOVIC

Orientador: Prof. Dr. ANTONIO CARLOS SIMÕES

O presente estudo objetiva analisar no âmbito de uma clínica privada de Reabilitação Cardíaca, os motivos que fazem com que os alunos permaneçam dentro do programa de condicionamento físico. Para obter estas respostas um instrumento americano sobre motivação e exercício físico, foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e para o grupo estudado. Após a validação do mesmo, o questionário foi aplicado em indivíduos do sexo masculino, com idade entre 50 à 65 anos, com pelo menos cinco anos de condicionamento físico realizados na mesma instituição e que ainda exercem suas atividades profissionais. O Inventário é dividido em três partes, onde na primeira se pode analisar os dados biográficos dos alunos; na segunda parte é possível verificar quais são as pessoas que interferem de forma mais forte na manutenção de um comportamento ativo. A terceira e última parte, nos mostra quais são as reais preocupações destes indivíduos para permanecerem ativos, ou seja, se estão preocupados com aspectos relacionados a saúde, estética e bem estar social.

Palavras-chave: Adesão ao exercício; programa de reabilitação cardíaca; motivação.

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO

A sociedade ocidental com seus avanços tecnológicos está modificando o tipo de enfermidade presente em sua população, substituindo em geral os transtornos infecciosos e agudos pela enfermidade crônica, tais como: hipertensão, obesidade e transtornos cardiovasculares.

BLAIR (1988) afirma que a falta de atividade física somada a uma dieta desequilibrada, ao fumo, ao álcool e a outros comportamentos de risco para a saúde, é responsável pelo aumento significativo da quantidade de mortes causadas por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e outros distúrbios crônicos. Doenças, as quais, tem sua causa relacionada ao estilo de vida.

A atividade física é reconhecida, atualmente, como sendo fundamental para a manutenção da saúde. A adoção de um estilo de vida saudável, baseado na prática regular de exercícios, reduz diretamente o risco para o desenvolvimento da maior parte das doenças crônicas degenerativas. A atividade física também é um elemento promotor de mudanças com relação a fatores de risco para inúmeras outras doenças. Pessoas inativas apresentam risco quase duas vezes superior de desenvolver doença arterial coronariana, quando comparadas às que fazem exercícios regularmente. SILVA (1999) defende a idéia de que a prática de exercícios previne o evento coronário inicial (prevenção primária), facilita a recuperação do paciente após ocorrência de infarto e contribui para diminuir o risco de eventos cardíacos recorrentes.

Aspectos psicológicos e sociológicos também são influenciados pela atividade física de forma positiva. As pessoas ativas conseguem gerenciar melhor as tensões próprias do viver e também sofrem menos com os efeitos nocivos causados pelo stress. Alguns benefícios são: melhora da auto-estima, auto-imagem, autoconceito, diminuição da ansiedade e depressão, e melhoria da integração social (DISHMAN, 1993).

Pesquisas demonstram que, entre a população dos Estados Unidos, o número de indivíduos sedentários varia entre 30 e 60% (DISHMAN, 1993). Existem evidências de que a prática de exercícios está relacionada com o nível

sócio-econômico e com o nível de escolaridade (DISHMAN, 1993). Presume-se, portanto, que no Brasil o número de pessoas ativas seja menor do que em países desenvolvidos. De acordo com FORJAZ & TINUCCI (2002), no município de São Paulo, 70% da população adulta é sedentária. Nos países de primeiro mundo, a prática de atividades físicas é enfocada como preocupação da área da Saúde Pública, fato que ainda não acontece em nosso país.

A importância do exercício para uma vida saudável é inquestionável. A maioria das pessoas que iniciam um programa de atividade física tem consciência da necessidade de se ter uma vida ativa, porém o número de desistência de programas de exercícios é enorme.

Os profissionais de Educação Física que trabalham com programas de exercícios enfrentam dois grandes problemas. O primeiro deles é o elevado número de pessoas que não fazem atividades, e o segundo é o número de pessoas que iniciam um programa de ginástica, porém acabam desistindo.

Estudos realizados no *Cooper Institute of Aerobics Research*-EUA, identificaram que 76 a 82% das pessoas que começam um programa de atividades físicas o abandonam. Nos programas de Reabilitação Cardíaca não é diferente. Sessenta por cento dos indivíduos que iniciam desistem de praticar exercícios, antes mesmo de obter algum benefício (COOPER, 1996).

A despeito dos benefícios fisiológicos e psicológicos do exercício, incluindo redução de tensão e depressão, aumento da auto-estima, diminuição do risco de doença cardiovascular, melhor controle de peso e aumento do funcionamento dos sistemas metabólico, endócrino, e imunológico, apenas metade dos adultos que começam programas de atividades físicas continuam participando.

A prática profissional também tem demonstrado que, apesar da estrutura física dos locais que desenvolvem programas de reabilitação cardíaca, e do grande número de clientes que procuram o programa, há uma elevada rotatividade, sendo este um dos principais problemas enfrentados por estas instituições.

O entendimento dos mecanismos que levam à participação em programas de exercício são muito estudados pelos cientistas. A maioria das pesquisas

envolvidas com a participação das pessoas em programas de ginástica foca o problema da adesão ao exercício. Para BAUN & BERNACKI (1988) a grande questão é: uma vez fazendo exercícios, quem são os indivíduos que vão se manter ativos e quais serão os que vão desistir?

A julgar pelas vitrines das lojas, estamos em meio a uma “febre” de condicionamento físico, mas a realidade nos mostra que a maioria das pessoas não participa regularmente de atividades físicas (*U.S. Department of health and Humana Services*, In: WEINBERG & GOULD, 2001). Por outro lado, não podemos nos esquecer que existe uma minoria de pessoas que iniciam e permanecem dentro de um programa por muito tempo, só interrompendo por motivos de saúde ou férias.

Desta forma, esta pesquisa tem como meta identificar quais seriam os fatores próprios do programa de reabilitação cardíaca e também pessoais e ambientais que influenciam a manutenção da prática de exercícios físicos em programas de reabilitação cardíaca. Sabendo os pontos importantes que fazem o indivíduo se manter dentro de um programa de exercícios, talvez seja possível desenvolvê-los nas pessoas que certamente não adeririam a ele.

Segundo BLASCO, (2000):

“Os profissionais da saúde que se ocupam com o tema de exercício, tem nas mãos um campo de atuação que se divide em duas grandes áreas: a) estudo das relações entre estilo de vida ativo e saúde, ou seja, decidir e conhecer quais seriam os riscos da vida sedentária e quais os benefícios de um estilo de vida ativo e b) intervenções para implantar o exercício físico de forma adequada para cada tipo de população fazendo com que a mesma se torne e se mantenha ativa”.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar e analisar possíveis fatores que podem influenciar a permanência de indivíduos dentro de um programa de Reabilitação Cardíaca, em um centro privado de condicionamento físico da cidade de São Paulo.

2.2 Específicos

2.2.1 Comprovar que as pessoas próximas dos alunos de um programa de reabilitação cardíaca, tais como: esposa, filhos, médico, professor; e suas respectivas influências podem estar associadas à manutenção de um comportamento desejável frente ao exercício.

2.2.2 Comprovar que as reais preocupações dos alunos dentro de um programa de reabilitação cardíaca estão associados aos fatores de saúde, estética, bem estar social e psicológico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo da aderência e motivação em programas de reabilitação cardíaca abrange tópicos tais como saúde, atividade física, programas de exercícios, teorias sobre comportamento, determinantes do exercício e motivação. Somente com a descrição e a leitura sobre estes fatores é possível um entendimento adequado do que leva a um comportamento ativo ou não. A revisão de literatura, portanto, está organizada em partes relacionadas com os temas acima descritos.

É fundamental ressaltar que pesquisas que enfocam o estudo dos fatores que influenciam a prática de atividades físicas demonstram uma falta de consenso sobre a definição adequada de atividade física, o que certamente dificulta a comparação de resultados.

Para tentar minimizar este problema, alguns autores procuram definir os termos atividade física e exercício físico. De acordo com BIDDLE, (1992), exercício é um termo utilizado para designar atividades físicas moderadas ou vigorosas, porém não competitivas, visando promover ou manter a aptidão física relacionada à saúde. Para POWELL (1988), o exercício habitual é definido como sendo a prática regular e planejada de atividades físicas com o objetivo final ou intermediário de aumentar ou manter níveis de aptidão física.

GAUVIN (1990) afirma que há falta de consenso na definição de motivação e de atividade física, o que gera falta de conhecimentos sobre e porque determinados fatores aumentam ou diminuem o envolvimento das pessoas na atividade.

Para DISHMAN (1994), os conhecimentos obtidos até o momento ainda não permitem prever ou explicar a adesão ao exercício com precisão necessária para se desenvolver um método efetivo de mudança de comportamento. O que se pode fazer, segundo o autor, é elaborar estratégias motivacionais baseadas nas teorias formuladas sobre este tema que serão expostas posteriormente.

Atividade Física e Saúde

BLASCO (2000) afirma que o conceito de saúde é muito mais amplo do que somente ausência de doenças. Para ele, o termo saúde inclui também aspectos relacionados ao bem estar e ao potencial das capacidades dos indivíduos. Os exercícios feitos de forma correta podem trazer benefícios para todos os tópicos que envolvem o termo saúde.

A partir dos trinta anos de idade, a capacidade cardíaca e a capacidade pulmonar decrescem paulatinamente, diminuindo as condições para se realizar um trabalho físico. Estas diminuições são acompanhadas por um declínio do metabolismo, das capacidades neuro-musculares, da flexibilidade e da densidade óssea (CARTER et al In: BLASCO, 2000). Pessoas que fazem atividade física apresentam um declínio menor quando comparadas as que são sedentárias. É evidente que um programa de exercícios bem orientado proporciona uma boa

qualidade de vida para seus executantes, com relação aos seus aspectos corporais. Exemplos claros são encontrados em grupos de ginástica para terceira idade, pois é possível observar vários indivíduos de 80 anos com uma condição física melhor do que indivíduos mais jovens, porém sedentários.

A saúde mental também é fundamental para uma boa qualidade de vida. Vários estudos, citados em BLASCO (2000), mostram os efeitos positivos de uma vida ativa sobre os transtornos de humor. Outros estudos precisam ser realizados para se concluir melhoras significativas sobre a depressão, ansiedade e stress. Porém, sabe-se que a secreção de endorfinas, através do exercício, proporciona um efeito terapêutico e um aumento da auto-estima (BLASCO, 2000). É também evidente que o contato social com outras pessoas auxilia de forma positiva o lado emocional dos indivíduos, principalmente daqueles que já têm uma idade mais avançada, e que enfrentam o grande problema de perda de parentes e amigos, ficando a maior parte do tempo sozinhos.

Para BLASCO (2000):

“A grande massa da população desconhece ou conhece insuficientemente todos os benefícios de um programa de exercícios. É responsabilidade dos profissionais da saúde de transmitir e articular estratégias que modifiquem o comportamento sedentário da maior parte das pessoas. O profissional da saúde deve ser consciente de que é o intermediário entre os saberes científicos e suas aplicações para os indivíduos”(p. 145)”.

Com uma vida ativa, as pessoas obtêm uma melhora significativa da sua saúde, além de ter, também, um decréscimo da mortalidade prematura, como indicado por PAFFENBERGER & HYDER, COOPER & GIBBONS (In: WANKEL, 1993) e ALDANA & STONE (1991).

BLAIR (1988) indica estudos mostrando que o risco de morrer de um ataque cardíaco é aproximadamente o dobro em homens sedentários, quando

comparados a homens ativos, além de afirmar que indivíduos com menos condição física têm 50% mais chance de desenvolver hipertensão.

Os exercícios físicos também estão relacionados com um aumento da densidade óssea (POWELL, 1988); menores chances de se desenvolver a diabetes (BERG, 1986); e também a uma menor incidência de alguns tipos de câncer, como por exemplo, o de cólon (SALLIS & HOVELL, 1990). Conforme pesquisa mencionada por POWEL (1988), a prática de atividades físicas está relacionada à diminuição da ansiedade e ao aumento da confiança, da satisfação sexual e da função intelectual.

Apesar dos inúmeros benefícios conseguidos através da prática de exercícios, grande parte da população não se sente motivada a realizar nenhum tipo de atividade.

Programa de Reabilitação Cardíaca

A Doença Coronariana é responsável pela maioria das mortes nos países industrializados (OLDRIGDE, 1988). Nos Estados Unidos aproximadamente um entre cinco indivíduos, com idade entre 60-65 anos irão desenvolver uma forma ou outra desta doença usualmente documentada como angina pectoris, insuficiência coronariana, infarto do miocárdio e morte súbita.

Segundo OLDRIGDE (1988), ao mesmo tempo é possível notar uma diminuição no número de mortes por doenças coronarianas. Nos Estados Unidos esta redução foi de 30% desde 1968. A grande responsável por esta queda é a redução dos fatores de risco e uma maior evidência da prevenção primária e secundária. Uma grande importância é dada à mudança de hábitos de vida e à inclusão de exercícios físicos na rotina destes indivíduos. Os programas de ginástica e de reabilitação cardíaca ganham força a cada dia devido aos benefícios de uma vida ativa, comprovados em muitos estudos.

Conforme BUCHLER, FERRAZ & MENEGHELLO, (1996):

“Reabilitação Cardíaca é entendida como sendo o processo de desenvolvimento e manutenção de nível desejado de atividade física, social e psicológica após o início da doença coronária sintomática. Trata-se de terapêutica multidisciplinar para patologia multifatorial. Os maiores objetivos são: melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, mudanças de hábitos após evento coronariano, com modificações dos fatores de risco e redução dos índices de mortalidade”.

CORTEZ (In: KISS, 2003) afirma que:

“Para o paciente coronariano, a reabilitação cardíaca por meio de exercício, embora não garanta a possibilidade de vida mais longa, pelo menos pode devolver a confiança, a motivação e ainda proporcionar efeitos positivos imediatos nas relações sociais” (pág. 381).

A ciência de prescrever exercício para pacientes cardíacos progrediu muito ao longo dos últimos anos e, hoje em dia, o sistema de treinamento e prescrição é muito diferente do que era há vinte anos (FARDY & FRANKLIN, 2001). Novos exames foram desenvolvidos auxiliando a análise do estado de saúde dos pacientes tornando a prescrição muito mais precisa. Além disso, muitos medicamentos surgiram beneficiando e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos cardiopatas.

Os programas de condicionamento físico supervisionado para grupos especiais e a reabilitação cardíaca têm merecido ampla discussão na cardiologia. Embora reduzido, o número de clínicas e academias especializadas e de serviços públicos ligados a hospitais e clubes tem aumentado significativamente o interesse dos profissionais de Educação Física por esta área de estudo (CORTEZ & CORTEZ, 2003).

Muitos estudos refletem o consenso de organizações médicas de que a Reabilitação Cardíaca baseada em exercícios tornou-se o “tratamento padrão” da

comunidade médica, para recuperar o status físico, médico e psicológico ideal de um grande número de pacientes que passaram por um evento cardíaco agudo (FARDY & FRANKLIN, 2001).

