

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Tatiane Gomes Teixeira

A VELHICE E A MUSCULAÇÃO:

Um estudo sobre os determinantes de adesão na cidade de Porto Velho

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Tatiane Gomes Teixeira

A VELHICE E A MUSCULAÇÃO:

Um estudo sobre os determinantes de adesão na cidade de Porto Velho

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção de título de Mestre em Gerontologia sob orientação da Prof^ª Dr^a Beltrina Côrte

São Paulo

2010

TEIXEIRA, Tatiane Gomes. *A velhice e a musculação: um estudo sobre os determinantes de adesão na cidade de Porto Velho*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

ERRATA

- 1) Na página 27, onde consta Cousins (1998): leia-se Cousins (2002).
- 2) Na página 55, Gráfico 7, onde consta viúvo(a) leia-se casado(a) e onde consta casado(a) leia-se viúvo(a).
- 3) Na página 73, linha 19, onde consta: Entre os idosos do GC, apenas um não sabia o que era a musculação. Dos nove (..): leia-se Entre os idosos do GC, apenas dois não sabiam o que era a musculação. Dos oito (...)
- 4) Na página 76, último parágrafo, onde consta: (...), quatro acreditam que não há malefícios potenciais, e um não foi questionado, pois disse não saber o que é a musculação: leia-se: (...), quatro acreditam que não há malefícios potenciais, e um não foi questionado, pois disse não conhecer as particularidades da atividade.
- 5) Página 117: Onde consta
COUSINS, S. O. **Exercise, Aging and Health**: overcoming barriers to an Active Old Age. Champaign: Taylor e Francis. 1998
Leia-se
COUSINS, S.O. **Aspectos motivacionais e pedagógicos para a prática de atividades físicas para idosos**. Anais do V Seminário Internacional sobre Atividade Física para a Terceira Idade. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, 2002.

Banca Examinadora:

1- _____

2- _____

3- _____

Agradecimentos

Aos meus pais, aos meus avós, e a minha irmã, verdadeiros responsáveis pela pessoa que sou; ao companheiro de todas as horas, André, e aos meus amigos... Sem vocês não teria sido possível!!!

A todos os docentes e discentes do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP, e em especial a minha orientadora, Prof^a Beltrina Côrte... por me guiarem no árduo caminho da construção interdisciplinar do conhecimento!!!

A cidade de Porto Velho... por me receber enquanto pesquisadora.

Ao Conselho Regional de Educação Física da 8ª Região (CREF-8), Seccional Rondônia... pela agilidade em conceder os dados solicitados para a execução da pesquisa.

A todas as academias participantes da pesquisa... por tornarem possível a realização da investigação, através da facilitação do meu contato com os seus clientes, e da disponibilidade em ceder os dados solicitados e um local para a realização das entrevistas.

A todos os idosos entrevistados... por disponibilizarem um pouco do seu tempo para a realização da entrevista, tornando possível a concretização deste estudo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, CAPES... pela bolsa de estudos concedida.

Muito Obrigada!!!

Dedicatória

Aos idosos de Rondônia, por construírem este Estado que tanto Amo!!!

RESUMO

TEIXEIRA, Tatiane Gomes. *A velhice e a musculação: um estudo sobre os determinantes de adesão na cidade de Porto Velho*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

Nas últimas décadas, os exercícios resistidos (musculação) deixaram de ser uma atividade física destinada apenas a jovens, e se tornaram a atividade mais preconizada para a manutenção da capacidade funcional e independência física durante a velhice, em função dos expressivos ganhos de força e massa muscular e óssea, resultantes desta prática. Como o número de idosos nela inseridos ainda é bastante baixo, este estudo objetivou levantar os determinantes de adesão à prática de musculação entre idosos da cidade de Porto Velho, a partir de uma abordagem qualitativa. Utilizamos como estratégias de investigação uma entrevista semiestruturada e um questionário fechado, aplicados em dois universos geográficos de Porto Velho (7 academias e Espaço Alternativo), nos quais entrevistamos um total de 39 idosos. Os determinantes de adesão mais importantes foram o conhecimento dos benefícios e a indicação médica, e outros fatores também importantes, porém menos que os anteriores, foram tempo livre percebido, hábito anterior de atividade física, acesso à academia, apoio social recebido, autopercepção de saúde e capacidade funcional, e estereótipos do indivíduo sobre a musculação e a velhice. Esses fatores foram influenciados pelo estado conjugal, ter ou não filhos, escolaridade, renda mensal, aposentadoria, tipo de profissão desempenhada ao longo da vida, presença de doenças, capacidade funcional, localização da academia, valores culturais existentes na sociedade sobre a velhice e a musculação, e ter amigos/familiares que praticam musculação. Existem mais limitantes de adesão à musculação do que às atividades físicas em geral, entre idosos, que se traduzem no pouco conhecimento sobre os diferenciais dessa atividade física e nos ainda existentes estereótipos sobre velhice e musculação. Consideramos que a baixa adesão de idosos à musculação se dá porque a atividade ainda não está inserida nos discursos vigentes sobre atividade física e saúde.

Palavras-chave: musculação, treinamento resistido, adesão à atividade física, idosos.

ABSTRACT

TEIXEIRA, Tatiane Gomes. *Old Age and bodybuilding: a study about determiners of adhesion in the city of Porto Velho*. Thesis (Master's Degree in Gerontology) – Program of Postgraduate Studies in Gerontology, Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2010.

In recent decades, strength training (bodybuilding) is no longer a physical activity for young people only, and has become the most recommended activity for the maintenance of functional capability and physical independence during old age, due to significant gains in strength and muscle and bone mass, as a result of this practice. As the number of elderly included in this practice is still quite low, this study aimed to raise the determiners of adhesion to bodybuilding practice among elderly from the city of Porto Velho, from a qualitative approach. We used as research strategies, a semi-structured interview and a multiple choice questionnaire, applied in two geographic locations of Porto Velho (7 gyms and Espaço Alternativo, a place for physical activities in general), in which we interviewed a total of 39 elderly. The most important determiners of adhesion were the awareness of the benefits and medical advice, and other equally important factors, yet less important than the previous ones, were perceived free time, previous habit of physical activity, access to the gym, received social support, self perception of health and functional capacity, and stereotypes of the individual about bodybuilding and old age. These factors were influenced by marital status, having children or not, schooling level, monthly income, retirement, type of work performed over the life, diseases, functional capacity, location of the gym, existing cultural values in society about old age and bodybuilding, and having friends/relatives who practice bodybuilding. There are more limiting factors for adhesion to bodybuilding than to physical activities in general, among elderly, resulting in little knowledge about differences of this physical activity and in the still existing stereotypes about old age and bodybuilding. We consider that the poor adhesion of elderly to bodybuilding is because the activity is not included in the current discourse on physical activity and health.

Keywords: bodybuilding, strength training, adhesion to physical activity, elderlies.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Relacionamento entre força e função física entre pessoas com incapacidades.....	20
Quadro 1: Fatores e determinantes dos hábitos de atividade física.....	26
Quadro 2: Determinantes de adesão à musculação entre idosos.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e Proporção de idosos matriculados nos estabelecimentos participantes da pesquisa no mês de Abril de 2009.....	47
Tabela 2: Número e Proporção de idosos frequentadores do Espaço Alternativo, segundo data, dia da semana e horário.....	47
Tabela 3: Distribuição dos idosos frequentadores do Espaço Alternativo, segundo sexo e data de realização da coleta de dados.....	49
Tabela 4: Distribuição dos idosos do GM, GC e GX, segundo sexo.....	54
Tabela 5: Distribuição da frequência de respostas dos idosos do GM ao questionário.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos idosos matriculados em academias de Porto Velho no mês de abril de 2009, segundo sexo.....	48
Gráfico 2: Distribuição dos idosos frequentadores das academias, segundo faixa etária e sexo.....	49
Gráfico 3: Distribuição de idosos frequentadores do Espaço Alternativo no dia 17 de abril de 2009, segundo faixa etária e sexo.....	50
Gráfico 4: Distribuição dos idosos do GM, segundo faixa etária.....	54
Gráfico 5: Distribuição dos idosos do GC, segundo faixa etária.....	54
Gráfico 6: Distribuição dos idosos do GM, segundo estado conjugal.....	55
Gráfico 7: Distribuição dos idosos do GC, segundo estado conjugal.....	55
Gráfico 8: Distribuição dos idosos do GM, segundo quantidade de filhos.....	56
Gráfico 9: Distribuição dos idosos do GC, segundo quantidade de filhos.....	56
Gráfico 10: Distribuição dos idosos do GM, segundo status de coabitação.....	58
Gráfico 11: Distribuição dos idosos do GC, segundo status de coabitação.....	58
Gráfico 12: Distribuição dos idosos do GM, segundo nível de escolaridade.....	59
Gráfico 13: Distribuição dos idosos do GC, segundo nível de escolaridade	59
Gráfico 14: Distribuição dos idosos do GM, segundo fonte de renda	60
Gráfico 15: Distribuição dos idosos do GC, segundo fonte de renda.....	60
Gráfico 16: Distribuição dos idosos do GM, segundo renda.....	62
Gráfico 17: Distribuição dos idosos do GC, segundo renda.....	62
Gráfico 18: Distribuição dos idosos do GM e GC, segundo quantidade de doenças.....	64
Gráfico 19: Distribuição dos idosos do GM e GC, segundo doenças mais presentes.....	65
Gráfico 20: Distribuição dos idosos do GM, segundo quantidade e tipos de atividades físicas praticadas.....	67
Gráfico 21: Distribuição dos idosos do GM, segundo faixa etária em que a musculação foi iniciada.....	68
Gráfico 22: Distribuição dos idosos do GC, segundo faixa etária em que a caminhada foi iniciada.....	69

Gráfico 23: Distribuição dos idosos do GM, segundo benefícios potenciais da musculação relatados.....	72
Gráfico 24: Distribuição dos idosos do GM, segundo os benefícios potenciais da musculação percebidos ao longo da entrevista	72
Gráfico 25: Distribuição dos idosos do GM, segundo os tipos de benefícios esperados como resultado da prática de musculação.....	74
Gráfico 26: Distribuição dos idosos do GM, segundo faixa etária de adesão.....	79
Gráfico 27: Distribuição dos idosos do GM, segundo tempo de prática de musculação.....	86
Gráfico 28: Motivos para a continuidade da prática de musculação citados pelos idosos do GM.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM: American College of Sports Medicine

AROM: Associação Rondoniense de Municípios

AVDs: Atividades de Vida Diária

CREF: Conselho Regional de Educação Física

DAC: Doença Arterial Coronariana

GC: Grupo Caminhada

GM: Grupo Musculação

GX: Grupo Extra

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PMPV: Prefeitura Municipal de Porto Velho

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio

SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SEMES: Secretaria Municipal de Esportes e Lazer

Sumário

Considerações iniciais	1
Introdução.....	3
Série de Aquecimento	6
Capítulo 1: Do Envelhecimento Individual ao Populacional: A Política do Envelhecimento Ativo	7
O fenômeno do Envelhecimento Humano.....	8
Envelhecimento populacional no Mundo e no Brasil.....	10
Política do Envelhecimento Ativo: a independência como meta fundamental.....	14
Capítulo 2: A Prática de Exercícios Físicos na velhice	18
A prática de exercícios físicos na velhice.....	19
Exercícios resistidos na velhice: nova proposta para modalidade antiga.....	22
Determinantes para adesão em programas de exercícios físicos.....	24
Capítulo 3: A O Corpo envelhecido e em movimento: questões antropológicas	28
Velhice: questões histórico-culturais.....	29
Envelhecer na contemporaneidade: ser velho na “era do culto ao corpo”	31
A Boa Saúde e a Boa Velhice: o “papel” da Atividade Física	33
A cultura e sua possível interferência sobre a prática de atividades físicas na velhice.....	35
Série Específica	38
Capítulo 4: O Cenário da Pesquisa	39
O Estado de Rondônia e a cidade de Porto Velho: aspectos gerais, história e envelhecimento populacional	40
Características da Pesquisa.....	42
Procedimentos adotados.....	42
Da determinação das academias participantes da pesquisa ao convite para a entrevista	42
Da escolha pelo Espaço Alternativo ao convite para a entrevista.....	43
No contato com os entrevistados.....	44
Dificuldades encontradas em campo.....	44
Sujeitos da pesquisa: universo e seleção.....	46
Universo da Pesquisa: idade e sexo dos sujeitos.....	48