A terapia de exercícios aplica-se a pacientes com infarto do miocárdio, revascularização miocárdica, angioplastia, disfunção ventricular esquerda, arritmias, insuficiência cardíaca, bem como a pacientes com problemas pulmonares, marca-passo, pacientes idosos, hipertensos, diabéticos, transplantados, com reparo ou recolocação das válvulas, e indivíduos com complicações médicas que exigem medicação múltipla.

Segundo BUCHLER e Cols (1996), os efeitos benéficos causados por programas de exercícios para indivíduos com doença coronariana são inquestionáveis. Quando feitos de maneira correta proporcionam aumento da fração de HDL, (considerado o “bom colesterol”), diminuição da pressão arterial, aumento da tolerância à glicose, e melhora da qualidade de vida, evitando os efeitos deletérios causados pelo repouso prolongado.

Muitas evidências científicas existem comprovando o benefício do exercício para o manuseio da doença coronariana. Estudos revelam que a prevenção primária é responsável por uma redução de 30% a 55% no risco para doença coronária quando indivíduos fisicamente ativos são comparados a sedentários. Sem dúvida nenhuma, o exercício físico encontra lugar obrigatório nos campos das prevenções primária, secundária e terciária (FALUDI, MASTROCOLLA, BERTOLAMI, 1996).

Analisando testes ergométricos e exames laboratoriais de alunos de um programa de Reabilitação Cardíaca, no início do programa de exercícios e após um ano de treino, se pode observar grandes melhoras, comprovando realmente os benefícios do exercício para esta população.

Atualmente os programas de Reabilitação Cardíaca se dividem em duas fases. A primeira delas é de responsabilidade do cardiologista que orienta o indivíduo sobre sua atual situação física e determina seus limites de treinamento.

Conforme citado por CORTEZ & CORTEZ (2003), deve ser realizada por um médico com conhecimentos em medicina do esporte, pois assim saberá

conceitos básicos da atividade física, exercícios físicos, esportes e seus efeitos. A prescrição do médico é fundamental para se determinar o limite do treinamento e os cuidados necessários na seleção dos exercícios, envolvendo grupos musculares específicos. Embora o envolvimento médico situe-se aparentemente na fase de seleção do indivíduo, é importante sua participação, de maneira contínua, sempre ao lado do professor de educação física (GODOY, 1997).

Análise dos diagnósticos obtidos pelas avaliações laboratoriais, associada ao exame clínico fazem com que o médico tenha condições de avaliar o estado de saúde de cada aluno, o que permitirá a individualização dos procedimentos pelos professores de Educação Física na fase dois da prescrição.

A primeira etapa da prescrição, segundo CORTEZ (2003), consiste em:

- exame clínico: as respostas obtidas por meio da anamnese, o exame físico e o eletrocardiograma de repouso permitem ao médico considerar a possibilidade de outros procedimentos de avaliação.
- indicação e análise do teste ergométrico ou ergoespirométrico: que inclui a observação dos sintomas apresentados durante o exame, os estudos do traçado do eletrocardiograma antes, durante e após o exercício, comportamento da pressão arterial sistólica e diastólica em todas as fases do exame, do duplo produto e, em determinados casos, a relação das drogas em uso com as alterações observadas nas variáveis fisiológicas e no eletrocardiograma de repouso e esforço.
- prescrição ou manutenção do uso de determinadas drogas: a fase um da prescrição deve considerar as correções necessárias da frequência cardíaca limite e de treinamento em indivíduos que já dependiam ou passaram a depender de remédios.
- medida da composição corporal: um dos objetivos básicos do treinamento para sedentários e para aqueles pertencentes a grupos de risco é aumentar a massa muscular e diminuir a gordura corporal. Para isto é necessário fazer a avaliação da composição corporal para considerar a necessidade de orientação nutricional, acoplada ao programa de exercícios para a redução de peso.

Quando houver qualquer dúvida por parte do médico responsável pelo setor de reabilitação cardíaca em relação ao aluno avaliado, o cardiologista particular

que cuida desta pessoa, deverá ser consultado, pois fornecerá as informações necessárias para o desenvolvimento de um treinamento seguro.

O professor de Educação Física é o responsável pela segunda fase da prescrição. Ele irá adaptar os exercícios às condições do aluno. A individualização dos procedimentos e dos objetivos dos programas de condicionamento físico para adultos de ambos os sexos caracteriza a responsabilidade do professor de Educação Física na fase dois. Segundo FARDY & FRANKLIN (2001), a prescrição de exercícios para pacientes cardíacos constitui ao mesmo tempo uma ciência e uma arte. Afirmam ainda que, “para a maior parte dos pacientes cardíacos, as bases científicas da prescrição são bem definidas. Para outros, entretanto, os dados disponíveis são limitados, e nestes casos, a prescrição passa a ser mais uma questão de arte do que ciência”.

As etapas desta fase são (CORTEZ & CORTEZ, 2003):

- análise do relatório do cardiologista e do teste ergométrico/ ergoespiométrico: este procedimento é fundamental para explicar ao paciente a conduta que será adotada e justificar a necessidade de seguir, rigorosamente, as orientações;
- primeira aula: deve ser com hora marcada, em condições especiais e tratamento personalizado. Todas as informações com relação aos exercícios que serão desenvolvidos e ao local de ginástica deverão ser passados para o aluno.

CORTEZ & CORTEZ (2003) afirmam que:

“Para fortalecer o interesse e a disposição pelo programa de reabilitação cardíaca é importante que a primeira aula seja especial e a escolha dos exercícios atenda as necessidades e preferências do cliente. Entretanto é necessário considerar duas condições para a escolha dos exercícios: os objetivos dos programas de treinamento voltados para a saúde e a qualidade de vida e a especificidade das adaptações morfológicas, metabólicas e hemodinâmicas relacionadas com o tipo, a intensidade, e a duração do treinamento. Independente do tipo dos exercícios eles deverão priorizar a resistência aeróbia, a resistência muscular localizada, a

flexibilidade e as mudanças na composição corporal, que são objetivos que devem ser perseguidos para melhorar a aptidão física” (pág. 368).

Os exercícios desenvolvidos devem ser feitos de forma segura, para minimizar possíveis problemas durante a atividade. Os limites devem ser sempre respeitados. O início do programa de exercício é considerado a fase mais crítica, pois os indivíduos que estão passando por esta experiência nunca fizeram exercícios ou estão fazendo, nesse momento, obrigados pelo problema de saúde que apresentam. O primeiro passo é identificar quais são os reais objetivos a serem trabalhados com cada aluno. Apesar disto parecer óbvio, é importante lembrar que o sucesso do programa vai depender da satisfação dos interesses dos alunos.

A sensibilidade do professor de Educação Física é fundamental para que ele possa perceber como seu novo aluno está se sentindo, e o conhecimento deste profissional é indispensável para passar toda a segurança que o aluno precisa naquele momento.

A prescrição da intensidade do treinamento para indivíduos sedentários e coronarianos depende da avaliação física e diagnóstica realizada em laboratórios especializados (CORTEZ & CORTEZ, 2003). Segue abaixo as orientações determinadas pelo American College of Sports Medicine, 2000 para uma ótima prescrição. Salientamos que esta instituição estudada segue as recomendações feitas a seguir.

-Tipo de exercício: as atividades aeróbias trazem os maiores benefícios para o sistema cardiovascular e controle dos fatores de risco. Alguns exemplos deste tipo de atividade são: andar, correr, dançar, pedalar e nadar.

- Frequência do exercício: maiores benefícios são alcançados com 3 à 5 sessões semanais.

- Duração do exercício: os exercícios devem ser feitos de 15 á 60 minutos. Menos de 15 não traz melhoras significativas e mais de 60, aumenta a probabilidade de lesões.

- Intensidade do exercício: intensidades leves e moderadas têm sido consideradas mais efetivas do que intensidades altas para as melhoras cardiovasculares e controles de fatores de risco. Para se avaliar a intensidade de treino é necessário medir a frequência cardíaca durante o exercício e verificar se a mesma se encontra dentro da faixa de treino previamente estabelecida. O cálculo da frequência cardíaca de treino para pacientes cardiopatas deve ser feito com base no teste ergométrico e/ou ergoespirométrico. A frequência cardíaca destes indivíduos nunca deve ser prescrita sem os testes acima citados.

A eficácia de um programa de exercício, bem como a aderência do participante é atribuída em grande parte à sessão de exercício. Esta inclui três fases: aquecimento, estímulo e esfriamento (FRANKLIN & FARDY, 2001). Do aquecimento fazem parte atividades músculo-esqueléticas e cardiorrespiratórias, as quais preparam o corpo para a transição do repouso para o exercício vigoroso. Geralmente, para o aquecimento é utilizada a própria atividade, porém em uma intensidade menor. O estímulo ou fase de resistência serve para estimular o sistema de transporte de oxigênio e otimizar o gasto calórico. Nesta fase, a intensidade, duração e o tipo de exercício devem ser bem prescritos para que não tragam danos aos participantes. Finalizando, o esfriamento consiste na diminuição da intensidade após a fase de estímulo. A frequência cardíaca e a pressão arterial voltam lentamente ao estado de repouso. Esta fase é de fundamental importância e deve ser respeitada para a segurança do paciente.

Todo o processo envolvido no Programa de Reabilitação Cardíaca, desde a prescrição médica, até a prescrição de exercício feita pelo professor de Educação Física, devem ser cuidadosamente realizadas, pois são responsáveis por grande parte do sucesso do programa .

MOTIVAÇÃO

Foi Sigmund Freud quem primeiro descreveu a natureza intrínseca da motivação dentro do contexto das necessidades humanas. Freud descreveu uma necessidade como estímulo que ataca, não de fora, mas de dentro do organismo. A satisfação seria aquilo que coloca de lado a necessidade, é a consequência de uma alteração adequada da fonte interior de estimulação.

A palavra motivação vem do termo latino para “mover”. É um dos conceitos mais difíceis para os psicólogos porque o significado da palavra motivação parece modificar-se de acordo com o ponto de vista de cada um para o problema mente-corpo. Os psicólogos que vêem o ser humano apenas como um ser biológico, encaram a motivação basicamente em termos de necessidades fisiológicas. Para aqueles que se atêm ao intra-psíquico, quase sempre concebem o ser humano como sendo motivados por sentimentos internos. E para um terceiro grupo que encara a raça humana como seres sociais, a motivação está no envolvimento entre as pessoas (MC CONNELL, 1977).

Motivação pode ser definida simplesmente como a direção e a intensidade de nossos esforços (SAGE, 1977; In WEINBERG & GOULD, 2001). A direção do esforço refere-se ao fato do indivíduo procurar aproximar-se ou ser atraído para certas situações. A intensidade de esforço refere-se a quanto esforço uma pessoa coloca em uma determinada situação. Embora para fins de discussão seja conveniente separar a direção da intensidade do esforço, para a maioria das pessoas elas estão estreitamente relacionadas (WEINBERG & GOULD, 2001).

Apesar de se ter definido motivação usando o conceito de SAGE (1977), este termo é usado das mais variadas formas possíveis. Cada pessoa desenvolve uma visão pessoal de como a motivação funciona e uma maneira diferente de como motivar as pessoas. Segundo WEINBERG & GOULD (2001), a motivação é discutida de forma vaga em qualquer das seguintes maneiras:

- como característica de personalidade interna, ou seja, a natureza da pessoa já é altamente motivada para determinado comportamento

- como uma influência externa (é necessário algo externo para motivar)
- como uma consequência ou explicação para nosso comportamento.

As teorias sobre motivação partem do pressuposto de que deva existir algo que desencadeia uma ação, que lhe dá uma direção, mantém seu curso em direção a um objetivo e a finaliza. Devem existir inúmeras razões para que um mesmo indivíduo aja de forma semelhante em situações diversas, para que indivíduos ajam de maneiras diferentes numa mesma situação ou ainda para que uma pessoa que agia de uma mesma maneira em determinadas situações de repente passe a agir de maneira diferente nas mesmas situações.

Dentre os componentes complexos das características de personalidade surgem os “Motivos”, que são construtos hipotéticos, ou seja, ainda não existem, mas são criados para explicar as ações dos indivíduos. O comportamento de uma pessoa num determinado momento não é motivado por um motivo qualquer e nem por todos os seus motivos, mas sim por aquele que, de acordo com as características da situação e sua posição na hierarquia de motivos, indica a maior probabilidade de atingir um objetivo.

As primeiras teorias que surgiram sobre motivação eram baseadas somente na mecanicidade do comportamento. Acreditava-se que as atividades humanas eram tão mecânicas quanto as ondas do mar. Dentre estas teorias, duas tiveram destaque; a teoria do impulso e a teoria do estímulo. Tanto uma teoria como a outra são estritamente biológicas, operando somente em nível fisiológico e considerando sentimentos, percepções e emoções, sem nenhuma importância. Como citado por MC CONELL (1977), estas teorias afirmam que as pessoas são motivadas para um determinado comportamento de acordo com suas necessidades fisiológicas e biológicas.

A teoria do impulso parte do princípio de que as necessidades importantes são as fisiológicas. É uma teoria puramente biológica que ignora a motivação intrapsíquica e social/ comportamental. A maioria dos que defendem a teoria do impulso, consideram o que é absolutamente necessário à sobrevivência como necessidades primárias, ou seja, sempre que seu organismo necessitar de algo físico indispensável à vida, como ar, alimento, água, surge um impulso primário no

organismo que tende a motivá-lo ou impulsioná-lo a fazer determinada coisa (MC CONELL, 1977). Para estes adeptos da teoria do impulso existem também as necessidades secundárias que seriam presumivelmente adquiridas e que mudariam amplamente de uma pessoa para outra, e de uma cultura para outra.

A teoria do Estímulo, desenvolvida por Elizabeth Duffy em 1950, (MC CONELL, 1977), surge a partir de uma crítica feita pela pesquisadora em relação à teoria do Impulso. Também é uma teoria de motivação somente com um nível de preocupação, o biológico. Segundo ela, a motivação surge devido a um afastamento de ponto de excitação nervosa ótima ou normal. Qualquer aumento ou diminuição nesta estimulação desloca o organismo deste ponto ótimo e o estimula.

MC CONNELL (1977), afirma que vários aspectos da motivação humana são bem mais fáceis de serem explicados em termos de sentimentos, emoções e percepções do que em termos de impulso e estímulos. Ao se estudar o processo de aprendizagem, por exemplo, verifica-se que é impossível analisá-lo sem levar em consideração sentimentos intrapsíquicos como prazer e dor. Quanto mais prazer um ato proporciona, mais rapidamente ocorrerá a aprendizagem. Surgem portanto, as teorias de motivação mais emocionais, possuindo dois níveis de análise, pois lidam tanto com percepções como com reações fisiológicas.

As emoções podem ser agradáveis ou desagradáveis. Como se tenta evitar a dor e procurar o prazer, a emoção é a força orientadora que nos aproxima ou afasta de várias situações ambientais. A emoção seria parte central do processo de motivação, e é sempre desencadeada por nossas percepções e avaliações acerca do que está acontecendo. As emoções não apenas estimulam como também orientam o comportamento (ARNOLD, 1960 In: MC CONNELL, 1977).

Conforme McCONNELL (1977), a motivação passou a ser analisada considerando três níveis; fisiológico, intrapsíquico e social comportamental. Dessa forma, o ser humano passou a ser observado como um todo, beneficiando as pesquisas relacionadas à motivação e tornando os trabalhos psicológicos mais completos.

A maioria das pessoas enquadra seu conceito de motivação em uma das três visões discutidas a seguir (WEINBERG & GOULD, 2001):

- Visão Centrada no Traço: sustenta que o comportamento motivado se dá primeiramente em função das características individuais. Ou seja, a personalidade, as necessidades e os objetivos dos alunos são os determinantes principais do comportamento motivado.
- Visão Centrada na Situação: sustenta que o nível de motivação é determinado primeiramente pela situação, ou seja, estilo do professor, atratividade das instalações e registros de bons resultados.
- Visão Interacional: esta visão mais amplamente aceita pelos psicólogos do exercício acredita que haja uma interação entre o indivíduo e a situação, e que ambos influenciam a motivação.

O modelo interacional de motivação tem importantes implicações práticas para os professores de educação física. Algumas diretrizes foram formuladas através deste modelo para se trabalhar com a motivação humana dentro de programas de exercícios (WEINBERG & GOULD, 2001).

A primeira diretriz baseada no modelo interacional, enfatiza que o professor nunca pode esquecer que tanto fatores situacionais como também pessoais influenciam a motivação. É importante focalizar a atenção na interação dos fatores pessoais com os ambientais.

Como segunda diretriz tem-se o fato de que as pessoas têm vários motivos para envolverem-se. WANKEL (1988) verificou que os adultos citavam diferentes motivos para aderir a um programa de exercícios, incluindo fatores de saúde, perda de peso, condicionamento, auto-desafio e bem-estar. Seus motivos para continuarem no programa incluíam divertimento, liderança da organização, tipo de atividades e fatores sociais. Esta citação deixa claro que o objetivo inicial que faz o aluno começar o programa se modifica com o passar do tempo. As pessoas vão se interessando mais por fatores sociais, e a interação com o grupo se torna fundamental para a adesão ao exercício.

Para WEINBERG & GOULD, 2001, as pessoas participam de programas de exercícios por mais de uma razão, têm motivos conflitantes para envolverem-se,

têm motivos compartilhados e únicos, e estes motivos mudam com o tempo. É fundamental que se conheça os motivos que fazem os alunos praticarem exercícios, pois assim é possível desenvolver um trabalho para nunca perdê-los.

A terceira diretriz sustenta a idéia de que é necessário modificar o ambiente para aumentar a motivação. Atividades de recreação e competição devem ser oferecidas. Várias oportunidades deverão existir e ajustes individuais dentro do grupo deverão ser feitos. O componente mais difícil, porém mais importante, é a individualização do treinamento.

A mudança de rotina é fundamental para a manutenção do aluno. Cada pessoa deve ter seu treino modificado de acordo com suas características individuais presentes naquele dia. Caso o aluno esteja mais, ou menos disposto, com mais tempo ou menos, o programa deverá acompanhá-lo.

A quarta diretriz enfatiza a importância do líder e seu papel fundamental na motivação do aluno. Um professor presente e com conhecimentos sobre sua área, influencia a aderência dos participantes. A diretriz de número cinco sugere que se faça mudanças em motivos indesejáveis que o aluno possa ter. Por exemplo, um paciente de Reabilitação Cardíaca que iniciou o programa por ordens médicas pode, com o passar do tempo, manter o comportamento ativo porque passou a se sentir melhor com os exercícios.

O professor é, sem dúvida, o maior responsável pela satisfação do aluno com o programa. Primeiramente, é ele que vai facilitar a socialização do novo aluno apresentando-o para outros mais antigos. Quando a pessoa faz vínculos de amizade no ambiente de ginástica adquirir um motivo forte para não mais abandoná-la.

É o professor, também, que estará sempre atento à prescrição de exercícios e fará possíveis modificações com o intuito de modificar e motivar novamente o aluno. Novos objetivos traçados e alcançados, sempre deixarão os executantes realizados.

Os psicólogos do esporte e do exercício podem considerar motivação a partir de diversos pontos de vista específicos, incluindo a motivação para a realização, motivação intrínseca e extrínseca (WEINBERG & GOULD, 2001).

Pessoas com motivação intrínseca esforçam-se interiormente para serem competentes e auto-determinantes em sua busca de dominar a tarefa em questão (WEINBERG & GOULD, 2001). O prazer para estas pessoas está na própria tarefa. Já indivíduos com motivação extrínseca têm seu prazer no que a tarefa proporciona. Por exemplo, algumas mulheres fazem exercícios porque querem ficar com o corpo bonito e serem elogiadas, mas não porque gostem de fazer ginástica. No pensamento delas a atividade física poderia ser considerada como um mal necessário.

Segundo MURRAY (1938, In: WEINBERG & GOULD, 2001), a motivação para a realização refere-se aos esforços de uma pessoa para dominar uma tarefa, atingir seus limites, superar obstáculos, desempenhar-se melhor do que outros e orgulhar-se de seu talento. A motivação para a realização no esporte é chamada de competitividade.

A motivação para a realização e a competitividade, abrangem não apenas o resultado final da busca por atingir seus limites, elas lidam também com a jornada psicológica para alcançá-la. Ou seja, como o indivíduo escolhe a atividade que irá fazer, as tentativas de perseguir objetivos, intensidade do esforço na busca de objetivos e persistência em face de fracasso (WEINBERG & GOULD, 2001).

Motivação e Aderência aos programas de Reabilitação Cardíaca

A motivação sempre é citada em discussões que levantam o problema de aderência em programas de atividade física, pois apesar de se conseguir fazer com que as pessoas iniciem um programa de Reabilitação Cardíaca devido aos benefícios do exercício, não se consegue mantê-los (em muitos casos), por um longo período. Como se pode verificar em vários estudos, praticamente metade das pessoas adultas que começam um programa de exercícios físicos acabam desistindo.

DISHMAN & GETTMAN (1980), indicaram que as doenças coronarianas estão altamente relacionadas à atividade física em programas supervisionados.

Fato que é corroborado por SALLIS & HOVELL (1990). Porém, em outro estudo mais recente, DISHMAN (1993) indicou que o conhecimento da incapacidade ou de fatores de risco não é capaz de promover um comportamento para o exercício. Uma relação negativa entre a ocorrência de doenças coronarianas e a prática de exercícios físicos também foi apontada por POWELL (1988). KING (1992) e DISHMAN (1993) afirmam que os indivíduos com elevado risco para as doenças coronarianas têm tendência a uma menor adesão, se comparados a indivíduos sem fatores de risco para as cardiopatias.

Segundo FARDY & FRANKLIN (2001), o condicionamento do adulto e os programas de reabilitação cardíaca, demonstram uma média de desistência de 46% e 44%, respectivamente, acentuando o problema da aderência entre aqueles que entram obrigados para programas de exercícios.

HOWELL & ALDERMAN (In: DISHMAN, 1988) indicaram que o fator mais importante para se manter ativo é a motivação intrínseca. Ou seja, pessoas com auto-motivação para o comportamento ativo apresentam uma maior adesão ao exercício.

Um programa de *fitness* e saúde tem sucesso quando oferece muito mais que uma promessa de boa saúde. Além do aspecto da saúde, o programa deve passar a idéia de que o exercício é divertido, agradável e que dá a oportunidade de estar com outras pessoas. Segundo BAUN & BERNACKY (1988), a chave para um bom programa de exercícios é fazer com que ele possa oferecer várias oportunidades não só relacionadas à saúde, mas também a outras emoções positivas.

SHEPHARD (1988) sugere que fatores relacionados à motivação extrínseca são particularmente importantes nos primeiros estágios para se desenvolver uma boa aderência nos exercícios. Para o autor é necessário sempre dar *feedbacks* positivos e fazer elogios com relação ao alcance dos objetivos pré-estabelecidos, além de demonstrar as melhoras obtidas no dia-a-dia depois do início de uma vida ativa.

Segundo OLDRIDGE (1988), os líderes que desenvolvem o programa de exercício são fundamentais para o sucesso do programa. São pivôs que garantem

o sucesso ou o fracasso do mesmo. Os líderes são responsáveis em educar os participantes para saber o porque e como eles devem se exercitar, prescrevendo um programa personalizado, respeitando as condições físicas de cada aluno.

Características fundamentais de um líder para o sucesso do programa são citadas por FRANKLIN (1988):

- mostrar um interesse sincero pelo aluno
- mostrar entusiasmo durante as suas instruções
- desenvolver um atendimento personalizado para cada aluno
- considerar as diferenças entre os vários alunos
- lembrar-se de dias especiais, como por exemplo, aniversários.
- ficar atento para problemas ortopédicos e musculares

Muitos fatores comprovam que o indivíduo não pode ser analisado por um só parâmetro quando se investiga as causas do abandono do programa de ginástica. São vários os aspectos que influenciam o seu comportamento para a manutenção ou não dentro de um programa de Reabilitação Cardíaca. O indivíduo não pode ser visto somente como uma massa muscular, ou somente um coração que precisa ser reabilitado. Geralmente as pessoas que chegam aos programas de Reabilitação Cardíaca estão frágeis e sensíveis devido a sua atual situação física e psicológica. Caso não encontrem um local acolhedor com profissionais que entendam o problema que estão enfrentando, abandonarão o exercício.

Programas de condicionamento físico para adultos precisam incluir um componente educacional e estratégias motivacionais (FRANKLIN, 1988). A educação dos participantes deve ser uma parte do programa de exercícios e deve incluir informações sobre gasto calórico, biomecânica, intensidades e frequências apropriadas, duração e modelos de treinamento, importância do aquecimento e resfriamento, nutrição e roupas adequadas (FRANKLIN, 1988). Folhetos informativos, palestras, cartazes e indicações de leituras, podem ser utilizados para promover este componente educacional que é fundamental para motivar o indivíduo a iniciar, ou se manter dentro de um programa de exercícios.

Pesquisas e observações empíricas mostram que as estratégias motivacionais podem aumentar a participação dos indivíduos, fazendo com que

tenham mais entusiasmo durante os exercícios e que permaneçam por um longo período. Para FRANKLIN (1988), estas estratégias deverão:

- minimizar problemas músculo-esqueléticos com uma prescrição de exercícios moderados
- encorajar participação em exercícios em grupos. Uma maior desistência é observada em programas individuais se comparada às atividades em grupos. Aproximadamente 90% dos adultos ativos preferem fazer exercícios em grupos a exercitarem-se sozinhos
- enfatizar a diversificação dos exercícios. Os programas que fazem mais sucesso são aqueles que oferecem variedades, como por exemplo, adaptações de esportes para determinado grupo.
- determinação de objetivos personalizados. Cada aluno de acordo com sua condição física e objetivos deverá ter metas individuais a serem alcançadas. Este fator é fundamental para se ter uma boa aderência
- exigir exames periódicos para verificar os resultados obtidos com o treinamento
- recrutar o apoio do cônjuge para o programa de exercício. A importância do apoio do companheiro (a), ficou evidente em um estudo realizado onde mostrou que a aderência é muito maior entre os indivíduos que tem o apoio da mulher para a prática de exercícios
- dar *feedbacks* positivos. É fundamental que os líderes sempre dêem *feedback* positivo com relação às melhoras que o comportamento ativo está trazendo para o aluno
- utilizar músicas adequadas durante as sessões
- contratar líderes qualificados e entusiasmados.

FARDY & FRANKLIN (2001), completam esta lista de estratégias incluindo:

- recrutamento de apoio médico ao programa de exercícios, devido à importância de uma recomendação enfática.
- definição de metas em curto prazo.
- fácil acesso ao local

- uso de fichas para registros dos progressos alcançados

Praticamente, todas as estratégias são tarefas possíveis de serem realizadas pelo professor de Educação Física. Se feitas pelo profissional responsável, o programa de exercícios será um sucesso. A análise destes fatores evidencia a importância de um bom processo de seleção e contratação de profissionais adequados e capacitados para se trabalhar com reabilitação cardíaca.

Modelos de Comportamento Frente ao Exercício

Para se tentar entender o processo de adoção e adesão ao exercício, diversas teorias e modelos têm sido desenvolvidos para explicar como ocorre a modificação de comportamentos.

SALLIS & HOVEL (1990) sugeriram um modelo da História Natural de Exercício que, partindo-se do pressuposto de que a maioria da população dos centros urbanos é sedentária, quando os indivíduos iniciam a prática de exercícios físicos há uma adoção. Após a adoção, pode haver uma desistência ou manutenção do comportamento. Afirmaram ainda que a manutenção é combinada com períodos de desistência e retomada da prática, tornando o processo cíclico.

Os primeiros autores que estudaram o comportamento frente ao exercício com uma visão teórica foram HEINZENLMANN & BAGLEY em 1970 (GODIN, 1994). Eles utilizaram modelos de crenças de saúde para estudar a aderência em um grupo com doenças coronarianas.

Após este estudo, vários modelos sócio-cognitivos foram criados para se tentar explicar o que influenciaria diretamente a adesão a programas de exercícios.

* Modelo de Crença de Saúde

O modelo de crença de saúde (*Health- Belive Model- HBM*) formulado por BECKER & MAIMAN em 1975 (GODIN, 1994) defende a idéia de que uma pessoa adere ou não a um programa de saúde, dependendo da sua percepção e convicção de que aquilo pode realmente afastá-la de problemas de saúde. Um indivíduo que sente que a doença potencial é grave, que está correndo risco e que os prós de tomar a atitude superam os contras tem grande probabilidade de adotar o comportamento-alvo de saúde (BECKER & MAIMAN, 1975; In:GODIN, 1994).Esta percepção é determinada por dois fatores: primeiramente pela suscetibilidade para algumas doenças e,segundo, pelo impacto que isto causaria em sua vida.

De acordo com o *Health Belive Model*, um indivíduo decide fazer exercícios regularmente se o mesmo percebe que a vida sedentária pode ser um risco para a sua saúde. Por exemplo, no contexto de uma isquemia no coração, esta percepção terá influencia caso a pessoa acredite estar vulnerável devido à presença da doença coronariana; pelas conseqüências que poderá ter se não mudar seus hábitos; e pelo fato de uma pessoa próxima sofrer um infarto por ser sedentária.

Alguns autores não concordam com as afirmações acima para explicar comportamentos de saúde preventivos (como a prática de exercícios), pois acham que o mesmo é determinado por fatores que estão muito além dos aspectos relacionados à saúde. Acreditam que fatores relacionados à aparência são muito mais significantes.

Estes pesquisadores podem estar com a razão, pois existem milhares de pessoas com problemas de saúde, conscientes de suas deficiências e que não fazem, ou desistiram de fazer ginástica. Médicos são exemplos claros de pessoas que sabem de todos os riscos de um comportamento sedentário, mas que mesmo assim não modificam seus hábitos de vida. É enorme também o número de profissionais da saúde que fumam, bebem e não fazem nenhum exercício. Existem exemplos entre os professores de educação física. Muitos estudam os benefícios de uma vida ativa, mas esquecem de ter um comportamento positivo frente ao exercício.