Direcionamentos para a análise.....	50
Capítulo 5: Resultados.....	52
Seção 1: Perfil Sócio-Demográfico.....	54
Seção 2: Perfil Clínico-Funcional.....	64
Seção 3: A Prática de Atividades Físicas.....	67
Tipos de Atividades Físicas praticadas	67
Idade de início e tempo de prática de musculação/caminhada	68
Interrupções da prática de musculação.....	69
Conhecimento sobre os benefícios da prática de musculação.....	71
Resultados/Benefícios esperados.....	74
Conhecimento sobre os potenciais malefícios resultantes da prática de musculação.....	76
Dificuldades existentes na prática de musculação ou caminhada.....	77
Seção 4: Determinantes de Adesão.....	79
Determinantes para a prática de musculação.....	79
Determinantes para a busca pela academia.....	82
Determinantes para a decisão de praticar exercícios físicos	84
Determinantes para a continuidade da prática de musculação.....	86
Motivos para não praticar musculação.....	89
Capítulo 6: Discussão.....	91
O conhecimento dos benefícios: determinante importante para adesão e aderência à musculação e às atividades físicas em geral.....	92
A indicação médica: determinante importante de adesão e aderência à musculação e às atividades físicas em geral.....	97
Facilitadores de adesão à musculação.....	99
Considerações Finais.....	110
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética em pesquisa da PUC-SP.....	125
ANEXO 2: Documento emitido pela SEMES.....	126
APÊNDICE 1. Entrevista/Questionário dirigido aos idosos praticantes de exercícios resistidos.....	127
APÊNDICE 2: Entrevista/Questionário dirigido aos idosos praticantes de caminhada.....	130
APÊNDICE 3 :Termo de Consentimento livre e esclarecido para realização de pesquisa acadêmica.....	133

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Compreender os caminhos que levam o pesquisador a realizar uma investigação é algo importante para o entendimento do leitor sobre as estratégias adotadas para se chegar ao produto final de um trabalho científico. Por esta razão, inicio citando as razões que me conduziram ao objeto de estudo em questão, fruto de experiências e questionamentos que permeiam minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

Ao longo do curso de graduação em Educação Física, ao mesmo tempo que aprendia sobre os benefícios da prática de exercícios físicos para idosos, convivia com meus avós, sujeitos que durante toda a vida praticaram atividades físicas intensas em seu trabalho na área rural, mas nunca estiveram inseridos em programas formais de exercícios físicos. Em minha opinião de então, praticar exercícios físicos nunca seria parte da realidade dos meus avós. Entendia que, como isso nunca fizera parte do seu cotidiano, e como tiveram acesso às narrativas da atividade física e seus benefícios somente ao redor dos 50 anos de idade – por causa do meio e realidade social em que vivam – seria bastante difícil convencê-los de que se exercitar de alguma maneira os beneficiaria. Ao trabalhar em uma academia de ginástica na cidade de Porto Velho, me inquietava o baixo número de idosos que frequentavam aquele local, e o número menor ainda de idosos praticantes de treinamento resistido. E ao mesmo tempo me fazia refletir sobre os meus avós e as possíveis razões pelas quais nunca haviam praticado exercícios físicos. Quando busquei na literatura respostas para a baixa adesão de idosos em academias, percebi que ainda existiam lacunas científicas sobre o tema.

Durante o curso de pós-graduação lato sensu, o qual tinha como foco o treinamento resistido (musculação) no envelhecimento, aprendi mais sobre o potencial desse tipo de atividade física beneficiar o idoso na manutenção da capacidade funcional. Ante todos os questionamentos sobre a baixa adesão à musculação entre idosos, decidi aprofundar os estudos e investigá-lo no mestrado em Gerontologia.

Quais os limitantes da adesão dos sujeitos idosos à musculação? Na tentativa de responder a esta pergunta norteadora, busquei investigar, ao mesmo tempo: (1) entre aqueles que aderiram a essa atividade: os porquês de sua adesão; e (2) entre aqueles que praticavam caminhada: os porquês de sua adesão e o conhecimento sobre os benefícios. A presente pesquisa teve, portanto, investigação ao avesso. Ao invés de perguntar aos idosos sedentários as razões de não se exercitarem, escolhi compreender, a partir dos relatos daqueles que praticam musculação, quais fatores estariam limitando a adesão de um número mais significativo de pessoas a essa atividade. A razão da escolha por esse modo de investigação

deu-se em função: (1) das dificuldades de abordagem a idosos não praticantes de exercícios físicos; (2) das possibilidades de compreensão mais ampla sobre o fenômeno da adesão à prática de exercícios físicos na velhice.

É fundamental considerar que, ao investigar em academias de musculação os determinantes para a prática dessa atividade física, não se pretende afirmar ou julgar se é o local ideal para a prática de exercícios físicos na velhice. Mas em Porto Velho, local escolhido para a pesquisa, somente é possível praticar musculação, sob orientação de profissionais de Educação Física, nesses locais. Entretanto, o próprio ambiente das academias pode ser limitante à adesão e manutenção da prática de musculação entre idosos, por causa dos estereótipos, os quais também serão discutidos ao longo do presente trabalho. O contexto de que se parte é que a musculação é atividade que traz benefícios singulares ao idoso, e que, independentemente do local, deveria ser praticada por todos os indivíduos.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional tem direcionado os olhares de pesquisadores e profissionais das diversas áreas de conhecimento, e de líderes governamentais, para as consequências dele resultantes. Dentre os direcionamentos principais, a manutenção da saúde e da condição de independência na velhice é ressaltada como meta primordial a ser alcançada. A prática de atividades físicas é uma das iniciativas altamente preconizadas e incentivadas.

Entre as modalidades recomendadas, os exercícios resistidos, popularmente conhecidos como musculação, representam possibilidade ímpar ao favorecimento da manutenção da condição de independência. As potencialidades dessa atividade física na melhora da força e de outras valências físicas, e sua relação com a capacidade de realização de tarefas da vida diária são fatores preponderantes à determinação da sua importância. Os exercícios resistidos são citados pelo Ministério da Saúde como a atividade física de preferência diante da redução da funcionalidade, frequentemente presente na velhice. A manutenção da condição de independência parece ser um dos mais significativos objetivos desta prática, quando da atuação profissional com populações envelhecidas.

É essencial considerar, entretanto, que o reconhecimento da importância desse tipo de atividade física para a funcionalidade é algo recente. E mesmo a indicação da prática de atividades físicas como forma de prevenir doenças também é “invenção” dos últimos 50 anos. Na década de 60, com a obra *Aerobics*, de Kenneth Cooper, a prática de exercícios físicos com a finalidade de promover adequada saúde cardiovascular começou a ser disseminada. A partir de então, corrida e caminhada ganharam número significativo de adeptos. Ainda na perspectiva dos exercícios aeróbios, começam a surgir as academias de ginástica e as aulas de aeróbica. Nas academias de ginástica, a prática de musculação também surgiram como uma possibilidade. Entretanto, esse tipo de exercícios era até então praticado somente por indivíduos com objetivos atléticos ou meramente estéticos, o que fez nascer o estereótipo desta como uma atividade para jovens que buscam grande aumento de massa muscular. Somente ao final da década 90 as descobertas científicas sobre os benefícios para a funcionalidade e saúde começam a ser difundidas e a alcançar a população.

Apesar dos conhecidos benefícios resultantes da prática de musculação para o público idoso, esta parece não ter se concretizado como prática de alta adesão entre indivíduos desse grupo etário. Em Porto Velho, a realidade não é diferente. Ante indagações quanto aos fatores que podem interferir na consolidação do contexto, a presente pesquisa teve como

objetivo levantar os determinantes para a prática desta modalidade de exercícios físicos entre idosos residentes na cidade.

O presente estudo está subdividido em duas seções: *Série de Aquecimento*, na qual apresentamos, a partir da literatura, os conceitos que embasaram a pesquisa; e *Série Específica*, na qual apresentamos a pesquisa em si. Cada série é composta por três capítulos, nos quais são trilhados caminhos para apresentar as questões relacionadas ao objeto de estudo, de forma a possibilitar compreensão ampla sobre a complexidade do fenômeno da adesão e manutenção da prática de exercícios físicos na velhice.

No primeiro capítulo apresentamos as concepções que embasam a pesquisa referente ao envelhecimento humano, e o retrato atual do envelhecimento populacional no mundo e no Brasil, seguido pela apresentação da Política do Envelhecimento Ativo. O objetivo do capítulo é caracterizar o fenômeno do envelhecimento e apresentar a mais significativa e abrangente política de promoção à saúde e envelhecimento, em seu entendimento mais amplo.

No segundo capítulo apresentamos questões referentes à prática de atividades físicas na velhice, que perpassam o contexto da presente pesquisa: benefícios potenciais, aspectos históricos e determinantes de adesão apresentados na literatura. Os objetivos deste capítulo são: 1) mostrar as razões pelas quais o treinamento resistido é atualmente recomendado para idosos; e 2) apresentar e discutir os fatores que, segundo a literatura, podem limitar a adesão desse público na modalidade da atividade física em questão.

No terceiro capítulo discutimos questões de natureza antropológica relacionadas à velhice e à prática de exercícios físicos. Na construção do capítulo consideramos que o aumento da longevidade das últimas décadas é simultaneamente influenciado e influenciador pelos/dos conceitos de sedentarismo, saúde e atividade física, pois a longevidade e a concepção de exercício físico orientado para a saúde são resultado das mudanças nas formas de vida. Ao discutir temas como velhice e movimento corporal, sob a ótica da cultura, o objetivo deste capítulo é proporcionar reflexão sobre temas culturais que perpassam a prática de exercícios físicos na velhice.

No quarto capítulo são mostrados os caminhos seguidos na pesquisa. Ele começa analisando a realidade do envelhecimento populacional em Rondônia e em Porto Velho, e características de sexo e idade dos idosos que compuseram o universo total da pesquisa. Apresentamos também os procedimentos adotados em campo para a obtenção dos dados. O objetivo do capítulo é possibilitar ao leitor a compreensão adequada dos procedimentos

utilizados na pesquisa, e caracterizar o envelhecimento de Rondônia e o universo total da pesquisa.

No quinto e sexto capítulos apresentamos, respectivamente, resultados encontrados e discussões possíveis a partir deles, segundo os referenciais teóricos encontrados na literatura. No final do sexto capítulo estão as considerações finais, resultantes do estudo.

Série de Aquecimento

Capítulo 1

*Do envelhecimento individual ao populacional:
a Política do Envelhecimento Ativo*

O fenômeno do envelhecimento humano

Definir o envelhecimento é tarefa difícil, pois implica tentar explicar, a partir de um só conceito, a maneira pela qual a passagem do tempo afeta o indivíduo, em todas as dimensões que o compõem: biológica, psíquica, social e histórica. Esta é, portanto, tarefa que exige contemplar as diversas áreas de conhecimento. Apresentamos breves discussões sobre o significado do envelhecer sob as óticas biológica, psicológica e social, com o objetivo de fornecer apanhado geral sobre a nossa compreensão acerca da complexidade que envolve o envelhecimento como fenômeno multidimensional.

Ao estudar o envelhecimento humano, geralmente a questão biológica do fenômeno é a primeira que se anuncia. O que provavelmente ocorre porque a vida social não existe sem a vida orgânica (MORAGAS, 2004) e porque a dimensão física é normalmente a primeira que mostra indícios de que a passagem do tempo está acontecendo e afetando, de alguma forma, nosso organismo (SPIRDUSO, 2005). Como é pelo corpo físico que realizamos as nossas atividades, e é por meio dele que nos deslocamos e somos capazes de interagir com o mundo, a qualidade de seu funcionamento permeia todos os aspectos de nossa vida, afetando-nos cognitivamente, psicológica, social e espiritualmente (SPIRDUSO, 2005).