* Teoria do Comportamento Planejado

Outra teoria desenvolvida foi a do comportamento planejado (AIZEN & MADDEN, 1986; In: GODIN, 1994). Esta teoria é uma extensão da Teoria da Ação Racional (AIZEN & FISBEIN, 1980; In: GODIN, 1994). Em primeiro lugar, a teoria da ação racional estabelece que as intenções são os melhores prognosticadores de comportamento real. Especificamente, as intenções são o produto das atitudes de um indivíduo agir de acordo com tais opiniões. Por exemplo, se você não é praticante de exercícios e acredita que outras pessoas significativas em sua vida (cônjuge, filhos, amigos) acham que você deveria exercitar-se, então você pode desejar fazer o que as pessoas querem que você faça. Isso resulta em uma norma subjetiva positiva para exercitar-se.

Além das noções de normas e atitudes subjetivas, a teoria do comportamento planejado estabelece que a percepção de controle do comportamento, ou seja, a percepção da pessoa acerca de sua capacidade de realizar o comportamento também afetará os resultados comportamentais.

Uma pesquisa realizada por SLENKER e associados em 1984 (In: GODIN, 1994) mostrou que 40% da diferença de comportamento ativo de jogadores para não jogadores eram atribuídos à percepção de barreiras para a ação. Desta forma, esta teoria, deixa claro que é fundamental que a pessoa se sinta capaz de realizar determinada tarefa para que ela realmente a faça. No dia-a-dia das academias e centros de ginástica também é possível verificar que os alunos não gostam de serem corrigidos na presença de outras pessoas e que fogem de aulas em que não se sintam capazes de realizá-las com sucesso.

* Teoria da Proteção Motivacional

A teoria da Proteção Motivacional desenvolvida por ROGERS em 1975 (GODIN, 1994) é semelhante ao modelo *Health Believe Model* (HBM). Esta teoria defende a idéia de que o comportamento ativo é determinado por quatro fatores:

- percepção severa de um problema grave de saúde
- percepção de um possível problema de saúde
- eficácia de um comportamento preventivo
- percepção de que conseguirá realizar a tarefa proposta

Vários estudos realizados comprovaram esta teoria (WURTELE & MADDUX, 1987; GODIN & JOBIN, 1987; In GODIN, 1994). Porém, contrariando esta idéia, um estudo realizado em 1991 por GODIN, VALOIS, JOBIN, & ROSS em 1983, (In: GODIN, 1994), mostrou que, em indivíduos com doenças coronarianas, a percepção de um problema grave de saúde, ou de um possível problema futuro não tinham influência sobre a intenção de se exercitar. As mesmas críticas sobre o modelo de crença de saúde, são aplicadas para esta teoria.

* Teoria Sócio Cognitiva

A teoria sócio cognitiva, (*Self- Efficacy Theory- SFT*) escrita por Bandura em 1986 (In: GODIN, 1994), defende a idéia de que todo comportamento é modificado através de mecanismos cognitivos chamados de auto-eficientes, propõe que fatores pessoais, comportamentais e ambientais operam como determinantes interativos uns dos outros, sendo este modelo conhecido como determinismo recíproco. Não apenas o ambiente afeta os comportamentos, mas comportamentos também afetam o ambiente. Além disso, fatores pessoais como cognições ou pensamentos, emoções, e fisiologia também são importantes. As percepções das pessoas de que podem realizar uma tarefa com sucesso aumentam a probabilidade das mesmas iniciarem o comportamento.

A auto-eficácia tem se revelado um bom prognosticador de comportamento em uma variedade de situações ligadas à saúde, como parar de fumar, controlar o peso e recuperar-se de ataques cardíacos.

* Modelo Transteórico

Embora os modelos anteriores sejam úteis para tentar compreender por que as pessoas se exercitam ou não, estes constructos tendem a focalizar-se em um determinado momento no tempo. Todavia, o modelo transteórico criado por PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992 (In: WENBERG E GOULD, 2001) afirmam que os indivíduos progridem por estágios de mudança e que este movimento através destes estágios, é cíclico e não linear, pois muitas pessoas não tem sucesso em suas tentativas de estabelecer e de manter mudanças de estilo de vida.

Os estágios são divididos em:

- estágio de pré-contemplação, em que, os indivíduos não pretendem começar a exercitar-se nos próximos seis meses
- estágio contemplativo, em que as pessoas têm sérias intenções de se exercitar nos próximos seis meses, mas que apesar das intenções permanecem neste estágio por dois anos.
- estágio de preparação, em que as pessoas estão se exercitando um pouco, mas não regularmente.
- estágio de ação, quando os indivíduos exercitam-se regularmente pelo menos três vezes por semana, durante 20 minutos ou mais, mas o vem fazendo há menos de seis meses. Quando estão neste estágio, apesar de ser a fase mais ativa, podem facilmente parar e voltar aos velhos hábitos.
- estágio de manutenção, quando os indivíduos vêm se exercitando regularmente por mais de seis meses. Uma vez se mantendo nele por mais de cinco anos, provavelmente se manterão ativo pelo resto da vida. Neste estágio, a pessoa é realmente ativa.

Ao tomar decisões sobre praticar exercícios, as pessoas passam por uma análise de custo-benefício chamada de equilíbrio de decisão. Especificamente, quando as pessoas estão considerando uma mudança no estilo de vida, pesam os prós e os contras de um determinado comportamento. Estudos verificaram que em estágios de pré-contemplação e contemplação os contras são maiores que os

prós. Um equilíbrio é notado no estágio de preparação e, nos estágios de manutenção e ação, os prós, superam os contras (PROCHASKA et. al., 1994 In: WEINBERG E GOULD, 2001).

As teorias ilustradas mostram alguns caminhos que os cientistas sócio-cognitivos buscaram para tentar explicar as diferenças individuais que levariam ou não as pessoas a aderirem a um comportamento ativo. Apesar dos modelos de Proteção Motivacional e Crença na Saúde afirmarem que pessoas preocupadas com sua saúde, por terem uma percepção maior do que a doença pode ocasionar, teriam um comportamento ativo, outros modelos acrescentam aspectos de dimensões sociais a estes valores.

Determinantes da adesão ao exercício

A investigação dos determinantes específicos frente ao exercício é outra forma que os pesquisadores têm utilizado para estudar a adesão a programas de ginástica (WEINBERG & GOULD, 2001). DISHMAN (1993) aponta aumento de interesse dos pesquisadores das áreas de medicina esportiva, saúde pública e psicologia relacionada à medicina e à saúde, nos determinantes da adesão ao exercício. Para DISHMAN (1980), os determinantes denotam uma associação reproduzível ou correlação previsível outras que não sejam de causa e efeito, ou seja, são fatores que podem estar associados à participação em programas de atividades físicas, mas não necessariamente levam a uma mudança de comportamento propriamente dito, na forma de adoção de um estilo de vida saudável.

RODGERS & BRAWLEY (1991), afirmam que os determinantes seriam como preenchimento ou obtenção de determinadas metas em relação à prática de exercícios físicos, que nos dariam um caminho para análise do comportamento, frente ao exercício.

Muitos são os estudos que descreveram os determinantes da prática de atividade física (BERGER & McINMAN, 1993; DISHMAN, 1993, 1994; DISHMAN, DARRACOTT & LAMBERT, 1992; FRANKLIN, 1998; KING, BLAIR, BILD,

DISHMAN, DUBBERT, MARCUS, OLDRIDGE, PAFFENBARGER Jr, POWELL & YEAGER, 1992; OKUMA, 1997; ROBERTSON & MUTRIE, 1989; SALLIS & HOVELL, 1990; WANKEL, 1993). De uma forma geral, estes determinantes são divididos em fatores pessoais e fatores situacionais.

- *Fatores Pessoais*

- Sexo

BERGER (1993) indica vários autores que concluíram que não há diferenças entre homens e mulheres em relação à prática de uma atividade física. STEPHENS, JACOB & WHITE (In: KING, 1992) concordam com esta afirmação quando se considera atividade leve e moderada. Contudo, quando se fala em atividades vigorosas, constataram que a participação das mulheres é menor do que a dos homens. Para LANGEMO, VOLDEN, OECHSLE & ADAMSON (1990), mais mulheres adotam comportamentos de promoção de saúde, entre eles a prática de atividade física. Os homens, por sua vez, apresentam uma maior manutenção da prática de exercícios do que as mulheres.

De acordo com o *Canadá Fitness Survey* (In: WANKEL, 1988), enquanto 14% das mulheres indicaram sua preferência em se exercitar em grupo, apenas 8% dos homens revelaram esta mesma opinião.

Em um Programa de Reabilitação Cardíaca, segundo KING (1992), a participação dos homens é superior a das mulheres. No centro de reabilitação cardíaca que está sendo estudado nesta pesquisa, o número de homens é muito maior do que de mulheres. Praticamente 80% dos alunos são do sexo masculino. Pode-se notar também uma diferença de interesse pelo exercício. Geralmente a mulher está mais preocupada com a estética. Já os homens, com a saúde e também com o auxílio à prática de algum esporte que tenha como hobby.

- Idade

Com relação à idade, SALLIS & HOVELL (1990) observam o fato de que, durante o período de faculdade e de início da vida profissional, por se tratar de

uma fase de transição, ocorre uma grande diminuição na participação dos indivíduos em programas de atividade física.

Estudos verificam que a preferência por determinadas atividades se modifica dependendo da idade da população estudada. Indivíduos mais velhos geralmente não participam de atividades vigorosas. Ao invés de correr, adotam a prática de atividades mais leves como andar (ALDANA & STONE, 1991).

Atualmente, muitos idosos deixam de fazer exercícios devido às dificuldades da cidade grande. A violência e o trânsito os assustam deixando-os inseguros fazendo-os preferir ficar dentro de casa.

Outro fator que faz com que haja poucos idosos se exercitando é o preconceito da sociedade com relação às pessoas mais velhas. Apesar deste preconceito ter diminuído nos últimos anos, ainda existem comentários maldosos de adultos jovens quando vêem pessoas mais velhas nas academias.

- Condições de Saúde

Um dos principais fatores que levam ao abandono da prática de exercícios são problemas médicos (LEE & OWEN, In: BIDDLE, 1988). Além disso, aqueles que acreditam que a atividade física tem pouco valor para a saúde também participam menos (KING, 1992). Já, indivíduos que têm uma consciência de seu problema de saúde, tendem a aderir mais ao exercício (BERGER, 1993). DISHMAN (1993) como citado anteriormente, discorda desta posição e afirma que o conhecimento de alguma doença, ou o risco de saúde são fatores insuficientes para motivar a prática.

Tanto BERGER (1993) como DISHMAN (1993) e KING (1992) indicam que pessoas obesas tendem a ter menor adesão e manutenção em atividades físicas. A obesidade é inversamente proporcional aos níveis de atividade física (KING, 1992). Este dado mostra claramente a importância que as pessoas dão para a estética e a percepção de sucesso ou fracasso como citado na teoria da auto-eficácia. Muitas vezes as pessoas obesas não fazem exercícios por vergonha do seu próprio corpo e por se sentirem incapazes de realizar determinadas tarefas.

Estes indivíduos, os que mais precisam, acabam se afastando de forma drástica de centros de ginástica.

-Fumo

Vários estudos mostram uma fraca associação entre o fumo e a prática de atividade física (DISHMAN, 1993; KING, 1992). No estudo realizado por KING (1992), todavia, os resultados indicaram que, apesar de não haver diferenças significativas na porcentagem de fumantes entre grupos ativos e não praticantes e praticantes no passado, houve uma tendência entre os indivíduos do grupo de não praticantes em fumar mais cigarros por dia do que indivíduos dos outros dois grupos. Já BERGER (1993) indica pesquisas em que os fumantes têm maior índice de desistência de programas de exercícios.

Tanto o fumo como a vida sedentária, são hábitos que prejudicam a saúde e a qualidade de vida. O que se observa é que muitas vezes, através do exercício, ou seja, após a pessoa começar a fazer parte de um programa de ginástica, convivendo com outros indivíduos que tem uma consciência maior em relação aos aspectos relacionados à saúde, a pessoa pode abandonar o cigarro. Em várias situações, um hábito de vida saudável acaba sendo o responsável pela mudança de outros hábitos.

- Raça/ Ocupação/ Educação

São poucos os estudos envolvendo diferentes raças. A maior parte dos estudos envolve apenas a raça branca e negra e, geralmente, as evidências são em torno das diferenças sócio-econômicas e culturais.

KING (1992), indica que a relação entre ocupação e atividade física não apresenta conclusões significativas, pois enquanto alguns estudos não apontam nenhuma relação, outros mostram que os indivíduos que desempenham ocupações de baixo escalão participam menos quando comparadas aos de alto escalão. Nota-se que cargos inferiores, são desempenhadas por pessoas com poder aquisitivo menor, e com um nível sócio-econômico e cultural mais baixo, o que também interfere na adesão.

Já o nível de educação está positivamente associado a atividades físicas não supervisionadas, de acordo com estudos apontados por KING (1992). OLDRIGDE (In: DISHMAN, 1993) constatou que participantes de um programa de medicina preventiva têm um nível mais elevado de educação do que não participantes. Em outro estudo realizado por OLDRIGDE (In: BERGER, 1993), concluiu-se que o maior índice de desistência de um programa de reabilitação cardíaca por parte dos indivíduos com menor escolaridade deve-se ao fato de que estas pessoas não têm uma boa compreensão tanto da doença, como também do processo de reabilitação.

Não se pode deixar de lado o fato de que geralmente os programas de Reabilitação Cardíaca são caros, dificultando o acesso de pessoas com um nível de escolaridade menor que como consequência acabam tendo um nível econômico também menor.

- Histórico de atividades/ Estados psicológicos/ Interesse na participação

Apesar de não haver ainda estudos conclusivos que mostrem uma correlação forte entre participação em atividade física no colégio e participação na vida adulta, DISHMAN (1993) considera de grande importância conhecer a história do indivíduo quanto a atividades físicas realizadas no passado porque isto pode servir para interpretar determinantes passados e presentes de participação. Segundo o autor, experiências com exercícios nos anos escolares podem contribuir, dando uma base maior de conhecimentos e habilidades a indivíduos na idade adulta. Geralmente, crianças que tiveram um bom professor de educação física, preocupado com todos do grupo e não somente com os mais habilidosos, irão aderir com mais facilidade a programas de exercícios.

Outro fator importante é o hábito dos pais de fazer exercícios. Quando os pais praticam alguma atividade física e desde cedo incentivam que os filhos também façam, estas crianças têm mais chance de se tornarem adultos ativos.

Com relação aos estados psicológicos, BERGER (1993) afirma que a maioria dos atributos de personalidade não parece influenciar na adesão ao exercício. Todavia, o fator de automotivação, segundo estudo realizado por

DISHMAN & ICKES (In: DISHMAN, 1993), parece estar relacionado ao comportamento ativo.

Muitas variáveis cognitivas foram testadas nos últimos anos para determinar se elas ajudam a prever e estão relacionadas com padrões de atividade física (WEINBERG & GOULD, 2001). De todas elas, a auto-eficácia (a crença que o indivíduo tem de que é capaz de realizar com sucesso um comportamento desejado) e a automotivação, revelaram-se os pontos mais consistentes de atividade física. DISHMAN & SALLIS, 1994 (In: WEINBERG & GOULD, 2002) afirmam que a automotivação diferencia adeptos de desistentes em muitas situações, incluindo centros de condicionamento físico, clínicas de medicina preventiva, unidades de reabilitação cardíaca, *spas* e academias de ginástica.

Para DISHMAN (1993) pessoas com a automotivação baixa tendem a aderir menos a programas de exercícios, se comparadas a indivíduos com automotivação alta. Porém, uma alta motivação pode levar os indivíduos a abandonarem o programa supervisionado e continuar a prática por conta própria (DISHMAN, 1993).

Em estudo realizado por NICHOLLS citado em FAZEY & BALLINGTON, 1992, verifica-se que os indivíduos procuram maximizar oportunidades em que eles podem demonstrar competência e tentam reduzir as situações em que a falta de habilidade é aparente. Assim, indivíduos que confiam em sua capacidade para realizar determinada tarefa, ou seja, que tem uma auto-eficácia, aderem mais à prática de exercícios (DISHMAN, 1993; KING, 1992).

WANKEL (1993) aponta também que sentimentos de satisfação e prazer influenciam a adesão ou não à prática de exercícios. Sentimentos de prazer, envolvidos na realização de uma atividade física é um determinante primordial para a manutenção da prática.

Segundo WEINBERG & GOULD (2002), muitas pessoas que não têm se exercitado regularmente sentem-se desconfortáveis em relação à prática de exercícios e tem vergonha de seus corpos. É importante também fornecer aos praticantes iniciantes um senso de sucesso e competência em seus programas de atividade física, pois este senso de sucesso pode levar a um aumento da

confiança, que por sua vez pode levar a um maior desejo de continuar a fazer exercícios. A relação entre confiança e adesão ao exercício parece ser de natureza circular (WEINBERG & GOULD, 2001).

Além da auto-eficácia e da automotivação, as evidências provam também que crenças e expectativas de benefícios do exercício estão associadas com níveis mais aumentados de atividade física e a adesão a programas de atividades físicas estruturados entre adultos (WEINBERG & GOULD, 2002). É importante então, informar as pessoas sobre os benefícios da atividade física regular, orientando-as também sobre formas de superar barreiras percebidas.

Com relação às pesquisas que investigam quais seriam os interesses em estar participando de um programa de exercícios, BIDDLE (1992) indica um estudo realizado no Canadá em que os principais motivos indicados por adultos participantes foram sentimento de bem-estar, divertimento, controle de peso, flexibilidade e redução de *stress*.

HEITMANN (1984), apresentou estudos reveladores apontando uma maior valorização da atividade física por adultos da meia-idade e idosos por razões estéticas, motivos sociais, do que saúde e *fitness*. Porém, uma pesquisa realizada por DUDA & TAPPE demonstrada em BIDDLE, 1992 revela a importância dada à saúde pelos indivíduos adultos e idosos.

- *Fatores Situacionais*

- Facilidade de acesso

DISHMAN (1993) indica uma pesquisa realizada com pacientes cardíacos em que foi demonstrado que exercícios realizados em casa podem incentivar a prática. BERGER (1993), apresenta alguns estudos que mostram que as pessoas não querem se deslocar muito para se exercitar, o que indica que quanto mais fácil o acesso ao local da prática, maior é o índice de participação.

Em uma cidade como São Paulo, é evidente o problema de acesso ao local de ginástica. As pessoas procuram fazer exercícios para melhorar a saúde, reduzir o *stress* e não querem ficar presas horas no trânsito para chegar à academia. O

grande estouro dos *Personal Trainer* deu-se justamente, por este fator. Pessoas com poder aquisitivo preferem pagar um professor que vá à sua casa e que lhe dê atendimento individualizado, sem ter que enfrentar os problemas de uma cidade grande.

-Qualidade de atendimento/ Características do programa

BERGER (In: SINGER et al, 1993) descreve um estudo realizado com uma população cardiopata, mostrando que a baixa atenção dos professores dispensada aos alunos durante a prática foi o fator predominante de desistência do programa.

O professor de educação física, como qualquer outro profissional que lida com outras pessoas, precisa se fazer presente, ou seja, é necessário que interaja e que observe seus clientes. Do mesmo modo que o cliente é fundamental para a empresa, os responsáveis pelo contato direto com os alunos, tem que convencê-los de que são os melhores do mercado, e que não existe outro serviço como o seu. Para que isto seja possível, o atendimento deverá ser exemplar e os professores deverão possuir muitos conhecimentos sobre a sua área de trabalho. Somente com conhecimento e experiência se cativa e se ganha mais alunos.

A intensidade da atividade e a percepção de esforço, em estudos indicados por KING (1992), evidenciam que as pessoas preferem praticar atividades de intensidade moderada. Apenas 24% dos indivíduos estudados por ALDANA & STONE, 1991 participaram de atividades vigorosas.

Segundo WANKEL (1988), os programas de exercícios supervisionados devem ser suficientemente flexíveis para que se adaptem às preferências dos alunos. Um programa que atinja as preferências, interesses e expectativas das pessoas, provavelmente, induzirá à adesão e à manutenção da prática, pois desta forma, o envolvimento com a atividade será maior. Não adianta querer que um aluno faça esteira, por exemplo, se ele não gosta. Este indivíduo já irá para o ambiente de ginástica com seu humor alterado.

- Tempo/ Apoio

Em muitos estudos verificados, o maior inimigo da adesão a programas de atividade física é a falta de tempo. Tanto praticantes como não praticantes citam este fator como a principal barreira para a prática de exercícios (ROBERTSON & MUTRIE, 1989; BIDDLE, 1985; DISHMAN, 1993). Porém, a falta de tempo vai depender dos interesses individuais e prioridades que a pessoa tem. Indivíduos podem afirmar que não tem tempo de praticar exercícios, pois no seu tempo livre preferem dormir um pouco mais, ou chegar em casa mais cedo.

Segundo estudos revisados por BERGER (1993), adultos que têm apoio do parceiro ou da família tem maior probabilidade de aderir a um programa de exercícios. Para DUNCAN, DUNCAN & McAULEY (1993) o apoio social é um mecanismo que está intimamente ligado à manutenção de vários comportamentos de promoção de saúde, como recuperação de doenças cardiovasculares, abandono do hábito de fumar e participação regular em programas de exercícios.

É notável a manutenção de comportamentos ativos e uma alta assiduidade por pessoas que fazem ginástica junto com seus cônjuges, ou que vão para a academia junto com seus filhos ou em grupo de amigos.

Os determinantes descritos acima podem ter uma influência tanto negativa como positiva com relação à adesão e a prática de exercícios físicos, dependendo do tipo de interferência que exercem sobre o indivíduo. Entretanto, são fatores que influenciam todas as pessoas que pretendem começar um programa de exercícios, de uma forma mais intensa para alguns e com menos intensidade para outros. Isto nos leva à formulação de algumas questões relacionadas com o comportamento de aderência de pessoas a um programa de Reabilitação Cardíaca, abaixo relacionadas.

4 HIPÓTESES DESCRITIVAS

- Será que os indivíduos que aderem ao programa estão primeiramente preocupados com os aspectos relacionados à saúde?

- Será que o apoio da esposa, de filhos e amigos interfere neste comportamento?

-Será que a atenção e indicação ao exercício feita por professores e pelo médico particular são fundamentais para a aderência?

5 JUSTIFICATIVA

A importância terapêutica da atividade física e, particularmente dos exercícios físicos individualizados, comprovada em inúmeras pesquisas, é inquestionável e considerada por pesquisadores expoentes da cardiologia como pedra angular da reabilitação cardíaca (CORTEZ & CORTEZ IN KISS, 2003).

A grande maioria da população brasileira não tem acesso a este tipo de serviço devido a problemas sócio-econômicos. Mesmo a pequena parcela privilegiada da população, que teria condições de freqüentar uma academia ou um centro de reabilitação, não o faz, em sua maioria. Muitos nunca iniciaram um programa de ginástica e outros acabaram desistindo antes de conseguir algum benefício.

O exercício é fundamental para a saúde e uma boa qualidade de vida. Sendo assim, é imprescindível o estudo de meios para fazer com que as pessoas se tornem e se mantenham ativas. Os fatores que influenciam a aderência devem ser analisados e estudados para que seja possível formular programas de exercícios que realmente agradem e satisfaçam as necessidades dos participantes.

Nenhum comportamento existe sem uma causa motivadora que o determine. Para os professores, o estudo da motivação humana representa uma necessidade amplamente reconhecida, onde o conteúdo e método do programa devem sempre que possível respeitar os motivos individuais e os da comunidade em que vivem seus alunos, para que os mesmos não sejam por toda a vida sedentários

6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo delimitar-se-á a pesquisar opiniões de pessoas com idade cronológica entre 50-65 anos, com mais de cinco anos inscritos no programa de Reabilitação Cardíaca de uma mesma instituição e que ainda exercem suas funções profissionais no mercado de trabalho. Salientamos que todos os participantes são do sexo masculino, devido a dificuldade de se encontrar mulheres com as características pré-definidas e que todos os participantes deste projeto de pesquisa, foram orientados a começar o condicionamento, devido a seus problemas de saúde .

Os dados serão coletados através do instrumento de pesquisa denominado *EMQ – Exercise Motivation Questionnaire*, que tem como objetivo investigar os aspectos motivacionais que influenciam a manutenção destes indivíduos dentro de um programa de exercícios.

A participação no estudo é facultativa, os sujeitos poderão deixar de participar caso o protocolo da conduta de informações não esteja atendendo suas expectativas pessoais.

Em razão de a pesquisa ser realizada em apenas uma instituição, a presente metodologia apresenta limitações que são relevantes com relação aos resultados e à generalização dos dados obtidos.

7 MATERIAL E MÉTODO

7.1 Sujeitos

Do trabalho final deverão fazer parte vinte e quatro alunos de um programa privado de Reabilitação Cardíaca que fazem exercícios há pelo menos cinco anos ininterruptos. Todos indivíduos são do sexo masculino, da mesma classe social,

com idade entre 50 a 65 anos. É importante para a pesquisa que todos os participantes ainda exerçam suas atividades profissionais.

7.2 Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora no Projeto Piloto e na Pesquisa seguindo os mesmos critérios.

Na primeira fase do protocolo de conduta será feita uma reunião com os sujeitos para informá-los sobre o desenvolvimento do estudo e coletar informações para a seleção dos indivíduos que participarão da pesquisa. Posteriormente, será entregue o termo de consentimento para todos os sujeitos selecionados. O termo será preenchido de forma individual e sem interferência do pesquisador.

Na segunda fase, será entregue o instrumento de pesquisa que será preenchido depois de todas as dúvidas serem sanadas pela pesquisadora. Os dados serão coletados no próprio salão de ginástica da academia, de forma individualizada, para que não ocorra interferência nas respostas. Após a coleta, os dados serão analisados e estudados.

7.3 Instrumento

Tendo em vista os objetivos deste estudo, a preocupação com a escolha do instrumento foi o que pudesse fornecer meios para comprovar as hipóteses formuladas.

O instrumento escolhido para o presente estudo é denominado *Exercise Motivation Questionnaire*. Foi criado e desenvolvido por Kimberley L. Gammage para sua tese de doutorado defendida na Universidade da Carolina do Norte, em 1998. Este instrumento de pesquisa foi validado nos Estados Unidos sob a coordenação e direção de Diane E. Stevens.

No Brasil ele passou por processo de adaptação para a língua portuguesa e também para a população que seria estudada. Foi traduzido por um tradutor bilíngüe e submetido a três avaliadores especialistas nas concepções norteadas do estudo. Além disso, foi realizado um projeto piloto para verificar se realmente o instrumento escolhido responderia as questões pré-formuladas.

Conforme PASQUALI (1999, p. 53), esta análise, mais propriamente chamada de análise de constructo, procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s), cujos juízes devem ser peritos na área do constructo. Para o autor, devem ser avaliados os itens que medem compreensão verbal, fluência verbal e de raciocínio verbal.

Segundo esta metodologia foi elaborado um questionário aos juízes com perguntas contendo opções concorda ou discorda e sugestões (APÊNDICE 4):

1) Quanto à estética do Inventário

a) Quanto ao Título do Inventário

2) Quanto ao conteúdo dos itens do Inventário

- a) Algum (s) item (s) do Inventário deve (m) ser alterado (s)
- b) Acrescentaria algum (s) item (s) no Inventário
- c) Tiraria algum (s) item do inventário
- d) Quanto à adequação do número de itens do Inventário
- e) Quanto à compreensão dos termos e do sentido das frases do Inventário

As observações finais dos juízes foram analisadas juntamente com as dúvidas que surgiram durante o projeto piloto para que as mudanças necessárias fossem feitas no Instrumento antes de ser aplicado na Pesquisa final.

O Questionário escolhido está sendo utilizado com o objetivo de obter informações sobre as possíveis dimensões que norteiam o comportamento ativo de homens com as características descritas acima. O instrumento não coloca em risco a saúde física e mental dos sujeitos.

8 PESQUISA FINAL

O trabalho final contou com a participação de nove indivíduos do sexo masculino com idade entre 50 a 65 anos que fazem parte à pelo menos cinco anos de um programa privado de reabilitação cardíaca na cidade de São Paulo. Todas as pessoas pesquisadas ainda exercem suas atividades profissionais. O número de amostra não pode ser maior devido à dificuldade de encontrar pessoas nesta faixa etária com cinco anos de ginástica ininterruptos e que ainda trabalham.

A coleta de dados foi feita logo após o término das atividades de cada aluno. Os instrumentos foram respondidos de forma individualizada depois dos pedidos de autorização da instituição e das pessoas envolvidas terem sido efetivados.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Devido ao número restrito de participantes, ou seja, vinte e quatro indivíduos, foi feita uma análise descritiva dos dados visando encontrar um comportamento comum dos alunos pesquisados.

Os dados foram agrupados em categorias de respostas. Para as questões cujas respostas são qualitativas ordinais, foi utilizada uma escala numérica onde foi possível trabalhar com médias e seus respectivos significados dentro da escala qualitativa ordinal.

Nas questões referentes aos fatores que influenciam a prática esportiva, foi feita uma comparação entre fatores de influência. Já nas questões referentes às preocupações dos indivíduos que se exercitam, as trinta e seis afirmativas, foram classificadas em sete grupos abaixo descritos:

- saúde e fitness
- diversão

- auto-apresentação
- peso e aparência
- social
- benefícios psicológicos
- prevenção de doenças

Para cada grupo e para cada afirmação foi calculado o grau médio de concordância, sendo possível identificar qual apresentava maior peso para o grupo estudado.

- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Através do instrumento utilizado, muitos dados foram obtidos. Com a primeira parte do inventário obtivemos informações biográficas sobre os participantes. Entre elas: porcentagem por faixa etária, grau de escolaridade dos indivíduos pesquisados, percepção com relação ao próprio nível de condicionamento físico, frequência semanal de sessões de ginástica, tempo dedicado aos exercícios com relação a outras pessoas da mesma faixa etária e tempo dedicado ao exercício na companhia de outras pessoas.