Do ponto de vista biológico, como e quando envelhecemos? Envelhecer é parte do processo fisiológico de crescimento e desenvolvimento, o qual se inicia no nascimento e finda na morte. Sob essa visão meramente orgânica, *as teorias biológicas do envelhecimento examinam o assunto sob a ótica do declínio e da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células* (FARINATTI, 2008, p.23). Neste contexto definir envelhecimento se torna sinônimo de identificar as degenerações físicas e explicar a forma pela qual o organismo vivo se deteriora e perde naturalmente parte de suas funções com o passar do tempo. Farinatti (2008) e Spirduso (2005) apresentam as distintas teorias que explicam a razão biológica das deteriorações. As teorias são categorizadas em dois grupos: aquelas de base genética, que entendem o envelhecimento como resultante de um continuum controlado geneticamente, e as denominadas estocásticas, que relacionam o envelhecimento como a soma das agressões ambientais sofridas (FARINATTI, 2002). Certamente, não se pode desprezar essas questões para discorrer sobre o processo de envelhecimento e a velhice em si. Entretanto, outros itens importantes precisam fazer parte do apanhado teórico, pois apesar de se apresentar como questão biológica, envelhecer está abarcado por um sujeito que possui história e que vive em sociedade (CÔRTE; MERCADANTE; GOMES, 2006), o que significa que concepções outras precisam ser também consideradas.

Como nas áreas biológicas, na psicologia também existem correntes teóricas que discutem o envelhecimento. Nessa área, são objeto de estudo mudanças que se observam ao longo do tempo em relação ao comportamento humano, cognição e outras questões referentes ao psíquico. Para Neri (2002), das teorias da aprendizagem social, da psicologia social e da psicologia da personalidade se deriva o que a autora chama de micromodelos no campo da psicologia da idade adulta e velhice. A autora afirma que o estudo da velhice na área da psicologia somente ganhou força quando questões sócio-históricas e culturais do envelhecimento começaram a aparecer em meio às discussões biológicas, que eram, até certo momento, o único campo de estudo que se preocupava com a questão do envelhecimento. Portanto, existem diversas teorias as quais não tornam possível unificar os processos de mudança que ocorrem nessa etapa vital, até porque algumas teorias existentes rejeitam as concepções de outras (NERI, 2002). Ao considerar publicação anterior de Neri (2001), Moreira e Nogueira (2008, p.64) afirmam que o envelhecimento *trata-se de fenômeno universal, um processo de mudanças intrínsecas ao desenvolvimento humano, mas heterogêneo, pois cada pessoa, como ser único, experiencia e desenvolve singularmente seu próprio processo de envelhecimento.*

Além dos processos envolvidos no envelhecimento psíquico e biológico humano, é necessário considerar que somos seres sociais, o que determina em grande parte a forma de pensar a respeito de nós mesmos e daqueles que conosco convivem, e interferindo também em nosso agir. Portanto, a sociedade determina e é determinada por nossas concepções e comportamentos. Partindo desse pressuposto, a velhice deve ser entendida nos aspectos individual e social. Exatamente sobre este último aspecto que áreas como sociologia e antropologia, por exemplo, discutem o envelhecimento. Para Minayo (2006, p.49), a antropologia tem como contribuição principal nas questões do envelhecimento o fornecimento de elementos para que este seja compreendido como *um fenômeno complexo e não homogêneo*. Todas as discussões passam pela questão dos valores que uma sociedade atribui aos indivíduos em cada etapa da vida, sendo, então, uma questão cultural. Trata-se do que Helman (2003, p.18) chama de gerontologia transcultural: *estudo do envelhecer e das atitudes sociais em relação a esse fenômeno em diversas culturas.*

Cada uma das áreas de conhecimento que estudam o envelhecimento tem objetivos específicos. Algo importante é que todas caminhem no sentido de colaborar para a compreensão interdisciplinar do envelhecimento, e para a possibilidade de que os indivíduos vivenciem cada vez mais um envelhecimento biológico e psicológico mais positivo, a partir da construção de uma sociedade com atitudes menos negativas em relação ao

envelhecimento. Referente aos cuidados quanto ao estudo deste processo, Minayo (2006) afirma que antes de tudo é necessário compreender que o *velho* não é categoria de análise. Nesta abordagem, fica claro que o envelhecer manifesta-se de forma particular para cada pessoa, resultante, inclusive, de suas ações e estilo de vida ao longo de toda a existência. Em ponto de vista complementar, Lopes (2005, p.85) cita que *quando falamos do velho ou do envelhecimento devemos pensar em uma variedade de indivíduos, cada qual com sua própria trajetória e, portanto, com características singulares: um ser único em constante processo de transformação.*

Vimos até aqui os pontos envolvidos no envelhecimento do indivíduo em relação a algumas dimensões que o compõem. Na realidade, tais questões somente começaram a ganhar visibilidade quando uma parcela significativa da população atingiu a sétima década de vida, e outros tantos passaram a viver por mais 30 ou 40 anos após alcançá-la. O crescimento foi (e continua sendo) tão significativo que, segundo Maia, Londero e Henz (2008), a Organização das Nações Unidas (ONU) já considera o período de 1975 a 2025 como “A Era do Envelhecimento”. Certamente envelhecer é triunfo significativo na história da humanidade. Apesar disso, é importante saber que o fenômeno não ocorreu e tampouco gera notícia na mídia simplesmente por ser novidade. Há causas e consequências fundamentais a serem consideradas.

Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil

A longevidade sempre foi algo perseguido pela humanidade. Entretanto, até o início do século XX esperança de vida¹ - ou expectativa de vida - estava abaixo dos 50 anos de idade, mesmo nos países mais desenvolvidos. Foi somente no último século que o mundo vivenciou um aumento acelerado dessa. Juntamente com o aumento, as quedas das taxas de natalidade, a urbanização, a entrada da mulher no mercado de trabalho e avanços tecnológicos provocaram o fenômeno do envelhecimento populacional, entendido como o *processo de mudança na estrutura por idade de uma população, caracterizado pelo incremento na proporção das pessoas com 60 anos e mais* (MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA SOCIAL, 2008, p.11). Em toda a história humana nunca se viveu tanto quanto se vive na atualidade. Hoje, o país que possui a maior expectativa de vida é o Japão: 82,7 anos. Quanto à proporção de idosos na população mundial, no ano de 2006, 11% possuíam 60 anos ou mais (OMS, 2008).

¹ Esperança de vida é o número médio de anos que um indivíduo de idade x esperaria viver a partir desta idade, se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade observada (IBGE, 2008b, p.87).

O aumento acelerado da expectativa de vida é resultado de melhorias na saúde pública e nos padrões de vida (OMS, 2008). A evolução na saúde pública se traduz nos avanços da medicina, os quais tornaram possível controle mais adequado das doenças, especialmente das infecto-contagiosas. A realidade provocou reduções significativas das taxas de mortalidade. Quando se fala das mudanças nos padrões de vida e sua interferência no envelhecimento populacional, refere-se principalmente à urbanização e à entrada da mulher no mercado de trabalho. Estas provocaram mudanças e rearranjos em âmbito familiar, dentre as quais a redução das taxas de natalidade (MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA SOCIAL, 2008) é a de maior importância. Em resumo, as reduções das taxas de natalidade e mortalidade são dois aspectos centrais para a ocorrência deste aumento absoluto e relativo do número de idosos na população mundial.

O processo não se iniciou de forma simultânea em todos os continentes. Foram os países desenvolvidos, assim denominados com base em critérios de desenvolvimento econômico e social específicos, os primeiros a experimentar a velhice em sua população. Já na década de 50, 12% da população habitante destes possuíam 60 anos ou mais, período em que os países em desenvolvimento ainda registravam proporções de 6% (MINISTERIO DA PREVIDENCIA SOCIAL, 2008). A principal característica que diferencia o envelhecimento populacional vivenciado por países desenvolvidos e os em desenvolvimento é a condição de vida dos seus habitantes. Enquanto nos países desenvolvidos o fenômeno começou a ser registrado concomitante ou posteriormente ao alcance de condições favoráveis de habitação, alimentação e educação, por exemplo, naqueles em desenvolvimento o mesmo não é verdadeiro. Nestes, o processo ocorre de forma bastante acelerada, e num momento histórico no qual outros problemas sociais e econômicos persistem.

No Brasil, 11,1% dos aproximadamente 191,5 milhões de brasileiros são idosos, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) de 2008. São, portanto, aproximadamente 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2009a). Algumas características importantes da população idosa brasileira são apresentadas a seguir:

- *As mulheres vivem mais do que os homens.* As mulheres brasileiras tem expectativa de vida de 76,5 anos, enquanto os homens de apenas 69 (IBGE, 2008a). Como resultado de maior expectativa de vida feminina, a maioria (55%) dos idosos brasileiros é mulher. Os dados indicam a existência da chamada feminização velhice², a qual é apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) como um dos desafios para os quais maior

² Feminização da velhice: Predominância do número de mulheres sobre o de homens na população que possui 60 anos de idade ou mais

atenção deve ser dada no contexto do envelhecimento populacional. Portanto, é característica global e não singularidade brasileira. O processo é resultado de diferenças biológicas e culturais entre homens e mulheres (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). No Brasil, as mortes violentas são motivo significativo de preocupação em relação aos homens, sendo, em parte, responsáveis pela expectativa de vida menor em relação às mulheres.

- *Grande parte dos idosos brasileiros é analfabeta*: segundo dados do PNAD de 2008, 32,2% dos idosos não sabiam ler e escrever, enquanto outros 51,7% eram analfabetos funcionais, ou seja, tinham menos de 4 anos de escolaridade (IBGE, 2009a). Os dados demonstram a baixa oportunidade de acesso ao estudo formal que tiveram os idosos de hoje, algo preocupante, pois *os baixos níveis de instrução e analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento* (OMS, 2005, p.30).

- *Os idosos são chefes de domicílio em grande número de residências*: cerca de 23,3% dos idosos brasileiros são a principal referência econômica dos domicílios brasileiros (IBGE, 2009a). O dado indica o significado do idoso na família e na sociedade, servindo como recurso, e não como peso, como consta muitas vezes no imaginário popular.

- *O grupo de idosos muito idosos é o que mais preocupa*. Idosos mais velhos, acima de 80 anos, têm maiores chances de se tornar fisicamente dependentes para realizar as atividades de vida diária. A dependência, discutida de forma mais detalhada ao final deste capítulo, afeta negativamente idoso, família, comunidade e Estado. Portanto, quanto maior o número de idosos muito idosos na população brasileira, maiores as demandas de serviços e de profissionais para atendê-los, o que alerta para a urgência do oferecimento, ou minimamente da preparação, para o atendimento dessas demandas. Em muitos países desenvolvidos, onde a proporção de idosos de 80 anos já é de cerca de 5% em relação à população total, aconteceram modificações nos sistemas previdenciários e de serviços para atender a tais necessidades. Publicação do Ministério da Previdência Social do ano de 2008 apresenta exemplos dos programas existentes. O aumento do número de idosos muito idosos na população brasileira também deve favorecer a percepção sobre a necessidade de adoção de estilos de vida mais adequados à prevenção da incapacidade em idades menos avançadas. Entretanto, para a adoção de estilos de vida adequados, questões básicas de sobrevivência, como moradia, saneamento e educação, precisam ser atendidas.