Com relação à idade, dentro do grupo pré-selecionado, predominou a faixa etária entre 61 a 65 anos. É importante observar que a maioria dos alunos não colocou a sua idade, porém devido à limitação do estudo podemos afirmar que todos estão entre 50 a 65 anos (ANEXO 5).

TABELA 1. Porcentagem por faixa etária dos participantes da pesquisa.

Faixa etária	Freq.	Freq. Rel. (em %)
50 --- 55	1	11,1
56 --- 60	1	11,1
61 --- 65	2	22,2

Não Resp.	5	55,6
Total	9	100,0

Os indivíduos pesquisados foram questionados sobre o grau de escolaridade e o curso de graduação que fizeram. Todos possuem nível superior e dentre os cursos mencionados 33,3% são da área Biológicas, 44,5% da área de Exatas e 11,1% da área de Humanas. Para 11,1% não foi possível identificar a área de atuação, pois estes não mencionaram o curso.

TABELA 2. Dados obtidos com relação à formação Acadêmica dos participantes.

Cursos	Freq	Freq. Rel. (em %)
Adm. de Empresa	1	11,1
Direito (Pós)	1	11,1
Engenharia	1	11,1
Medicina	3	33,4
Superior	1	11,1
Superior - Economia	1	11,1
Superior Engenharia Civil	1	11,1
Total	9	100,0

Os alunos pesquisados foram questionados sobre o seu atual nível de condicionamento físico. Com relação a esta questão, havia seis possíveis respostas; Baixo, Abaixo da média, Médio, Bom, Muito bom e Excelente, atribuindo valores a cada resposta, mostrado na tabela 4, foi possível calcular a média dos valores respondidos. O valor médio obtido foi quatro, correspondente

ao nível de condicionamento Bom. Analisando as respostas dos participantes observa-se que para 55,6% dos pesquisados seu atual nível de condicionamento físico pode ser descrito como Bom, Médio para 33,3% e Muito Bom para 11,1%. A maioria dos participantes está satisfeita com sua atual condição física (ANEXO 6).

TABELA 3. Valores atribuídos as possíveis respostas com relação da questão sobre a percepção dos alunos com relação a sua atual condição física.

Nível de condicionamento	Valores
Baixo	1
Abaixo da média	2
Médio	3
Bom	4
Muito Bom	5
Excelente	6

TABELA 4. Dados obtidos com relação à Percepção do participante quanto a sua condição física atual.

Nível	Freq	Freq. Rel. (em %)
Bom	5	55,6
Médio	3	33,3
Muito Bom	1	11,1
Total	9	100,0

Os resultados obtidos relacionados à frequência semanal com que os indivíduos estudados se exercitam, estão apresentados na Tabela 5. Os alunos pesquisados fazem atividades físicas em média três vezes por semana. Os dados encontrados foram: 66,7% dos pesquisados se exercitam 3 vezes por semana, 22,2% 4 vezes por semana e 11,1% 4 ou 5 vezes por semana, conforme tabela a seguir (ANEXO 7).

Podemos observar que todos seguem o que o American College of Sports Medicine prescreve e que também é defendido por esta instituição. Os alunos quando iniciam o programa são orientados a fazer exercícios pelo menos três vezes por semana.

TABELA 5. Resultados obtidos com relação à frequência semanal da prática de exercícios.

Numero de vezes	Freq	Freq. Rel. (em %)
3	6	66,7
4	2	22,2
4 ou 5	1	11,1
Total	9	100,0

Analisando a intensidade e duração do exercício, os dados obtidos mostram que todos os alunos pesquisados consideram o esforço despendido durante a prática de exercício um pouco pesado e todos se exercitam por 1 hora ou mais por sessão.

Perguntou-se no questionário, com relação às outras pessoas de mesma faixa etária e sexo, como o aluno avaliaria o tempo que se dedica aos exercícios. Atribuindo valores a cada resposta, conforme tabela abaixo, foi possível calcular um valor médio.

TABELA 6. Valores Atribuídos às possíveis respostas da questão sobre o tempo despendido com atividades físicas comparado a indivíduos da mesma faixa etária e sexo.

Tempo	Valores
Muito menos	1
Menos	2
Equivalente	3
Mais	4

Com relação a outras pessoas de mesma faixa etária e mesmo sexo, o tempo médio de dedicação segundo a percepção da maioria dos alunos estudados, seria equivalente. Verificando a distribuição das respostas entre os pesquisados, têm-se os seguintes resultados: Para 44,4% dos pesquisados o tempo dedicado aos exercícios em comparação a outras pessoas de mesma faixa etária e sexo é Equivalente, Maior para 33,3% e Menor para 11,1%. 11,1% Não Responderam a questão. Esta afirmação dos alunos pode ser verdade para a realidade vivida pelos mesmos os quais devem conviver com pessoas ativas, porém sabemos que no Brasil poucas pessoas se exercitam principalmente nesta faixa etária (ANEXO 8).

TABELA 7. Comparação de tempo de exercício com outras pessoas da mesma faixa etária e sexo.

Tempo	Freq	Freq. Rel. (em %)
Equivalente	4	44,4
Mais	3	33,3
Menos	1	11,1
Não Resp	1	11,1
Total	9	100

Para encerrar esta primeira parte do inventário foi questionada a porcentagem de tempo que o aluno se exercita sozinho, com um companheiro, com 2 a 5 pessoas, com 11 a 25 pessoas e com mais de 25 pessoas. Os resultados encontrados podem ser analisados na tabela abaixo (ANEXO 9).

TABELA 8. Resultados obtidos com relação à porcentagem de tempo que estes alunos pesquisados se exercitam nas seguintes situações.

Sozinho	Com companheiro	Com 2-5 pessoas	Com 11-25 pessoas	Com mais 25 pessoas
		100		
	10	20	70	
10	10	70		10
10	20	40	30	
20		80		
80				

80		20		
80	20			

A maioria dos entrevistados se exercita a maior parte do tempo sozinho ou com 2 a 5 pessoas. Estas duas situações juntas somam 78,2% do tempo mencionado, sendo 42,3% do tempo sozinho e 35,9% com 2 a 5 pessoas. 12,8% do tempo se referem à prática de exercícios com 11 a 25 pessoas, 7,7% com um companheiro (a) e 1,3% com mais de 25 pessoas. É importante salientar que este programa de Reabilitação Cardíaca as quais as pessoas pesquisadas fazem parte, começa às 6:00 am e termina às 21:30 pm. Dentro deste horário os alunos podem fazer sua ginástica no horário que for mais conveniente. Muitos preferem os horários mais tranquilos e por isso na maioria dos casos estão treinando sozinhas ou com um número pequeno de companheiros.

A segunda parte do inventário tinha como objetivo identificar alguns fatores que influenciam a motivação dos indivíduos para que os mesmos se engajem em programas de exercícios regulares e que não os abandonem. Foi pedido a cada entrevistado que indicasse a extensão da influência que o professor, os colegas de ginástica, amigos, mãe, pai, irmão, irmã, ele mesmo, esposo (a) /companheiro (a), médico e outros exercem sobre a sua motivação pessoal para o exercício.

As perguntas feitas para avaliar a extensão de influência na prática de exercício foram:

- 1) Meu desejo para exercitar-me é modificado por:
- 2) Meu desejo para exercitar-me é motivado por minha/ meu _____ devido à consequência em meu peso e aparência.
- 3) É importante para mim que meu/ minha _____ saiba que estou me exercitando.
- 4) É importante para mim que meu/ minha _____ saiba que eu tenho sucesso e atinjo meus objetivos no exercício
- 5) É importante para mim como meu minha/ minha ____ se sentiria se eu parasse de me exercitar.

Para análise atribuímos valores a cada nível de influência. Conforme tabela a seguir. Com os valores atribuídos calculou-se o valor médio para cada fator de influência em cada uma das cinco questões.

TABELA 9. Valores atribuídos para cada extensão de influência das possíveis respostas para as cinco afirmações acima.

Influência	Valores
N/A	0
Nunca	1
Raramente	2
Um pouco	3
Ocasionalmente	4
Freqüentemente	5
Sempre	6

Os dados encontrados na afirmação “ Meu desejo para exercitar é modificado por:”, indicam que o desejo para exercitar-se é sempre influenciado pela motivação do próprio aluno, ou seja, pela sua motivação intrínseca. Como visto na revisão de literatura, a pessoa com motivação intrínseca para o exercício, tem prazer na própria tarefa (WEINBERG & GOULD, 2001), sente-se bem pelo fato de ser ativa. A realiza porque gosta e não para satisfazer vontades alheias. Freqüentemente o desejo para exercitar-se é influenciado pela esposa (o). Vários estudos demonstram que quando a esposa/esposo, companheiro/companheira apóiam a vida ativa o número de desistência aos programas é muito menor. Com citado por FRANKLIN (1988), é evidente a importância do apoio do cônjuge para uma maior aderência frente ao exercício. Com mesmo peso, encontramos a influência do médico. É nítida a importância de uma indicação convicta sobre o

exercício dada pelo médico aos seus pacientes. Muitos não abandonam o programa por medo de levarem bronca de seus médicos particulares. A presença de um cardiologista dentro da estrutura de um programa de Reabilitação também é fundamental para que os alunos se sintam mais seguros com relação à prática de exercícios. O professor, segundo esta amostra, ocasionalmente influenciaria este desejo. As outras opções apresentaram peso muito pequeno. Devido à faixa etária estudada (50-65 anos) é compreensivo que pai, mãe e irmãos não tenha grande influência sobre a prática de exercícios. Primeiramente porque a maioria não mora mais com os mesmos, e no caso dos pais muitos os já perderão. Caso este estudo fosse feito com crianças e adolescentes, o peso seria muito maior. Os resultados podem ser vistos na tabela 10.

TABELA 10. Dados obtidos na primeira afirmação: Meu desejo para exercitar-me é modificado por:

Influência do	Média	Grau de influência
Professor	4	Ocasionalmente
Colegas de ginástica	3	Um pouco
Amigos	3	Um pouco
Mãe	1	Nunca
Pai	1	Nunca
Irmão	2	Raramente
Irmã	3	Um pouco
Eu mesmo	6	Sempre
Esposo(a) ou comp.	5	Freqüentemente
Médico	5	Freqüentemente
Outros	0	N/A

Considerando a afirmação dois que inclui a importância do peso e aparência ao desejo de se exercitar, os dados encontrados são semelhantes ao da primeira. O maior peso continua sendo suas próprias percepções com relação as suas aparências. O médico para esta questão só influenciaria ocasionalmente.

TABELA 11. Dados obtidos na segunda afirmação: Meu desejo para exercitar-me é motivado por minha/ meu devido à consequência em meu peso e aparência.

Influência do	Média	Grau de influência
Professor	4	Ocasionalmente
Colegas de ginástica	3	Um pouco
Amigos	3	Um pouco
Mãe	1	Nunca
Pai	1	Nunca
Irmão	3	Um pouco
Irmã	2	Raramente
Eu mesmo	6	Sempre
Esposo(a) ou comp.	5	Freqüentemente
Médico	4	Ocasionalmente
Outros	0	N/A

A terceira afirmativa tinha o interesse de saber dos alunos pesquisados, se para eles era importante que alguém soubesse que faziam exercícios. As respostas encontradas mostram que primeiramente é importante para os mesmos saberem que estão fazendo exercícios, freqüentemente é importante que o

Professor, o Esposo (a) ou companheiro(a) e o Médico saibam. Ocasionalmente para os Amigos. Um pouco para os Colegas de ginástica, Irmão e Irmã. Raramente para a Mãe e nunca para o Pai. Estes dados são mostrados na tabela a seguir.

TABELA 12. Dados obtidos na terceira afirmação: É importante para mim que meu/ minha _____ saiba que estou me exercitando.

Influência do	Média	Grau de influência
Professor	5	Freqüentemente
Colegas de ginástica	3	Um pouco
Amigos	4	Ocasionalmente
Mãe	2	Raramente
Pai	1	Nunca
Irmão	3	Um pouco
Irmã	3	Um pouco
Eu mesmo	6	Sempre
Esposo(a) ou comp.	5	Freqüentemente
Médico	5	Freqüentemente
Outros	0	N/A

Na revisão de literatura feita, foi mostrado como é importante para a manutenção da pessoa dentro do programa de ginástica, saber que é capaz de realizar a tarefa estipulada com êxito. Tanto a teoria do Comportamento Planejado, desenvolvida por AIZEN & MADDEN (1986), como a teoria da Proteção Motivacional, defendida por ROGERS (1975), afirmam que a percepção da pessoa acerca de sua capacidade de realizar um comportamento afetará a sua motivação

perante o mesmo. Desta forma é fundamental que os professores prescrevam atividades individualizadas para cada aluno levando em consideração sua condição física e objetivos. Na afirmativa de número quatro podemos verificar que é fundamental para os alunos estudados, conseguir realizar a atividade com sucesso, provando o quanto é importante uma prescrição adequada. Caso o aluno não consiga atingir seus objetivos poderá desistir do programa por se sentir incapaz. Consideram também que o professor, o médico e a esposa (o), devam saber de seu sucesso dentro do programa. A extensão da influência pode ser observada na tabela abaixo.

TABELA 13. Resultados obtidos na quarta afirmação: É importante para mim que meu/ minha _____ saiba que eu tenho sucesso e atinjo meus objetivos no exercício.

Influência do	Média	Grau de influência
Professor	5	Freqüentemente
Colegas de ginástica	3	Um pouco
Amigos	4	Ocasionalmente
Mãe	2	Raramente
Pai	1	Nunca
Irmão	3	Um pouco
Irmã	3	Um pouco
Eu mesmo	6	Sempre
Esposo(a) ou comp.	5	Freqüentemente
Médico	5	Freqüentemente
Outros	0	N/A

A última afirmativa leva em consideração a importância de como as pessoas se sentiriam caso parassem de se exercitar. Novamente o peso maior foi dado a eles próprios. Ou seja, são pessoas que vêem importância no exercício e que provavelmente não se sentiriam bem caso tivessem que parar. Também se preocupam em como sua esposa (o) e seus professores se sentiriam. Os resultados encontrados podem ser vistos na tabela abaixo. A extensão da influência pode ser vista na tabela abaixo.

TABELA 14. Dados obtidos na quinta afirmação: É importante para mim como meu minha/ minha _____ se sentiria se eu parasse de me exercitar.

Influência do	Média	Grau de influência
Professor	5	Freqüentemente
Colegas de ginástica	3	Um pouco
Amigos	4	Ocasionalmente
Mãe	2	Raramente
Pai	2	Raramente
Irmão	2	Raramente
Irmã	1	Nunca
Eu mesmo	5	Freqüentemente
Esposo(a) ou comp.	4	Ocasionalmente
Médico	4	Ocasionalmente
Outros	0	N/A

Analisando todas as afirmativas respondidas desta segunda parte do questionário, se verifica que para todas as questões a influência de Outros foi considerada não aplicável. Comparando a extensão média de influência das cinco

afirmações, observa-se uma tendência em comum. Conforme gráfico em ANEXO de número 10.

Para as cinco questões o que sempre influencia na prática de exercícios é o próprio aluno, freqüentemente Médico, o Esposo(a) ou companheiro(a) e o Professor. Um pouco da influência é dos Colegas de ginástica e Amigos. A influência dos irmãos varia de nunca a um pouco e dos pais de nunca a raramente.

Como resultado desta parte do questionário foi possível observar que em média o desejo de exercitar-se é Sempre modificado pelo próprio aluno que a pratica. Como já visto na revisão de literatura e citado anteriormente, a motivação intrínseca é fundamental para uma manutenção do comportamento ativo. Indivíduos que tem prazer na atividade e que percebem a importância de um bom condicionamento físico são fiéis aos programas de ginástica. Mesmo esta amostra sendo pequena, verificamos a importância da auto-motivação para uma boa aderência ao programa. Conforme ARCHER (1990), podemos fazer com que uma pessoa que não tenha este tipo de motivação a adquira se conseguirmos implantar na mesma uma necessidade. Ou seja, tanto médicos como professores, sabendo da importância do comportamento ativo, precisam fazer com que seus alunos vejam os exercícios como uma necessidade para a sua vida. Somente desta forma se motivarão a fazer ginástica e não a abandonarão.

A esposa (o) ou companheira(o) freqüentemente influenciam a permanência de seus companheiros no programa de ginástica. Este dado também está de acordo com alguns estudos presentes na revisão de literatura.

O Médico é outro ponto forte quando falamos de manutenção de indivíduos dentro de um programa de Reabilitação Cardíaca. A maioria dos pesquisados se importam com o fato do médico saber que estão se exercitando.

Com relação ao professor de educação física, o grupo estudado na maioria das afirmações respondeu que os mesmos não teriam uma influência tão forte. Acredito que esta resposta mude quando a número de pessoas estudadas for

mais significativo. Concordando com os estudos lidos para a revisão de literatura creio em uma maior importância do professor de educação física para a manutenção de um comportamento ativo.

Para a maioria dos alunos que participaram da pesquisa seu desejo para exercitar-se seria pouco influenciado por colegas de ginástica. Um aspecto muito forte em todos estudos que falam sobre motivação e aderência é o lado social dos exercícios físicos. Ou seja, muitos indivíduos acabam fazendo amizades no ambiente de ginástica e mantêm o comportamento ativo somente para poder encontrar um grupo de pessoas. Este aspecto, para estes alunos que participaram do projeto piloto, não ficou em evidência. Pode ser que com uma amostra maior, outros resultados sejam encontrados. Um fator que pode ter influenciado é o fato de que a instituição estudada tem uma grande flexibilidade de horários. Desta forma, os alunos acabam variando muito o horário de exercícios devido aos seus compromissos profissionais. Não formam um grupo. Com indivíduos mais velhos e aposentados, a realidade é outra. Procuram freqüentar a ginástica no mesmo horário todos os dias fortalecendo o vínculo com os companheiros. Os irmãos e os pais pouco influenciariam, com visto anteriormente.

Muitos dos dados encontrados estão de acordo com as hipóteses pré-formuladas, entre eles a importância do apoio da esposa (o) para o comportamento ativo, e o incentivo de médicos e professores para o mesmo.

A terceira etapa do questionário tinha como objetivo verificar quais seriam as reais preocupações dos indivíduos que se mantêm dentro do programa de exercícios, foram feitas 36 afirmativas onde os entrevistados responderam o grau de concordância com cada uma delas. Novamente, para analisar os dados atribuímos valores ao grau de concordância. Conforme tabela na página a seguir.

TABELA 15. Valores atribuídos para o grau de concordância para cada possível resposta das afirmações feitas.

Grau de concordância	Valores
Discordo totalmente	1
Discordo em parte	2
Indiferente	3
Concordo parte	4
Concordo totalmente	5

As 36 afirmativas foram classificadas em 7 grupos de acordo com o tema que abrangia: Saúde e Fitness, Diversão, Auto apresentação (preocupação do indivíduo com relação a como os outros o vêem), Peso e Aparência, Integração-Social, Benefícios psicológicos e Prevenção de doenças. Estas afirmações foram colocadas no inventário de forma aleatória.

Para cada grupo calculou-se o grau médio de concordância. Conforme tabela abaixo (ANEXO 11).

TABELA 16. Resultados obtidos com relação ao grau de concordância relacionados a cada grupo: auto-apresentação, benefícios psicológicos, diversão, peso e aparência, prevenção de doenças, saúde e fitness e aspectos sociais.

Preocupações	Média	Concordância
Auto apresentação	2	Discordo em parte
Benefícios psicológicos	3	Indiferente
Diversão	3	Indiferente
Peso e aparência	4	Concordo em parte
Prevenção de doenças	5	Concordo totalmente

Saúde e fitness	4	Concordo em parte
Social	2	Discordo em parte

A principal preocupação dos indivíduos que se exercitam é a Prevenção de doenças, seguidas de Peso e aparência e Saúde e fitness. As preocupações com os Benefícios psicológicos e Diversão são indiferentes. Este resultado encontrado está de acordo com a hipótese formula anteriormente, ou seja, os alunos de um programa de Reabilitação Cardíaca, realmente estão preocupados com os aspectos relacionados à saúde. Este dado pode estar correlacionado com o fato de que estas pessoas pesquisadas já tiveram algum problema de saúde e começaram a fazer exercícios justamente para evitar novas complicações.

Na tabela da página seguinte é possível verificar o grau de concordância com cada afirmativa feita.

TABELA 17. Dados obtidos relacionados ao grau de concordância para cada uma das afirmativas apresentadas.

Grupos	Afirmativas	x	Concordância
Auto apresentação	Me exercito porque gosto que as pessoas comentem sobre minha aparência	3	Indiferente
Auto apresentação	Me exercito para me sentir atraente para as outras pessoas	2	Discordo em parte
Auto apresentação	Me exercito porque gosto que as pessoas comentem sobre minha condição física	2	Discordo em parte
Auto apresentação	Me exercito para estar sexualmente bem	3	Indiferente
Auto apresentação	Quando pratico exercícios comparo minha aparência com a dos outros.	2	Discordo em parte
Auto apresentação	A possibilidade de ficar melhor fisicamente que os outros, me motiva a fazer exercícios	2	Discordo em parte
Auto apresentação	Aprovação e elogios são importantes para que me mantenha motivado a fazer exercícios.	3	Indiferente
Benefícios psicológicos	Me exercito para diminuir a ansiedade	4	Concordo em parte
Benefícios psicológicos	Me exercito porque isto me ajuda a lidar com o stress	4	Concordo em parte
Benefícios psicológicos	O exercício me ajuda a lidar efetivamente com a raiva	2	Discordo em parte
Benefícios psicológicos	Me exercito, pois ajuda a controlar minhas tristezas	2	Discordo em parte
Diversão	Exercícios são interessantes	4	Concordo em parte
Diversão	Gosto muito de fazer exercícios	3	Indiferente
Diversão	Exercito-me por divertimento	2	Discordo em parte
Diversão	Exercito-me porque gosto de fazer exercícios	3	Indiferente
Diversão	Gosto da excitação de participar de exercícios	2	Discordo em parte
Peso e aparência	Exercito-me, pois quero perder peso	4	Concordo em parte
Peso e aparência	Exercito-me para ficar magro	4	Concordo em parte
Peso e aparência	Exercito-me para manter meu peso	4	Concordo em parte
Peso e aparência	Se faço exercício não me sinto gordo	3	Indiferente
Peso e aparência	Exercito-me para reduzir o risco de obesidade	4	Concordo em parte
Prevenção de doenças	Exercito-me para diminuir o risco de pressão alta	4	Concordo em parte
Prevenção de doenças	Exercito-me para reduzir o risco de doenças coronárias.	5	Concordo totalmente
Prevenção de doenças	Exercito-me para me proteger de doenças e mal-estar.	5	Concordo totalmente
Saúde e fitness	Exercito-me para aumentar minha massa muscular	3	Indiferente
Saúde e fitness	Exercito-me para me sentir fisicamente apto	4	Concordo em parte
Saúde e fitness	Exercito-me para melhorar minha saúde global	5	Concordo totalmente
Saúde e fitness	Exercito-me para definir meus músculos	3	Indiferente
Saúde e fitness	Exercito-me para melhorar meu alongamento	3	Indiferente
Saúde e fitness	Exercito-me para me manter fisicamente bem	4	Concordo em parte
Saúde e fitness	Exercito-me para melhorar minha resistência	4	Concordo em parte
Social	Exercito-me devido à camaradagem dos outros participantes	2	Discordo em parte
Social	Exercito-me para encontrar pessoas com os mesmos interesses	3	Indiferente

Social	Exercito-me para encontrar novos amigos	3	Indiferente
Social	Exercito-me, pois gosto de gastar meu tempo com meus amigos	2	Discordo em parte

9 conclusão

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSM'S **Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 6.ed.

Philadelphia, lippicott- Williams & Wilkins, 2000.

ALDANA, S.; STONE, W. Changing Physical Activity Preferences of American Adults. **Jornal of Physical Education, Recreation and Dance**, v.62, n. 4, p. 67-76, 1991.

ARCHER, E.R.; O mito da motivação. In: BERGAMINI, C.W.; CODA, R. **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança**.Ed. Pioneira, São Paulo, 1990.

BAUN, B. W.; BERNACKI, J. E. Who are corporate exercisers and what motivates them?. In DISHMAN, R. D. **Exercise Adherence. It's impact on public health**. Champaign Human Kinetics, 1988.

BERG, K. E. **Diabetic's Guide to Health and Fitness** – An Authoritative Approach to Leading an Active Life. Champaign, Leisure Press, 1986.

BERGER, B. G. Life- Span Development. In SINGER, R. N.; MURPHY, M.; TENNANT, L. K., **Handbook of Research in Sport Psychology**. New York, Mcmillan, 1993.

BIDDLE, S. Sport and Exercise Motivation : A Brief Review of Antecedent Factors and Psychological Outcomes of Participation. **Physical Education Review**, v.15, n.2, p. 98-110, 1992.

BLAIR, S. N. Exercise Within a Healthy Lifestyle. In DISHMAN, R. D. (ed.) . **Exercise Adherence** – It's Impact on Public Health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

BLASCO, T. El ejercicio como elemento de salud. **Actividad Física y Salud**, Martínez Roca, 2000

BUCHLER, R.D.D.; FERRAZ, A.S.; MENEGUELO, R.S. **Princípios Gerais e Aplicações de Reabilitação**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 6, n. 1, p. 11-22, 1996)

CORTEZ, J. A. A . ; CORTEZ, P. H. P. Prescrição de Treinamento para Sedentários e Grupos Especiais. In KISS, M. A. P. M. (ed.). **Esporte e Exercício**, Roca, 2003

DISHMAN, R. K.; GETTMAN, L. R. Psychobiologic Influences on Exercise Adherence. **Journal of Sports Psychology**, v.2, p. 295-310, 1980.

DISHMAN, R. K. Exercise Adherence . In SINGER, R. N. , MURPHY, M., TENNANT, L. K. (ed.). **Handbook of Research in Sport Psychology**. New York, Macmillan, 1993.

DISHMAN, R. K. **Introduction: consensus, problems, and prospects**. In: Advances in exercise adherence. Champaign, Human Kinetics, 1994.

DISHMAN, R. K. & SALLIS, J.F.(1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In:Comportamento e adesão ao Exercício. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**, (p. 402) Artmed, 2001.

DUNCAN, T.E. ; DUNCAN, S. C. ; McAULEY, E. The Role of Domain and Gender-Specific Provisions of Social Relations in Adherence to a Prescribed Exercise Regimen. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v.15, p.220-231, 1993.

FARDY, P. S.; FRANKLIN, B.A . Avaliação, Prescrição e Treinamento Baseado em Exercício. In FARDY, P.S.; FRANKLIN, B. A .; PORCARI, J.P.; VERRIL,D.E. **Técnicas de Treinamento em Reabilitação Cardíaca**. Editora Manole, 2001.

FALUDI, A.A. ; MASTROCOLLA, L.E. ; BERTOLAMI, M.C. **Atuação do Exercício Físico sobre os Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-5, 1996)

FAZEY, D. ; BALLINTON, N. Adult Female Participation in Physical Activity, Perception of Competence and Attitude Towards the Participation Motives of Other Women. **Physical Education Review**, v.15, n.1, p. 53-60.1992.

FORJAZ, C. L. M. ; TINUCCI, T. **Estratégias de melhora da adesão ao exercício como tratamento não farmacológico de doenças crônicas**. In: MION, D.; NOBRE, F. Risco Cardiovascular Global – Convencendo o paciente a reduzir o risco. Copyright, 2002.

FRANKLIN, B. A . Programs factors that influence exercise adherence: Practical adherence Skills for the Clinical Staff. In DISHMAN, R. D. **Exercise Adherence** It's Impact on Public Health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

GAUVIN, L. An Experimental Perspective on the Motivational Features of Exercise and Lifestyle. **Canadian Journal of Applied Sport Sciences**, v. 15, p. 51-58, 1990.

GETTMAN, L. R. Occupation-Related Fitness and Exercise Adherence. In DISHMAN, R. D. (ed.) . **Exercise Adherence-** It's Impact on Public Health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

GODOY, M. I Consenso nacional de Reabilitação Cardiovascular.**Arquivos Brasileiros de Cardiologia**.Volume 69.Número 4, São Paulo, 1997.

GODIN, G. Social- Cognitive Models. In DISHMAN, R. D. **Advances in Exercise Adherence**. Champaign, Human Kinetics, 1994

HEITTMAN, H. M. Motives of Older Adults for Participating in Physical Activity Programs. In: McPHERSON, B. D. (ed.) . **Sport and Aging**. Champaign, Human Kinetics, 1984.

KING, A. C. et al. Determinants of Physical Activity and Interventions in Adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 24, n. 6, p. 221-235, 1992.

LANGEMO, D. K. ; VOLDEN, C. ; OECHSLE, L. ; ADAMSON, M. Explicating the Relationship of Health Measures and Self- Esteem to Exercise Practices in Adults. **Health Education**, v.21, n.4, p. 7-11, 1990.

MCCONNELL , J. **Psicologia**_.Rio de Janeiro , Interamericana , 1977.

MURRAY, H. A . (1938) Explorations in Personality. In: WEINBERG, R. S.; GOULD, D. Motivação. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**,(p.81). Artmed, 2001.

OLDRIGDE, N.B. Compliance with Exercise in Cardiac Rehabilitation. In: DISHMAN, R.K. **Exercise Adherence** – It's Impact on Public Health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

POLLOCK, M. L.; Prescribing Exercise for Fitness. . In DISHMAN, R. D. (ed.). **Exercise Adherence** – It's Impact on Public Health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

POWELL, K. E. Habitual Exercise and Public Health: As Epidemiological Overview. In DISHMAN, R. D. (ed.). **Exercise Adherence** – It's Impact on Public Health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

ROBERTSON, J. ; MUTRIE, N. Factors in Adherence to Exercise. **Physical Education Review**, v. 12, n. 2, p. 138-146, 1989.