- *Há diferenças regionais relevantes entre os idosos brasileiros*. O Brasil é um país de grande extensão territorial. Além das distâncias geográficas, também se distanciam em outros

aspectos, como educação, desenvolvimento tecnológico e condições sanitárias, por exemplo. Como resultado, há condições de envelhecimento muito discrepantes entre as regiões. Já no número e proporção de idosos nas populações de Norte a Sul do país é possível visualizar as diferenças. Enquanto no Sudeste há cerca de 5.364 mil idosos (11,7% da população total), a região Norte, com menor índice de envelhecimento, possui aproximadamente 539 mil idosos em sua população (6,7% da população total) (IBGE, 2008a). No Estado de Alagoas, a expectativa de vida é de 67,2 anos, enquanto a maior expectativa de vida no país é de 75,6 anos, no Distrito Federal. Cerca de oito anos a mais de vida. Os idosos moradores da região Nordeste, por exemplo, têm desvantagens quanto à condição funcional se comparados a outras regiões do país (IBGE, 2009a). Na questão educacional, os idosos nordestinos têm a menor média de anos de estudo: 2,7 anos, enquanto a média do Distrito Federal é de 6,6 anos de estudo (IBGE, 2009a).

As características do envelhecimento populacional brasileiro são compartilhadas com outros países em desenvolvimento. Os desafios são muitos e importantes, enquanto as soluções e respostas são poucas e nem sempre rápidas e eficientes. A realidade dos países em desenvolvimento é que existem muitas demandas concorrendo com a necessidade de investimentos, como os problemas da mortalidade infantil, fome e analfabetismo. É exatamente neste contexto nosso país precisa lidar com a questão do envelhecimento dos brasileiros.

Para 2050, a Organização Mundial de Saúde (2008) estima que cerca de 80% dos idosos do mundo estarão vivendo em países em desenvolvimento, o que representa aumento de 20% em comparação ao mesmo dado de 2006, e isso indica que mais atenção deve ser dada ao envelhecimento populacional, pois se trata de um grupo de países que não possuem adequadas organização social e políticas de saúde para atender às necessidades emergentes; e nem de tempo hábil para que tal organização se configure (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). As consequências do envelhecimento populacional sem existência de estrutura geram preocupações. É indiscutível a necessidade de implementação de adequado e eficiente sistema público de atendimento e proteção ao indivíduo que envelhece.

Diante desta realidade, de ser essencial favorecer um envelhecimento nas melhores condições físicas e sociais possíveis a todos os sujeitos, políticas de saúde têm sido instituídas com o intuito de formular medidas fundamentais para promoção de melhor condição de vida a todos os indivíduos em processo de envelhecimento. O Envelhecimento Ativo, proposto pela OMS em 2002, tem sido a política base, norteadora de ações na área de promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa.

Política do Envelhecimento Ativo: a independência como meta fundamental

A Política do Envelhecimento Ativo foi publicada pela OMS em 2002, e traduzida para o português em 2005. Criada a partir de reuniões entre grupos de países envolvidos e preocupados com a questão do envelhecimento populacional crescente, a primeira semente dessa política foi plantada em 1982, na Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, primeiro grande evento de relevância na área do envelhecimento. Nela foi aprovado o primeiro guia mundial para as políticas sobre o envelhecimento, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

A Política do Envelhecimento Ativo se propõe discutir a saúde em perspectiva ampla, intersetorial e interdisciplinar, e não somente limitada aos temas físicos e biológicos do processo de envelhecimento. Uma das questões importantes é compreender o envelhecimento como parte natural do curso da vida, o que significa que um envelhecimento de fato ativo, e, portanto, saudável em todos os aspectos, somente será possível quando as intervenções profissionais abrangerem a população em geral e não apenas os mais velhos. Nessa lógica, essa política, apesar de considerar a idade cronológica para caracterizar “os mais velhos”, destaca a necessidade do fazer vigorar políticas sociais abrangentes para o bem-estar e a qualidade de vida na velhice serem realmente possíveis.

A política tem como público-alvo *governantes em todos os níveis, entidades não governamentais e o setor privado, e todos os responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento* (OMS, 2005, p.7). É uma proposta que visa somar os conhecimentos e esforços na direção do favorecimento de uma melhor velhice para indivíduos e grupos populacionais, para quem já atingiu a velhice e para os jovens. Ao considerar esse pressuposto como pilar fundamental para o favorecimento do envelhecer como experiência positiva, é importante compreender com exatidão o significado do termo *Ativo: refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho* (OMS, 2005, p.13).

O objetivo central desta Política é a melhoria da qualidade de vida das pessoas de vida das pessoas em processo de envelhecimento, por meio de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, três pilares fundamentais da política em questão. A OMS entende que o alcance deste objetivo é determinado por fatores diversos, que incluem:

- *Determinantes Transversais: cultura e gênero*: trata da maneira pela qual os valores culturais nos quais o indivíduo está inserido, inclusive quanto às diferenças entre sexos, interferem no processo de envelhecimento;

- *Determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviços sociais*: trata da perspectiva ampla, baseada em todo o curso da vida, sobre a qual os sistemas de saúde e serviços sociais devem atuar visando a promoção do Envelhecimento Ativo a todos os indivíduos;

- *Determinantes Econômicos*: trata da questão dos rendimentos financeiros, no que diz respeito à seguridade social, às possibilidades de trabalho e às distintas configurações do papel do idoso na família;

- *Determinantes relacionados ao ambiente social*: trata da importância da manutenção das redes de apoio e suporte social das pessoas à medida que envelhecem, e também violência e escolaridade, e a sua interferência no processo de envelhecimento;

- *Determinantes Comportamentais*: trata da importância da adoção de estilos de vida saudáveis e do autocuidado ao longo da vida, para o alcance de um envelhecimento bem-sucedido: estão incluídos tabagismo, atividade física, alimentação, saúde oral, medicamentos, álcool, e outros.

- *Determinantes relacionados aos aspectos pessoais*: trata das questões da individualidade do sujeito e da forma como toda a sua história de vida interfere na velhice; inclui os aspectos biológico-genéticos e psicológicos.

- *Determinantes Relacionados ao Ambiente Físico*: trata da maneira pela qual o ambiente interfere no envelhecimento dos sujeitos. Inclui moradia, transporte, condições de saneamento, urbanização, acessibilidade e risco de quedas.

De todos os determinantes apresentados pela Política do Envelhecimento Ativo, o comportamental foi o que ficou mais conhecido e disseminado. Talvez isso tenha ocorrido em função do próprio nome que designa esta política, o qual sugere, até mesmo pela capa da obra – a silhueta de um sujeito se exercitando - que a adoção de hábitos saudáveis é indispensável ao bom envelhecimento. Aspecto negativo da hipervalorização da dimensão comportamental é a consequente desvalorização ou mesmo abandono do papel do Estado no processo de envelhecimento individual, jogando para o sujeito toda a responsabilidade sobre a sua velhice. Com isso pode parecer que *só fica velho e doente aquele que não se cuida*.

Importante delineamento da OMS nessa política refere-se à manutenção da autonomia e independência, consideradas *meta fundamental para indivíduos e governantes* (OMS, 2005). Conceituadas respectivamente como habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre a própria vida e habilidade de executar funções relacionadas à vida diária (OMS, 2005), a autonomia e independência são foco especial de atenção de estudos e discussões

acerca do envelhecimento. Neste prisma, representam aspectos essenciais a serem mantidos na perspectiva de assegurar as metas preconizadas pela Política de Envelhecimento Ativo. Outro conceito fundamental é a capacidade funcional. É uma medida que avalia o potencial detido pelo idoso de realizar sua capacidade remanescente, independentemente ou não de utilizá-la (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ela foi reconhecida a partir de oficina promovida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, em 2002, como aspecto fundamental a ser privilegiado numa proposta ampla para a população idosa. Portanto, refere-se a indicador fundamental de saúde e de independência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2003).

A capacidade funcional representa, pois, fator de relação direta com a independência e, portanto, com a sensação de bem-estar do sujeito. A partir do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) (LEBRAO; DUARTE, 2003), a importância entre a relação de dependência e a autopercepção de saúde do idoso pode ser plenamente identificada. No referido estudo apontou-se que a presença de incapacidade para atividades básicas de vida diária reduz pela metade a predisposição da pessoa considerar a sua própria saúde muito boa ou boa.

Verificamos, portanto, que a dependência, conceituada como incapacidade de realizar atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) é situação extrema e indesejável. As atividades cotidianas são aquelas de autocuidado, que incluem alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter o controle sobre necessidades fisiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A dependência representa condição de saúde que merece atenção, pois, além de comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos, promove gastos significativos no sistema público de saúde, por causa do fato de estar relacionada, na maioria dos casos, à presença de doenças crônicas que predispoem o indivíduo a inúmeras complicações (ROSA et al., 2003; ALVES et al., 2007).

Dentre os determinantes comportamentais para o Envelhecimento Ativo inclui-se a participação em atividades físicas, por causa do seu potencial para retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas, além de prevenir quedas (OMS, 2005). A prática de atividades físicas e sua contribuição para o favorecimento do Envelhecimento Ativo serão discutidas com maior profundidade no capítulo 2.

Ainda sobre a Política do Envelhecimento Ativo, esta, além dos aspectos que determinam melhor ou pior qualidade de vida conforme o avançar dos anos, discorre sobre os desafios envolvidos na tentativa de otimizar a qualidade de vida em âmbito individual e

populacional, com metas concretas. A partir da discussão ampla da saúde e velhice, a Política do Envelhecimento Ativo pretende, de forma mais objetiva, servir como base na proposição e implantação de ações no campo do envelhecimento. Concretamente, o Brasil apresentou, no ano de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa embasada nas discussões e aconselhamentos que estão na Política do Envelhecimento Ativo. Nesta, a promoção de envelhecimento ativo e saudável é considerada sinônimo de manutenção da autonomia e da capacidade funcional, e considerada uma das diretrizes centrais dessa política nacional.

Capítulo 2

A prática de exercícios físicos na velhice

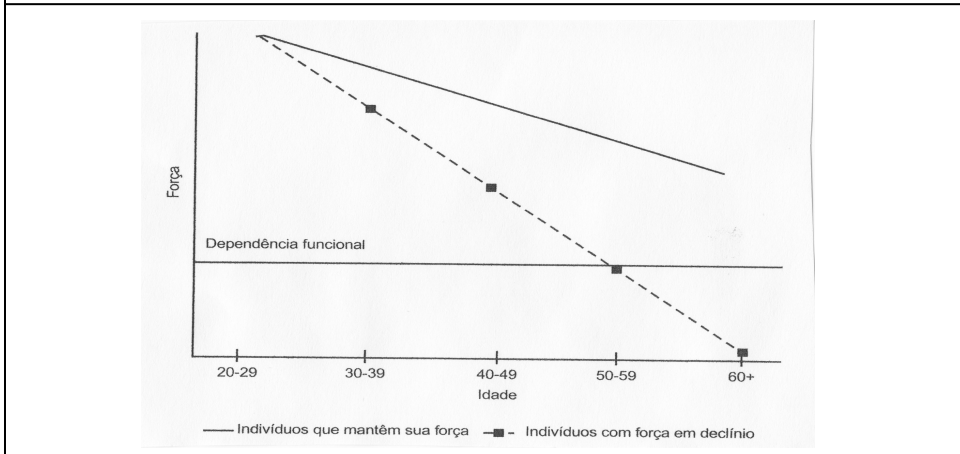
A prática de exercícios físicos na velhice

Falar de exercício físico exige definir o significado do termo. Conceitualmente, atividade física compreende qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto de energia maior do que os níveis de repouso (CARSPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Por esta perspectiva, tudo aquilo que fazemos em nosso dia a dia, desde as atividades de autocuidado e locomoção, como tomar banho, levantar-se de uma cadeira, movimentar-se de um cômodo ao outro dentro de casa, até atividades menos corriqueiras, é atividade física. Já exercício físico, segundo Carspersen Powell e Christenson (1985), compreende todo tipo de atividade física planejada, estruturada e repetitiva, que tem como objetivo a melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física.

Para além da classificação de atividade física e exercício físico, Carvalho (2004) ressalta que existem dois tipos de atividade física: compulsória – para o cumprimento das tarefas cotidianas e do trabalho - e a do tempo livre, realizada sob a própria vontade do sujeito. O termo atividade física usado pela população em geral remete exatamente às atividades físicas do tempo livre. Então, deve-se saber que, embora no meio científico as terminologias apresentadas por Carspersen sejam usadas corriqueiramente, para a população em geral atividade física e exercício físico são sinônimos. Na presente pesquisa também as utilizamos como sinônimos.