RODGERS, W. M. ; BRAWLEY, L. R. The Role of Outcome Expectancies in Participation Motivation. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 13, p. 411-427, 1991.

SAGE, G. Humanistic Psychology and Coaching. In : WEINBERG, R. S. ; GOULD, . Motivação. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**,(p. 72). Artmed, 2001.

SALLIS, J. F. ; HOVELL, M. F. Determinants of Exercise Behavior. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v. 18, p. 207-330, 1990.

SHEPHARD, R.J.; Exercise adherence in corporate settings: Personal Traits and Programs Barriers. In: DISHMAN, R.K. **Exercise Adherence**. It's impact on public health. Champaign, Human Kinetics, 1988.

SILVA, M. A. D. Exercício e Qualidade de Vida. In GHORAYEB, N. ; BARROS, T. **O Exercício**, Atheneu, 1999.

WANKEL, L. M. Exercise Adherence and Leisure Activity: Patterns of Involvement and Interventions to Facilitate Regular Activity. In DISHMAN, R. D. (ed.) . **Exercise Adherence** – It`s Impact on Public Health. Champaing, Human Kinetics, 1988.

WANKEL, L. M. The Importance of Enjoyment to Adherence and Psychological Benefits from Ohysical Activity. **International Journal of Sport Psychology**, v. 24, p. 151-169, 1993.

WEINBERG, R. S. ; GOULD, D. Comportamento e adesão ao Exercício. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**, Artmed, 2001.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

Departamento de Esporte
LAPSE-Laboratório de Psicossociologia aplicada ao Esporte
Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicossociologia do Esporte-GEPPSE

QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO

Informações Biográficas

Idade:

Escolaridade: 1 Grau() 2 grau () 3 grau () Curso: _____

No contexto deste questionário, o conceito de exercício é definido tanto como uma atividade relativamente moderada, como caminhadas até participações em equipes esportivas. Por favor, responda cada item em relação aos últimos 12 meses.

1) Meu atual nível de condicionamento físico pode ser descrito como
(circule uma alternativa):

BAIXO - ABAIXO DA MÉDIA- MÉDIO - BOM - MUITO BOM - EXCELENTE

2) Quantas vezes por semana você se exercita?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - + que 8

3) Quanto tempo de exercício você faz por sessão? (marque com um X)

Menos que 15 minutos ()	45 minutos -1 hora ()
15-30 minutos ()	1 hora ou mais ()
30-45 minutos ()	

- 4) Com relação às outras pessoas de sua faixa etária e mesmo sexo, como você avaliaria o tempo que dedica aos exercícios? (marque com um X)

1 – muito menos ()	3- equivalente ()
2 - menos ()	4- mais ()

- 5) Qual porcentagem de tempo você se exercita nas situações a seguir. Por favor, tenha certeza de que a soma seja equivalente a 100%.

SOZINHO	%	COM 11-25 PESSOAS	%
COM UM COMPANHEIRO	%	COM + DE 25 PESSOAS	%
COM 2-5 PESSOAS	%		

Abaixo estão listados alguns fatores que influenciam a motivação dos indivíduos para que os mesmos se engajem em programas de exercícios regulares. Por favor, indique qual a extensão de influência que cada item tem sobre a sua motivação pessoal para o exercício. Circule N/A, não aplicável, somente se o fator não for aplicado de maneira nenhuma a você.

- 1) Meu desejo para exercitar-me é modificado por:

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

- 2) Meu desejo para exercitar-me é motivado por minha/
meu _____ devido a consequência em meu peso e
aparência.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							

Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

- 3) É importante para mim que meu/minha _____ saiba que estou me exercitando.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

- 4) É importante para mim que meu /minha _____ saiba que eu tenho sucesso e atinjo meus objetivos no exercício.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

- 5) É importante para mim como meu/minha _____ se sentiria se eu parasse de me exercitar.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

Leia cada afirmativa e assinale o grau de concordância ou discordância de cada uma delas. Não há respostas certas ou erradas; simplesmente responda sinceramente. Não gaste muito tempo em cada uma delas. Lembre-se, escolha o item que descreva realmente o seu sentimento.

Me exercito para me sentir fisicamente bem.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para melhorar minha saúde física.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para melhorar meu bem estar.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Exercícios são interessantes.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Eu gosto muito de me exercitar.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito pois gosto que as pessoas comentem sobre minha aparência.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para me sentir mais desejado sexualmente.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Aprovação e elogios são importantes para me motivar a fazer exercícios.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito pois quero perder peso.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Faço exercícios para me sentir magro.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para reduzir o risco de obesidade.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para encontrar pessoas com os mesmos interesses.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para fazer novos amigos.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito porque meus amigos querem que o faça.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo otalmente

Me exercito para diminuir a ansiedade.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito porque isto me ajuda a lidar com o stress.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para reduzir o risco de doenças coronárias.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

/Me exercito para me proteger de doenças e mal-estar.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

ANEXO 2

Termo de Autorização

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

São Paulo, ____ de _____ de 2004

Fitcor Aptidão Física e Saúde
Ao Diretor da Instituição

Venho, por meio desta, solicitar autorização para a realização da pesquisa intitulada: “ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA”, junto aos alunos do sexo masculino com idades entre 50 e 65 anos que ainda mantenham atividades profissionais. Este trabalho é parte integrante de avaliação na conclusão do curso de Mestrado em Pedagogia do Movimento Humano, da Escola de Educação Física e Esporte, da Universidade de São Paulo – USP, realizado pela mestrandia Prof. (a) PATRÍCIA H. P. CORTEZ FRANULOVIC, orientada pelo PROF. Dr. ANTONIO CARLOS SIMÕES da mesma instituição, com fins acadêmicos e de publicação de resultados em revistas especializadas. Informo que será assegurado sigilo total dos dados pessoais e preservada a identidade dos participantes da pesquisa. Contando com sua colaboração, agradecemos a atenção dispensada.

Prof.(a) Patrícia H. P. Cortez Franulovic

Orientador: Prof. Sr. Antonio Carlos Simões

Diretor da Fitcor Aptidão Física e Saúde

ANEXO 3

Carta de Apresentação aos Alunos Participantes

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

São Paulo, ____ de _____ de 2004

Senhores,

Pela presente, venho solicitar autorização, como intuito de realizar a pesquisa de Mestrado, na Faculdade de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo – USP, com o título “ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, sob minha responsabilidade e orientado pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Simões, da mesma instituição.

Tendo o consentimento da instituição da qual o senhor participa, solicito a V. S^a a permissão de que possa participar deste estudo, respondendo a um questionário, cuja identidade dos participantes será mantida em sigilo. Para tanto é importante que o senhor leia e assine o termo de consentimento livre e esclarecimento, em anexo.

Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos relacionados ao estudo, por meio do endereço: Avenida Professor Mello Moraes, 65, Butantã. CEP: 05508-900. Telefone: 3091-3170 – Laboratório de Psicossociologia do Esporte – LAPSE.

Contando com sua colaboração, desde já agradecemos.

Prof.(a) Patrícia H. P. Cortez Franulovic

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Simões

ANEXO 4

Termo de Consentimento Informado pelos Alunos

Termo de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

São Paulo ____ de ____ de 2004

Eu, _____, Abaixo assinado concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa intitulada **“ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA”**, realizada pela mestrandia Prof.(a) PATRÍCIA H. P. CORTEZ FRANULOVIC, e seu orientador Prof. Dr. ANTONIO CARLOS SIMÕES, com fins acadêmicos e de publicação em revistas especializadas, na qual será mantido total sigilo de minha identidade.

Esclareço que obtive as informações necessárias e o esclarecimento de dúvidas a respeito da pesquisa.

Assinatura do Aluno

ANEXO 5

FIGURA 1. Gráfico correspondente à porcentagem de indivíduos por faixa etária.

ANEXO 6

FIGURA 2. Gráfico correspondente a percepção dos alunos pesquisados com relação as suas condições físicas.

ANEXO 7

FIGURA 3. Gráfico correspondente a frequência semanal da prática de exercício

ANEXO 8

FIGURA 4. Gráfico correspondente ao tempo dedicado aos exercícios em relação a outros indivíduos do mesmo sexo e faixa etária.

ANEXO 9

FIGURA 5. Gráfico correspondente à porcentagem de tempo que os alunos se exercitam nas seguintes situações.

ANEXO 10

FIGURA 6. Gráfico correspondente aos resultados obtidos em todas as afirmações feitas para se identificar a extensão de influência do médico, esposa(o), amigos, parentes e outros na manutenção de um comportamento ativo.

ANEXO 11

FIGURA 7. Gráfico correspondente aos resultados obtidos com relação aos motivos que fazem os indivíduos se manterem dentro de um programa de exercícios.

ANEXO 11
APÊNDICE 1

Material entregue à Comissão Julgadora sobre a adequação do Questionário de Motivação e Exercício Físico para a realidade estudada.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

Título do Trabalho:

“ADESÃO AO EXERCÍCIO EM PROGRAMA PRIVADO DE REABILITAÇÃO CARDÍACA”

Orientanda: Patrícia Helena Poggio Cortez Franulovic

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Simões

São Paulo

2004

Carta de Apresentação

De: Patrícia Helena Poggio Cortez Franulovic

Para: Comissão Julgadora

Prezados Colaboradores,

Estamos encaminhando a Vossa Senhoria o “Questionário de Motivação e Exercício Físico” que tem como objetivo verificar a influência de alguns fatores sobre a aderência em programas de atividade física. A finalidade desta solicitação é o desenvolvimento de nosso projeto de pesquisa “Fatores que influenciam a motivação e aderência de alunos em programa privado de reabilitação cardíaca”, para a Pós- Graduação, NÍVEL MESTRADO, que ora estamos cursando na Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo.

Juntamente com o questionário traduzido por tradutor juramentado para a língua portuguesa, estamos encaminhando o instrumento original desenvolvido nos EUA por KIMBERLEY L. GAMMAGE para a sua tese de doutorado, a qual tinha o objetivo de estudar a relação da motivação e aderência frente ao exercício físico. O questionário foi validado em seu país por Diane E. Stevens, e a aprovação para o uso no Brasil foi dada pela própria autora do instrumento.

O objetivo geral do trabalho é estudar os motivos que fazem com que alunos de um programa privado de Reabilitação Cardíaca se mantenham no mesmo por mais de cinco anos ininterruptos visto que a desistência pela maioria dos participantes é em torno de 50% nos primeiros seis meses. Desta forma algumas adaptações foram feitas no questionário devido as características da população que será estudada.

Contamos com sua contribuição no sentido de julgar e sugerir modificações no enunciado das frases descritivas, o que será de grande valia para a coleta de dados dessa pesquisa.

Esperando merecer de Vossa Senhoria a devida atenção e colaboração, subscrevo-me,

Patrícia Helena Poggio Cortez Franulovic

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

Departamento de Esporte
LAPSE-Laboratório de Psicossociologia aplicada ao Esporte
Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicossociologia do Esporte-GEPPSE

QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO

Informações Biográficas

Idade:

Escolaridade: 1 Grau() 2 grau () 3 grau () Curso:_____

No contexto deste questionário, o conceito de exercício é definido tanto como uma atividade relativamente moderada, como caminhadas até participações em equipes esportivas. Por favor, responda cada item em relação aos últimos 12 meses.

1)Meu atual nível de condicionamento físico pode ser descrito como
(circule uma alternativa):

BAIXO - ABAIXO DA MÉDIA- MÉDIO - BOM - MUITO BOM - EXCELENTE

2)Quantas vezes por semana você se exercita?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - + que 8

3)Quanto tempo de exercício você faz por sessão? (marque com um X)

Menos que 15 minutos ()	45minutos -1 hora ()
15-30 minutos ()	1 hora ou mais ()
30-45 minutos ()	

4)Com relação às outras pessoas de sua faixa etária e mesmo sexo, como você avaliaria o tempo que dedica aos exercícios? (marque com um X)

1 – muito menos ()	3- equivalente ()
2 - menos ()	4- mais ()

5)Qual porcentagem de tempo você se exercita nas situações a seguir. Por favor, tenha certeza de que a soma seja equivalente a 100%.

SOZINHO	%	COM 11-25 PESSOAS	%
COM UM COMPANHEIRO	%	COM + DE 25 PESSOAS	%
COM 2-5 PESSOAS	%		

Abaixo estão listados alguns fatores que influenciam a motivação dos indivíduos para que os mesmos se engajem em programas de exercícios regulares. Por favor, indique qual a extensão de influência que cada item tem sobre a sua motivação pessoal para o exercício. Circule N/A, não aplicável, somente se o fator não for aplicado de maneira nenhuma a você.

1)Meu desejo para exercitar-me é modificado por:

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

2)Meu desejo para exercitar-me é motivado por minha/ meu _____ devido a consequência em meu peso e aparência.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

3) É importante para mim que meu/minha _____ saiba que estou me exercitando.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

4) É importante para mim que meu /minha _____ saiba que eu tenho sucesso e atinjo meus objetivos no exercício.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

5) É importante para mim como meu/minha _____ se sentiria se eu parasse de me exercitar.

	nunca	raramente	Um pouco	ocasional/	frequente/	sempre	N/A
Professor							
Colegas de ginástica.							
Amigos							
Eu mesmo							
Esposo(a) ou comp.							
Médico							

Leia cada afirmativa e assinale o grau de concordância ou discordância de cada uma delas. Não há respostas certas ou erradas; simplesmente responda sinceramente. Não gaste muito tempo em cada uma delas. Lembre-se, escolha o item que descreva realmente o seu sentimento.

Me exercito para me sentir fisicamente bem.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para melhorar minha saúde física.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para melhorar meu bem estar.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Exercícios são interessantes.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Eu gosto muito de me exercitar.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

**Me exercito pois gosto que as pessoas comentem sobre minha
aparência.**

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para me sentir mais desejado sexualmente.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Aprovação e elogios são importantes para me motivar a fazer exercícios.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito pois quero perder peso.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Faço exercícios para me sentir magro.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para reduzir o risco de obesidade.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para encontrar pessoas com os mesmos interesses.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para fazer novos amigos.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito porque meus amigos querem que o faça.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo otalmente

Me exercito para diminuir a ansiedade.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito porque isto me ajuda a lidar com o stress.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

Me exercito para reduzir o risco de doenças coronárias.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

/Me exercito para me proteger de doenças e mal-estar.

()Concordo totalmente ()Concordo em parte ()Indiferente ()Discordo em parte ()Discordo Totalmente

.

Parecer

Avaliação das adaptações e da tradução feita do Questionário sobre Motivação e Exercício Físico.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

1. Quanto à estética do Questionário:

Concordo () Discordo ()

Sugestões:

2. Quanto ao título do Questionário

Concordo () Discordo ()

Sugestões:

3. Quanto ao conteúdo dos itens do Questionário:

a) Algum (s) item (s) do Questionário deve (m) ser alterado (s)?

Concordo () Discordo ()

Em qual (s) questão (s)?:

Sugestões:

b) Mudaria algum (s) item (s) do questionário?

Sim () Não ()

Qual (s) item (s)?

4) Quanto à compreensão dos termos e do sentido das frases do Questionário:

Concordo () Discordo ()

Sugestões:

5)Observações Finais