Vimos no capítulo anterior que a manutenção da independência funcional para as atividades cotidianas é um dos mais expressivos objetivos a serem perseguidos pelos indivíduos à medida que envelhecem. Apesar de se manifestarem de forma bastante singular em cada indivíduo, em função especialmente da presença de doenças crônicas, algumas características encontram-se presentes em pessoas fisicamente dependentes. Um dos aspectos fundamentais para o estabelecimento da dependência, e para provocar acréscimos no seu grau de comprometimento, é a força muscular. Muitos estudos enfatizam a redução significativa de força muscular como determinante para a presença de incapacidade e dependência (LEBRÃO; DUARTE, 2003, CRESS et al., 1999; MOREY; PIEPER; CORNONI-HUNTLEY, 1998; RIMMER, 1999). A figura 1 mostra esquema teórico sobre a relação força-dependência funcional:

Figura 1: Relacionamento entre força e função física entre pessoas com incapacidades (retirado de RIMMER, 2006, p.325).



Definida como a habilidade que possui o tecido contrátil de produzir tensão em resposta a uma resistência a ele imposta (KISNER; COLLBY, 2005), a força declina cerca de 6% por década, entre os 35 e 50 anos, e 10% por década a partir dos 50 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE E SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1999). Além da força muscular, outros parâmetros da aptidão física merecem destaque para a funcionalidade de indivíduos idosos, entre os quais flexibilidade, equilíbrio e resistência muscular são assinalados por Singh (2006). A prática de atividades físicas é uma das medidas fundamentais definidas pela Política do Envelhecimento Ativo para diminuir perdas funcionais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, e favorecer a condição de independência, entre outros aspectos que determinam a qualidade de vida da pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde (2006) relata os seguintes benefícios resultantes da prática de exercícios físicos para o indivíduo envelhecido:

- * Melhor funcionamento corporal, diminuindo perdas funcionais e favorecendo a preservação da independência;
- * Redução do risco de morte por doenças cardiovasculares;
- * Melhora do controle da pressão arterial;
- * Manutenção da densidade mineral óssea;
- * Melhora da postura e do equilíbrio;
- * Melhora do controle do peso corporal;
- * Melhora do perfil lipídico;
- * Melhora da utilização da glicose;
- * Melhora da enfermidade venosa periférica;

- * Melhora da função arterial;
- * Melhora da resposta imunológica;
- * Melhora da qualidade do sono;
- * Ampliação do contato social;
- * Correlações favoráveis com a redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas;
- * Diminuição da ansiedade, do estresse;
- * Melhora do estado de humor e da autoestima.

Além dos parâmetros físicos, benefícios mais pronunciados resultantes da prática de exercícios físicos, a saúde social e psicológica também são positivamente afetadas (OKIMURA, 2005). Certamente as questões físicas interferem no convívio social, pois indivíduos fisicamente comprometidos tem maior dificuldade de locomoção, e com isso o convívio com as pessoas torna-se mais restrito. Para Zawadski e Vageti (2007, p.47) o *idoso é beneficiado como um todo ao realizar exercício físico, pois numa sociedade que envelhece rapidamente é fundamental que se redefina o papel do idoso no âmbito social, valorizando assim a contribuição que ele ainda pode trazer*. Portanto, a prática de exercícios físicos na velhice representa grande possibilidade para ressignificação de valores e conceitos sobre velhice, favorecendo a quebra de alguns estereótipos sobre essa fase da vida, e para o reencontro do idoso consigo mesmo, como sujeito social e psíquico.

Atualmente, existem muitos tipos de exercícios físicos praticáveis por idosos, cada qual com limitações e potencialidades. Dentre as modalidades de exercícios físicos recomendadas para a prevenção de agravos resultantes do processo biológico de envelhecimento, principalmente aqueles associados à doença, há os exercícios resistidos. Apesar dos indiscutíveis benefícios dessa modalidade para o público idoso, e do seu reconhecimento como componente de programa completo de aptidão física relacionada à saúde (FEINGENBAUM, 2006), a adesão de idosos parece não ser ainda significativa. Com base nessa realidade, discutimos nos tópicos a seguir a importância da prática de exercícios resistidos na velhice, e os fatores que podem interferir na adoção de estilo de vida sedentário e na seleção do tipo de atividade física. Para tanto, apresentamos inicialmente conceitos e características do exercício resistido, e a seguir os valores a ele atribuídos e benefícios que a ele estiveram atrelados no decorrer das últimas décadas.

Exercícios resistidos na velhice: nova proposta para modalidade antiga

Os exercícios resistidos possuem distintas terminologias, sendo *musculação* o termo mais conhecido e difundido. A título de exemplificação, outras nomenclaturas utilizadas são exercícios de força, exercícios contra resistência, exercícios com pesos. Independentemente do termo, é fundamental compreender as características da referida modalidade.

Os exercícios resistidos são conceituados por Jovine (2006) como exercícios físicos que desencadeiam contrações musculares contra resistência externa. Trata-se de uma atividade que consiste de movimentos corporais específicos, realizados durante poucos segundos - geralmente entre 20 e 50 - intercalados com pausas de descanso. É modalidade que permite grande variabilidade de movimentos e o controle absoluto de todas as variáveis existentes no exercício. Os exercícios resistidos podem ser realizados com diversos tipos de equipamentos, como bandas elásticas, pesos livres ou máquinas específicas. Os dois últimos são provavelmente os mais utilizados, dada a possibilidade de se aumentar os níveis de exigência do exercício sem alterar o número de repetições nas séries³.

A indicação pela prática de exercícios resistidos para a população é algo recente. Apesar do surgimento dessa modalidade remeter às antigas sociedades da Grécia e Egito, e de ser o levantamento de pesos um esporte organizado e reconhecido no ocidente desde 1800 (JOVINE, 2006), e presente nos Primeiros Jogos Olímpicos Modernos, em 1896 (GRAVES; FRANKLIN, 2006), apenas nas últimas duas décadas os exercícios resistidos ganharam visibilidade. Até o final da década de 90 eram praticados apenas com objetivos atléticos ou estéticos, e não estavam incorporados ao discurso da atividade física e saúde que vigorava.

O próprio discurso da atividade física como promotora de saúde, que será discutido de forma mais aprofundada no capítulo 3, é também recente. O estudo sistematizado, e com isso a massificação do conhecimento sobre os benefícios da prática de exercícios físicos em geral, data da década de 70. A obra de Kenneth Cooper, *Aerobics*, em 1968, é marco da época em que isso aconteceu. Praticar caminhada, corrida ou outros exercícios aeróbicos se tornou sinônimo de prevenir doenças. Como resultado, foi possível observar grande crescimento do número de praticantes, dispostos a melhorar o condicionamento físico e “evitar” doenças. Nesta época pouco ou nada se falava sobre a musculação, que vinha sendo pesquisada com finalidades de reabilitação desde o final da Segunda Guerra Mundial, quando foi usada para

³ Os exercícios resistidos são feitos de forma intermitente. É denominada “série” um grupo de repetições realizadas continuamente, sem interrupção ou descanso. Normalmente, as séries consistem de 1 a 15 repetições (FLECK; KRAEMER, 2006).

reabilitação soldados estadunidenses, não era considerada parte importante da aptidão física para a população em geral (GRAVES; FRANKLIN, 2006).

Dentre as razões colaboradoras para a manutenção do cenário na década de 80 está a omissão da relevância da atividade no posicionamento oficial do Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM) de 1978. Por ser órgão de referência ao estabelecimento de diretrizes sobre a prática de exercícios físicos já naquela época, ignorar-se os exercícios resistidos na referida publicação foi interpretado como falta de importância dos mesmos. Anos depois, em 1993, Pollock, um dos autores da obra do ACSM, divulgou, em comunicação pessoal, que a não-inclusão dos exercícios resistidos no posicionamento da Instituição ocorreu pela falta de pesquisas nesta área, e não por se pensar que a mesma não fosse importante, como assinalam Graves e Franklin (2006). Na segunda metade da década de 70, atletas começaram a utilizar os exercícios resistidos como parte do treinamento visando o desempenho atlético, e na década de 80 houve avanço do número de pesquisas na área em questão. Assim, no início da década de 90 este tipo de exercício físico foi oficialmente considerado parte fundamental de um programa completo de exercícios para a aptidão física (GRAVES; FRANKLIN, 2006). É a partir da publicação revisada das Diretrizes do ACSM, em 1995, que os exercícios resistidos começam a ganhar espaço nos Estados Unidos. Ao final da década de 90 os profissionais brasileiros envolvidos com a prescrição de exercícios começam a recomendar a prática de exercícios resistidos como parte do programa de condicionamento físico. Com base nessas considerações é possível afirmar que a prática de exercícios resistidos no Brasil é algo bastante novo.

Se o emergir de um número significativo de publicações sobre os benefícios da prática de exercícios resistidos é recente, o é mais ainda quanto aos benefícios para pessoas idosas. Embora o número de estudos referentes aos efeitos da prática desse tipo de exercícios sobre alguns parâmetros específicos ainda não seja indiscutivelmente representativo, como os efeitos positivos sobre a pressão arterial, por exemplo, outros estão documentados, e muito bem reportados em revisões de literatura (DIAS; GURJÃO; MARUCCI, 2006; FARIA et al., 2003). A melhoria da massa muscular e da força muscular é o benefício relatado há mais tempo e no maior número de trabalhos que estudam o assunto. Fiatarone et al., em 1990, publicaram estudo no qual nonagenários obtiveram ganhos de força superiores a 100%. É crescente o número de estudos sobre os efeitos dos exercícios resistidos para a promoção de um bom envelhecimento. Entre os benefícios comprovados, resultantes da prática de exercícios resistidos, e relacionados ao Envelhecimento Ativo, são citados pelo Ministério da Saúde (2006) como os mais importantes:

- Contribuição para a redução da incidência de quedas;
- Incremento da Densidade óssea;
- Diminuição ou reversão da sarcopenia (perda de massa muscular); e
- Manutenção da capacidade funcional e independência.

Outros ganhos resultantes desta prática são: redução no risco de morte por doenças cardiovasculares, melhora do controle da pressão arterial, melhora do equilíbrio, melhor controle do perfil lipídico, ampliação do contato social e melhora do estado de humor e da auto-estima (SINGH, 2006; e STEWART; FRANKLIN; SQUIRES, 2006). Aliado aos benefícios potencialmente resultantes, é fundamental considerar que, apesar dos estereótipos carregados pela musculação como atividade física que utiliza grandes quantidades de peso – o que seria contraindicado para pessoas mais debilitadas - é um tipo de atividade física seguro para idosos, tanto do ponto de vista hemodinâmico quanto musculoesquelético (CÂMARA; SANTARÉM; JACOB FILHO, 2008). A partir dos dados torna-se contundente a indicação desta modalidade de treinamento como algo importante para o público idoso por parte do Ministério da Saúde (2006, p.23) (...) *os exercícios de força são os que realmente podem diminuir ou reverter alguma forma de perda de massa muscular (sarcopenia) e óssea (osteoporose), sendo, portanto, as atividades de preferência na manutenção da capacidade funcional e independência.*

Determinantes para adesão em programas de exercícios físicos

A divulgação do conhecimento sobre os benefícios resultantes da prática de exercícios físicos parece não ter sido suficiente para que os indivíduos, independentemente da faixa etária, se tornem fisicamente ativos KING (1992, apud ANDREOTTI; OKUMA, 2003). No Brasil, estudos indicam que entre 41% e 87% da população não praticam qualquer tipo de atividade física formal nos momentos de lazer (MONTEIRO et al., 2003; HALLAL et al., 2005; e CUNHA et al., 2008). Segundo dados americanos, na população idosa se encontram os níveis mais elevados de inatividade física (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996). Referente à população idosa brasileira, pesquisa de 2006 revela que na população de 65 anos e mais se encontra o maior número de sujeitos fisicamente inativos. No estudo em questão, 50,3% das mulheres e 65,4% dos homens de idade igual ou superior a 65 anos estavam no grupo de insuficientemente ativos, ou seja, se enquadravam nos três quesitos: 1) não praticaram qualquer tipo de atividade física formal nos três meses

anteriores; 2) não realizavam esforços físicos intensos no trabalho; 3) não se deslocavam para o trabalho a pé ou de bicicleta, e não eram responsáveis pela limpeza pesada da casa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O processo de adesão à prática de atividades físicas possui, segundo o modelo Transteorético⁴, etapas de comportamento, também conhecidas como fase de transição de interesses ou estágios de mudança de comportamento. Esta organização da adesão segundo fases e a classificação dos indivíduos nestas *permite distinguir aqueles que estão dispostos a fazer mudanças no seu estilo de vida daqueles que não pretendem* (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008, p.302). Antes de relatar estas fases, é fundamental apresentar o significado de adesão.

A OMS (2005), na perspectiva do Envelhecimento Ativo, considera *adesão* como o processo de adoção e manutenção de um dado comportamento. Trata-se de uma terminologia bastante utilizada no contexto da prática de atividades físicas. Já a terminologia utilizada em referência à continuidade da prática de exercícios é outra. Martins (2000, p.iv) considera aderência como a *fixação e a manutenção do hábito de praticar atividade física*. Neste trabalho utilizamos *adesão* como o processo de ingresso em programas de atividade física, e *aderência* como o processo de manutenção. Retomando a adesão segundo etapas, Dumith, Domingues e Gigante (2008) sintetizam os estágios de mudança de comportamento existentes:

- Pré-contemplação: o novo comportamento não é considerado; o indivíduo não está consciente acerca do problema, e resiste para reconhecer ou mudar o comportamento.
- Contemplação: o novo comportamento é contemplado, mas não a ponto de levar à ação; o indivíduo sabe aonde quer ir, porém ainda não está pronto, podendo permanecer um longo período de tempo neste estágio.
- Preparação: são feitos esforços para preparar mudanças para a adoção do novo comportamento; o indivíduo pretende começar a agir em um futuro muito próximo.
- Ação: mudança inicial no comportamento é operada; o indivíduo modifica o comportamento para um critério aceitável; requer comprometimento de tempo e de energia.
- Manutenção: o novo comportamento foi adquirido e é mantido ao longo do tempo; o indivíduo trabalha para evitar relapsos/recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante o processo de ação; é uma continuação da mudança do comportamento.

⁴ Modelo Transteorético é um modelo proposto por Prochaska e Diclemente (1983) que pressupõe que a adoção de um dado comportamento passa por uma sequência de etapas. Foi utilizado inicialmente para os hábitos de tabagismo, e posteriormente inserido em outros contextos, inclusive ao da adesão às atividades físicas.

Martins (2000, p.49) relata que *os fatores determinantes do comportamento resultam de interações do indivíduo com seu semelhante, com a sociedade, com o ambiente e consigo mesmo*. Pitanga e Lessa (2005) destacam que os fatores associados ao sedentarismo no lazer estão ligados a determinantes de ordem bio-psico-social, cultural e comportamental. De forma mais sintética, Cardoso et al. (2008) afirmam que a literatura aponta para fatores que influenciam de forma positiva ou negativa a adesão à prática de exercícios físicos. Refere-se aos facilitadores e barreiras, respectivamente. Já Dishman (1993), citado por Andreotti e Okuma (2003), assinala que as variáveis determinantes do grau de fixação em programas de atividades físicas são categorizadas como: (1) fatores pessoais, passados ou presentes, nos quais estão incluídos idade, sexo, grau de instrução, renda, etnia e estado civil; (2) fatores ambientais ou situacionais, passados ou presentes, nos quais incluem-se apoio social e participação da família, falta de tempo percebido, clima e proximidade do local da prática; (3) fatores comportamentais, dos quais fazem parte hábito de fumar e tipo de ocupação; e (4) fatores relativos ao programa de atividade física, como intensidade da atividade e características do professor. Com base na variedade de classificações, é possível verificar a utilização de diferentes tipos de embasamentos nos estudos sobre os determinantes para a prática de atividades físicas. Sobre esse aspecto, Seabra et al (2008) apresentam um quadro adaptado de Sallis e Owen (1999) para classificar os fatores que podem intervir na adesão inicial pela prática de atividades físicas:

Quadro 1: Fatores e determinantes dos hábitos de atividade física (retirado de Seabra et al., 2008)

Fatores	Determinantes
Demográficos e biológicos	Idade; habilitações acadêmicas; sexo; genética; estatuto socioeconômico; características físicas antropométricas/composição corporal; etnia
Psicológicos, emocionais e cognitivos	Gosto pelos exercícios; alcance de benefícios; desejo de exercitar-se; distúrbios do humor; percepção de saúde e aptidão; senso pessoal de competência; motivação
Comportamentais	História de atividade anterior; qualidade dos hábitos dietéticos; processos de mudança
Socioculturais	Influência do médico; apoio social dos amigos/pares; apoio social da família; apoio social dos professores
Ambientais	Acesso a equipamentos (percepção); clima; custos dos programas; interrupção da rotina
Característica da atividade física	Intensidade; sensação subjetiva do esforço

Sobre a adesão de idosos em programas de atividades físicas, Cousins (1998) cita que precisam enfrentar barreiras internas e externas para a adesão e continuidade da prática de exercícios físicos. A respeito do assunto, 87% dos idosos participantes do estudo de O'Neil e Reid (1991) encontraram pelo menos uma barreira para se exercitar. A partir de um estudo de revisão, Schutzer e Graves (2004) apresentaram como barreiras mais comuns relacionadas à adesão de idosos a programas de exercícios físicos: estado de saúde, ambiente, aconselhamento médico, conhecimento por parte do idoso e ausência do hábito de se exercitar nas fases anteriores da vida. As barreiras citadas por Cousins (1998) se subdividem em internas e externas:

- Barreiras internas: relacionadas ao pensamento individual e ao sentimento do idoso. Compreendem sentimento de intimidação, ansiedade psicossocial, saúde autopercebida, baixa autoconfiança, orientação dos resultados e falta de tempo percebido.
- Barreiras externas: relacionadas ao ambiente, às situações e à sociedade. Compreendem comodidade por causa da tecnologia, falta de estímulo pela família, falta de companhia e distância da residência ao local da prática.

Também a partir de estudo de revisão da literatura, Rhodes et al. (1999) concluíram que a fragilidade física ou percepção de baixa saúde é a mais importante barreira à adesão entre idosos.

Capítulo 3

*O corpo envelhecido e em movimento:
questões antropológicas*

Velhice: questões histórico-culturais

Vimos no capítulo anterior que são muitos os fatores que podem determinar a adesão ou não adesão a programas de atividade física. Em se tratando de indivíduos idosos, os determinantes socioculturais ganham importância fundamental ao processo de adesão. Moreira e Nogueira (2008) afirmam que o estilo de vida, valores e padrões sociais - portanto, o modo de ser do indivíduo – são influenciados por inúmeras ocorrências, de natureza social, cultural, política e econômica. Ao considerar que a *terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência*, (OMS, 2005) é provável que esta associação ainda persista e faça com que muitos idosos acreditem que o comportamento mais adequado seja o sedentarismo. Andreotti e Okuma (2003) acreditam que muitas mulheres idosas deixam de praticar atividades físicas devido à crença de que isto é inapropriado ou perigoso, em decorrência dos estereótipos que vinculam velhice e declínio físico. Neste capítulo discutiremos esses estereótipos e a maneira como influenciam a adesão a programas de exercícios físicos, e mais especificamente a programas de exercícios resistidos.

Conforme discutimos no capítulo 1, o envelhecimento é um processo natural, e ocorrerá com todos os seres humanos. Mas, apesar de natural, envelhecer traz alterações físicas, cognitivas e sociais, as quais predispoem o sujeito à doença, à dependência física e ao isolamento. Com isso, a velhice *ganha*, na sociedade, concepção extremamente negativa, associada a decrepitude, improdutividade, fragilidade, rabugice e morte. É compreensível que os indivíduos rejeitem a ideia de se tornar e ser chamados de velhos, e que busquem maneiras de esconder sinais físicos que simbolizam a velhice, como rugas ou cabelos brancos. Assim, uma denominação que deveria ser apenas alusão às pessoas que já viveram mais, é vista por muitos como ofensa, por causa do medo e angústia gerados pela possibilidade de pertencimento à categoria dos velhos. Por que a velhice foi construída de maneira tão negativa?

Para Goldfarb (1998), a velhice não teve sempre a atual conotação negativa. Segundo a autora, antes do período da Revolução Industrial, o velho, detentor da memória coletiva e representante da sabedoria, nas sociedades tradicionais era *elemento na vida do jovem que colaborava para a sua ancoragem no registro do simbólico* (p.11). A forma de enxergar a velhice se modifica no contexto da Revolução Industrial, quando o valor dos sujeitos passa a ser atribuído à sua capacidade produtiva. É de se compreender que aquele que não possui vigor físico para o trabalho passe a ser visto como inútil e decrepito.

Para Silva (2008), a distinção de vida adulta e velhice ocorre entre os séculos XIX e XX, e em razão de dois determinantes principais: os avanços nos conhecimentos médicos

sobre o envelhecimento biológico e a institucionalização das aposentadorias. Na realidade, Debert (2004) considera que não somente a velhice, mas a divisão dos indivíduos em categorias, segundo a faixa etária a qual pertencem, tem origem na modernidade, caracterizando a chamada institucionalização do curso da vida. Portanto, os conceitos de infância, juventude, vida adulta e velhice são uma construção sociocultural e não algo da natureza humana. O referido período histórico, a modernidade, marca um momento no qual a idade cronológica passa a assumir lugar fundamental para a organização social (SILVA, 2008). Por meio da construção da vida em estágios, os sujeitos começaram a *ser regidos* por normas que ditam como cada um deveria se comportar e quais lugares ocupar, de acordo com a etapa da vida na qual estava. Portanto, o processo *não significou apenas a regulamentação das sequências, mas também a constituição de perspectivas e projetos, por meio dos quais os indivíduos orientam-se e planejam suas ações, individual ou coletivamente* (DEBERT, 2004, p.52). Dos adultos esperava-se a constituição de família e o trabalho, e dos velhos o recolhimento, a reflexão e a solidão.

Por volta da década de 1960, um novo conceito, ou mais uma categoria de idade, como alguns autores preferem, surge: a terceira idade. Esta surge inicialmente em países europeus, especialmente na França, e segundo Silva (2008), frente: 1) às modificações dos sistemas de aposentadoria; 2) ao surgimento de novas vantagens oferecidas pelas aposentadorias diante da necessidade de atender às demandas diferenciadas da nova classe de indivíduos que se aposentavam: camadas médias urbanas da sociedade; 3) aos discursos da Gerontologia Social; e 4) à cultura do consumo. A velhice, agora renomeada, passa a significar *o momento do lazer, propício à realização pessoal, que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, hobbies e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família* (SILVA, 2008, p.161). *Velho* dá lugar ao termo *idoso*. No cenário brasileiro, entretanto, os dois termos ainda são utilizados: o primeiro como sinônimo de decrépito, ultrapassado e rabugento - razão pela qual muitos sujeitos afirmam que nunca ficarão velhos, e o segundo remete simplesmente àquele que, apesar de ter 60 anos ou mais, continua ativo, participante da sociedade. Na visão de Peixoto (2007), a utilização das terminologias também se relaciona à classe social à qual o indivíduo pertence. A título de ilustração sobre a utilização dos termos no cotidiano, citamos o trecho de um texto muito encontrado em sites da internet, de autoria desconhecida, publicado em cartilha da Defensoria Pública do Estado da Bahia (s/data): *Idosa é uma pessoa que tem muita idade. Velha é uma pessoa que perdeu a jovialidade. A idade causa degeneração das células. A velhice causa a degeneração do espírito. Por isso, nem todo idoso é velho, e há velho que ainda nem chegou a ser idoso (...)*

Em resumo, idoso e velho são duas pessoas que até podem ter a mesma idade na certidão de nascimento, mas têm idade bem diferente no coração.

Sobre o uso adequado das distintas terminologias em referência aos indivíduos de 60 anos e mais, no ano de 2004, a Secretaria de Direitos Humanos considerou que as pessoas idosas, em função da carga pejorativa que carrega o termo *velho*, preferem ser tratadas como idosos (QUEIROZ, 2004). No presente estudo utilizamos idoso, velho e velhice, desconsiderando os estereótipos dos dois últimos termos.

Para possibilitar apanhado geral sobre papéis sociais e categorizações dos indivíduos segundo a fase da vida, através dos tempos, apresentamos as considerações de Debert (2004). A autora diferencia e denomina os momentos históricos em pré-modernidade, modernidade e pós-modernidade. Na pré-modernidade, o aspecto geracional era o determinante fundamental dos papéis sociais e do curso da vida. No referido contexto, a significação do ciclo da vida passava pelo papel exercido pelo indivíduo na família e seu grau de maturidade para o controle de poder. Na modernidade, período histórico marcado pela preocupação com a produtividade, que tinha a individualização como aspecto fundamental, o curso da vida e seus estágios foram definidos cronologicamente. Na pós-modernidade, esses modelos tendem a se desfazer, desconstruindo o modelo de um curso de vida retilíneo, com etapas muito bem demarcadas. É o que Held (1986), citado por Debert (2004), chama de “desinstitucionalização” ou “descronologização da vida”. Com isto, temos no mundo pós-moderno o que Debert (2004) descreve como grande abertura para a heterogeneidade. E a juventude não está agora necessariamente vinculada ao pertencimento a determinado grupo etário, mas a valores e estilos de vida.

Envelhecer na contemporaneidade: ser velho na “era do culto ao corpo”

Consideramos, como Helman (2003, p.12), a cultura como *um conjunto de princípios herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios estes que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como se comportar em relação às outras pessoas, às forças naturais ou aos deuses e ao ambiente natural*. Compreendemos assim que o meio no qual um indivíduo cresce e vive determinará a sua forma de pensar e agir frente às diferentes situações e indivíduos.

Ainda segundo Helman (2003), na contemporaneidade, nas sociedades ocidentais, a cultura valoriza o novo, a juventude, a produtividade e o individualismo. E há forte cultura midiática, fundada no apelo ao consumo (FEASTHERSTONE, 1995), na qual *a beleza, a juventude, a felicidade, o corpo perfeito e o sucesso pessoal constituem bens ou mercadorias*

que se pode adquirir (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008, p.61). A busca pelo corpo perfeito se torna característica marcante, preconizada pelas manchetes das revistas segmentadas no tema saúde e bem-estar⁵, que prescrevem os ditos comportamentos saudáveis, nos quais se incluem as atividades físicas.

Ao considerar que é no corpo que a primeira vivência da velhice acontece (MERCADANTE, 2003), o envelhecer torna-se indesejável, pois representa a perda estética e funcional. O que gera no sujeito uma inquietação, a qual é também decorrente de concepção estereotipada da velhice, pois as perdas físicas sugerem, segundo Mercadante (2003), perdas no papel social, econômico e cultural. Neste contexto envelhecer é estigma indesejável, e o velho, ser destituído de valor social (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Ser *velho*, à luz desse conceito, significa perder a beleza e o vigor da juventude, tornar-se improdutivo e decrépito. A contemporaneidade permite ser *idoso*, o que pode significar somente uma questão etária, não necessariamente vinculada às características relatadas, podendo inclusive caracterizar o que Sant'Anna (2006) chama velhice jovial. A velhice, então denominada terceira idade, é socialmente aceita, e a manutenção da boa aparência e do “cuidar de si” é vista como responsabilidade do sujeito que envelhece (SANT'ANNA, 2006). Aqueles que permitem que os sinais físicos da passagem do tempo apareçam, e deixam de utilizar os artifícios que a indústria da beleza e do rejuvenescimento oferecem, seriam classificados como descuidados ou pobres de recursos (SANT'ANNA, 2006).

A discussão leva a outra, de natureza mais ampla: o que é o corpo? Pereira (2000) considera que o corpo é *entidade biológica*, e ao mesmo tempo objeto apropriado e modelado pela cultura. A entidade biológica coloca todos, para o autor, na mesma condição, a de objeto da natureza *associado à animalidade* (p.21). Seria a cultura elemento humanizador do corpo, aquilo que diferencia o homem dos outros homens e estes dos demais animais. Portanto, o corpo é também elemento identificador, construtor da identidade dos sujeitos.

Santos (2006) considera que na contemporaneidade as questões sobre o corpo ganham particularidades. Para a autora, os avanços da ciência e o papel da mídia repercutem em maior exposição interna e externa do corpo, e têm como consequência uma exploração da intimidade nunca antes vista. A dimensão estética torna-se valor fundamental da vida (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008), e aparece muitas vezes camuflada no discurso da saúde.

⁵ Revistas segmentadas publicam informações referentes a área de interesse específico, e, portanto, têm como característica o direcionamento a um público-alvo e a construção de vocabulário próprio de comunicação com ele.

Boa Saúde e boa velhice: o “papel” da atividade física

Os atuais discursos de saúde têm plena integração com o sistema econômico vigente, e colaboram para a construção de valores sociais que culminam em novas maneiras de pensar e vivenciar o mundo e as relações humanas. Helman (2003) chama atenção para a maneira como o conceito de saúde é construído, o que afeta as formas de vivenciar a velhice.

Atualmente, os conceitos acadêmicos utilizados para designar *saúde* não contemplam apenas as dimensões biológica e física do indivíduo. Fala-se de conceito de saúde ampliado, o qual compreende processo positivo e dinâmico, e envolve a integração dos aspectos físico, mental, ambiental, pessoal/emocional e socioecológico (SCHALL; STRUCHINER, 1999). Para a OMS (2005), *a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersectorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades*. Na opinião de Minayo, Hartz e Buss (2000), apesar dos esforços atuais para encontrar uma conceituação de *saúde* menos reduzida ao sistema médico, este ainda domina a reflexão prática no campo da saúde pública.

Para Santos (2006), o conceito atual de saúde se relaciona ao estilo de vida e ao consequente bem-estar resultante. A autora afirma que *já não é suficiente afastar a doença nem mesmo apenas aumentar as resistências orgânicas; é necessário aprofundar um sentimento, aumentar os registros das sensibilidades, uma forma de experimentar o corpo* (p.11). E o corpo, ao ser objeto das receitas midiáticas milagrosas que lançam ao próprio sujeito a culpa pelo “erro” ou “falta”, leva a outra construção cultural: a solução para o envelhecimento está em suas mãos. A prática de exercícios físicos se torna um dos pilares fundamentais para o alcance de um corpo belo, jovem e saudável. Praticá-los é sinônimo de autocuidado, e o sedentarismo⁶ é visto como negativo.

O discurso de Lipovestky (2005, p.42) sobre o corpo em envelhecimento está em plena convergência: *como pessoa, o corpo ganha dignidade, deve-se respeitá-lo, quer dizer, cuidar constantemente de seu bom funcionamento, lutar contra a sua obsolescência combater os sinais de sua degradação por meio de uma reciclagem permanente (cirúrgica, esportiva, dietética etc); a decrepitude ‘física’ tornou-se uma torpera*.

Muitos assumem então *a saúde* como motivo para a prática de atividade física, mesmo que não saibam exatamente o que significa. Concebemos que a saúde passa a ser vista como

⁶ Sedentarismo ainda não possui um conceito acadêmico universal. São muito díspares os critérios utilizados na literatura para defini-lo, desde os simples, como não praticar atividades físicas formais nas horas de não trabalho, quanto critérios bastante específicos, baseados no gasto energético semanal, por exemplo. A população “leiga” utiliza o termo em sua forma mais simplificada: ser sedentário significa não realizar qualquer tipo de atividade física formal.

um resultado exclusivo das ações tomadas pelo indivíduo, e este se torna o principal responsável por prevenir doenças, incapacidades e construir um envelhecimento ativo. Loureiro e Della Fonte (1997) consideram este como um processo de retificação da saúde, no qual o direito a esta se torna uma *simples reivindicação de acesso às mercadorias/símbolo da saúde* (p.131). Trata-se de uma nova fase da história do individualismo ocidental, ligada à biopolítica⁷ (LIPOVETSKY, 2005)

Certamente há repercussões negativas destas formas de conceber saúde com foco exclusivo no estilo de vida. Uma delas é a verdadeira ditadura da atividade física e a consequente *demonização do sedentarismo*, como utiliza Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2007). No imaginário popular temos então a idéia de que a atividade física, por si só, produz *saúde*, o que gera como consequência a sua prática compulsória. Assim, o indivíduo fisicamente ativo adquire o status de *aquele que se cuida*, está imune ao estresse e às doenças. É definitivamente uma pessoa saudável. Na opinião de Carvalho (2004) a atividade física na atualidade apresenta-se como uma questão de dupla natureza, pois oferece ao praticante uma libertação do corpo, ao mesmo tempo em que o iguala à ditadura dominante, a qual diz como, quando e onde fazer. A partir de uma discussão sobre o discurso moral embutido no assunto sedentarismo versus saúde, Palma (2009, p.189) considera que *o sedentarismo assume simbolicamente um tom pejorativo e discriminatório, que traz ou visa trazer o sentimento de culpa para o próprio indivíduo*

Portanto, a dimensão corporal aqui está em primeiro plano na rede flexível do biopoder contemporâneo⁸. Trata-se de um cuidar de si que visa o corpo e a longevidade, e não o cuidar de si que visa o que Foucault chamava de estética da existência⁹ (PELBART, 2003)

⁷ O conceito de biopolítica nasceu das pesquisas de Foucault sobre os modos de subjetivação do ser humano enquanto resultado das ações dos poderes políticos sobre a vida humana. Designa, para Pelbart (2003, p.24) *a entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder, fazendo do poder-saber um agente de transformação da vida humana*.

⁸ Biopoder foi um conceito apresentado por Foucault em referência a *uma das modalidades de exercício de poder sobre a vida, vigentes desde o séc. XVIII* (PELBART, 2003, p.24). Representa um apoderamento da vida, uma normatização dos comportamentos e das ações em todas as suas etapas, que se faz pelo adestramento das populações. Caracteriza uma nova lei de existência que visa *distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade* (FOUCAULT, 1988, p.157).

⁹ Para Foucault as formas de viver o cuidar de si se diferenciaram através da história em duas: 1) aquela que pressupõe uma elaboração pessoal a partir de um diálogo consigo mesmo, e visa o conhecimento interior. Estava presente nas culturas Greco-Romanas e pode ser sintetizada na expressão *domínio de si*; e 2) Aquela que se construiu nas sociedades dos séculos 4 e perdura até hoje, e que entendeu o cuidar e o conhecimento de si como uma transformação do sujeito em função do conhecimento objetivo, em favor de uma obediência aos valores vigentes. Visa o corpo, a longevidade e a felicidade estética, e não mais o auto-conhecimento. A estética da existência de Foucault é exatamente a expressão do cuidar de si dos gregos. *Estética da existência* representa, então, a beleza do apreciar o conhecimento e a afirmação de si mesmo, a beleza do trabalho de elaboração pessoal.

Considerar a atividade física sob esta perspectiva não significa negar a sua capacidade de otimizar a aptidão física do sujeito e mesmo de prevenir de forma mais eficiente uma série de doenças relacionadas à hipocinesia. Significa reconhecer que a mesma se tornou um instrumento em favor da ditadura da beleza e da juventude, e muitas vezes mascarada nos discursos da saúde, esta concebida na perspectiva da não-doença, pois *todos querem preservar a vida e prolongá-la, por mais desconfortável que seja, para fugir desesperadamente da morte* (ZIZEK, citado por PELBART, 2003). Com isso, discutir a prática de atividades físicas na atualidade exige o contemplar de uma perspectiva ampla, e uma leitura consciente e crítica do contexto em que é realizada, no que diz respeito aos seus objetivos e reais possibilidades.

A cultura e sua possível interferência sobre a prática de atividades físicas na velhice

Os idosos de hoje compõem uma coorte com características muito particulares. As pessoas que são idosas hoje nasceram na década de 1940, ou antes, e portanto vivenciaram de fato o mundo a partir da década de 50. Isso significa dizer que estas pessoas assistiram e, sobretudo, viveram transformações gigantescas na forma de viver e pensar o mundo. O Brasil das décadas em questão era um país rural, com expectativa de vida em torno dos 45 anos. Especificamente sobre o modo de vida das pessoas, as mudanças foram muito significativas. O surgimento e a popularização dos recursos tecnológicos, por exemplo – televisão, telefone, rádio e a internet – ressignificaram as distâncias e as formas de comunicação e informação.

Certamente os valores e a moral destas décadas são também bastante diferentes do que o são atualmente, caracterizando uma mudança cultural tremenda. Os papéis ocupados por homens e mulheres também se modificaram. Na década de 50 o papel ocupado pela mulher na sociedade era basicamente de provedora dos filhos e cuidadora da casa, enquanto cabia ao homem o trabalho fora de casa, local onde eles encontravam a sua identidade enquanto sujeitos. Esperava-se comportamentos muito diferentes de homens e mulheres e o acesso das crianças à educação não era igualitário entre os sexos. Os idosos de hoje vivenciaram uma grande modificação cultural a respeito de comportamentos *permitidos* pelas pessoas, e sobretudo pelas mulheres.

Também nas décadas em questão a prática de Atividades Físicas não era algo rotineiro como na atualidade, não tinha a conotação de saúde como agora. Considerando as discussões já feitas neste trabalho sobre os discursos da atividade física e saúde quanto ao momento histórico de seu surgimento, é possível afirmar que os idosos de hoje, durante a sua juventude

e vida adulta, concebiam a atividade física de forma muito diferente do que fazem os jovens e adultos de hoje. A própria Educação Física quando instituída nas escolas brasileiras na década de 30, não tinha as atividades físicas como seu instrumento principal. O foco da época era educar/disciplinar as crianças sobre as condutas de higiene pessoal e as posturas corporais consideradas mais adequadas ou mais *civilizadas*.

Portanto, os idosos de hoje começaram a ouvir os discursos sobre a prática de Atividades Físicas e seus benefícios quando tinham cerca de 30 anos de idade ou mais. Nesta época, entretanto, os estereótipos de velhice eram ainda bastante acentuados, e a prática de atividades físicas não era algo comum entre os velhos da época. Helman (2003, p.13) afirma que dentro da cultura maior de uma sociedade, estão abrigadas também outras culturas menores, na qual *os indivíduos formam um grupo à parte, com seus próprios conceitos, suas regras e sua organização social*. O autor aponta que os velhos visualizam de maneira também particular o mundo e seu modo de comportamento.

É inegável que os comportamentos esperados por indivíduos de um determinado grupo etário, assim como a própria categorização dos sujeitos segundo a idade, é uma questão cultural (HELMAN, 2003). Debert (2004) trata deste agrupamento dos indivíduos em faixas etárias como uma periodização da vida. Para a autora, tratar deste assunto significa *mostrar como um processo biológico é investido culturalmente, elaborado simbolicamente com rituais marcando fronteiras entre idades pelas quais os indivíduos passam* (p.39). A autora afirma ainda que esta periodização é uma das questões fundamentais para a compreensão da sociabilidade em contextos e sociedades distintas. A categorização dos indivíduos em faixas etárias favorece uma homogeneização dos sujeitos segundo a idade que possuem. Ao tratar especificamente do sujeito velho, Minayo (2006) relata que a homogeneização deste grupo tem como consequência a substituição de uma percepção da velhice conforme a sua complexidade pela adoção de estereótipos.

Fato indiscutível é que o indivíduo envelhecido acumulou ao longo de sua vida alterações biológicas nos vários sistemas orgânicos, as quais o coloca em situação de maior fragilidade ante o meio em que vive, e o deixa também mais suscetível tanto aos agravos das doenças acumuladas ao longo dos anos quanto ao surgimento de outras. Ao mesmo tempo, o indivíduo que se aposenta, ao redor da idade cronológica dos 60 anos, também tem alterações sociais, traduzidas principalmente na redução do contato social que lhe era anteriormente proporcionado pelo ambiente do trabalho. Tais modificações, quando somadas, tendem a fazer com que o indivíduo se restrinja ao ambiente doméstico como local de interação ambiental e ao convívio familiar como local de interação social; o que, em longo prazo, pode

aumentar ainda mais as vulnerabilidades biológica e social, e culminar então na visão estereotipada da velhice.

A OMS (2005) aponta para a necessidade de se olhar para a velhice de maneira diferenciada do que se fazia até algumas décadas atrás. Após relatar que a velhice já não pode mais ser discriminada e vista como sinônimo de decrepitude e fim da vida, esta considera que a educação dos jovens para a questão do envelhecimento, e a luta dos idosos e da mídia para derrubar estes estereótipos sejam o caminho para o reconhecimento da velhice como uma etapa de desenvolvimento humano que pode ser bastante produtiva.

Série Específica

Capítulo 4

O cenário da Pesquisa

O Estado de Rondônia e a cidade de Porto Velho: aspectos gerais, história e envelhecimento populacional

O Estado de Rondônia possui 237.576,167 Km² de extensão, e 1.503.928 habitantes, espalhados em seus 52 municípios, segundo estimativas do IBGE (2009b). Em comparação a outros Estados brasileiros, Rondônia tem ainda poucos habitantes, e apenas 53,8% dos habitantes são naturais do próprio Estado (IBGE, 2009a). O alto número de migrantes na composição da população é consequência de ocupação ainda recente. O mais significativo ciclo de ocupação da região aconteceu na década de 70. Naquela época, a região Sul do Brasil vivia tensões fundiárias importantes. Diante da falta de soluções para o problema e da necessidade de ocupar e desenvolver a região até então pouco habitada, o governo brasileiro criou projetos agrícolas com incentivos fiscais para quem migrasse para o então Território Federal de Rondônia (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO - PMPV, 2006).

Em 1914, bem antes da criação do Estado de Rondônia (1981), o município de Porto Velho, hoje capital do Estado, já existia oficialmente, sendo pertencente ao Estado do Amazonas. O primeiro ciclo de povoamento da cidade ocorreu em 1907, após a assinatura do Tratado de Petrópolis, em 1903, pelo qual *o Brasil se comprometia com a Bolívia a construir uma estrada de ferro que ligasse a fronteira boliviana do rio Mamoré até a cabeceira navegável do rio Madeira. Em contrapartida o Governo boliviano passava para o Brasil as terras do extremo oeste que formam hoje o estado do Acre* (PMPV, 2008).

Após a conclusão da obra da Estrada de Ferro, em 1912, a população de Porto Velho era composta por cerca de mil habitantes (ASSOCIAÇÃO RONDONIENSE DE MUNICÍPIOS - AROM, 2009). Desde então, a região viveu períodos entre a estagnação e o auge, os quais influenciaram no processo migratório, resultantes principalmente dos ciclos econômicos da borracha e dos incentivos governamentais oriundos de preocupações com possíveis perdas das regiões fronteiriças da Amazônia. Os lemas “Marcha para o oeste” e “Integrar para não entregar” são exemplos mais representativos das campanhas de incentivos migratórios proferidos pelo governo (PEIXOTO, 2009). Na criação do Território Federal do Guaporé, em 1943, Porto Velho foi denominada capital, permanecendo na renomeação da região em Território Federal de Rondônia, na criação do Estado de Rondônia, em 1981.

Hoje, Porto Velho passa novamente por momento de mudanças e novo ciclo de povoamento. Com a atual construção das Usinas Hidrelétricas do Rio Madeira, a população, que correspondia a 369.345 habitantes em 2007 (IBGE, 2007), tem sentido, nos últimos anos, aumento representativo da chegada de migrantes, e as atuais estimativas indicam que o município possui aproximadamente 382.829 habitantes (IBGE, 2009b). Porto Velho, em

34.082 km² de extensão, tem 66 bairros no perímetro urbano, três reservas indígenas e 12 distritos na zona rural (PMPV, 2008). Uma das características mais marcantes da cidade é o clima, do tipo tropical úmido, caracterizado por altas temperaturas e grande umidade. A temperatura média está em torno dos 24-26°, e a umidade relativa do ar é de 85-90% no verão e 75% no inverno (RONDONIA, 2005)

Sobre o envelhecimento populacional em Porto Velho e em Rondônia, os dados mais atualizados, resultantes do PNAD de 2008 e publicados em 2009, relatam que há 106.000 idosos neste Estado, o que corresponde a uma proporção de idosos de 7,0% em relação à população total. A esperança de vida ao nascer é de 71,5 anos no Estado, sendo maior para mulheres (74,4 anos) do que para os homens (68,8 anos) (IBGE, 2009a). A razão de dependência de idosos - indicador que expressa a proporção de pessoas com idade acima de 65 anos em relação a 100 pessoas em idade potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade) – é de 7,0 em Rondônia (IBGE, 2009a).

Em Rondônia, a razão de sexos - medida que expressa o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 pessoas do sexo feminino em determinado grupo etário - da população de 60 anos ou mais é de 99,9 (IBGE, 2008a). Ou seja, o número de idosos do sexo masculino e feminino é bastante semelhante. O dado é contrário ao fenômeno da feminização da velhice, que ocorre em regiões brasileiras mais envelhecidas. Entretanto, há tendência a mudança na situação no Estado, pois enquanto a razão de sexos é de 102,5 para a faixa etária acima dos 70 anos, para os idosos que têm de 60 a 64 anos é de 95,2 (IBGE, 2008a).

Em Porto Velho, o número de idosos é de 18.730 pessoas, o que corresponde ao percentual 5,07% em relação à população total, que era de 369.345 habitantes em 2007 (IBGE, 2007). Pensar no público idoso da cidade é tratar de pessoas com vasta diversidade de culturas e costumes, advindos de todas as regiões brasileiras. Poucos são os dados sobre as condições de vida dos idosos residentes em Porto Velho, em razão do baixíssimo número de pesquisas. Como em grande parte do país, Porto Velho possui poucas iniciativas direcionadas ao público idoso, as quais, quando existentes, têm baixo alcance. Em relação à prática de atividades físicas, as ações públicas existentes são restritas e pouco conhecidas pela população. A cidade de Porto Velho recebeu do governo federal, com base no Programa Brasil Saudável, em março de 2010, os primeiros equipamentos para a prática de exercícios físicos destinados ao uso público, conforme acontece em diversas cidades, desde 2009. São as chamadas Academias da Terceira Idade.

Características da pesquisa

Nesta pesquisa buscamos identificar os determinantes e limitantes de adesão em programas de treinamento resistido entre idosos da cidade de Porto Velho, e compreender os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adesão. Como objetivos específicos estão identificar o perfil dos sujeitos idosos praticantes de treinamento resistido, o seu conhecimento sobre os benefícios potenciais resultantes da prática de musculação, e os fatores contribuintes ao início e continuidade da prática. Para tanto, definimos a entrevista como instrumento de obtenção dos dados. Todas as entrevistas tiveram registro de áudio, mediante autorização dos sujeitos, justificado pela necessidade de garantia da fidedignidade das falas. Portanto, a abordagem utilizada foi qualitativa, a qual se aplica, segundo Minayo (2008, p.57), *ao estudo (...) das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.*

Fazemos nossas as palavras de Minayo (2008, p.57), quando ressalta que a abordagem, *(...) além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo estudado.*

Além da entrevista aplicamos questionário composto por questões fechadas. O questionário, que consta no anexo 3, determina que o entrevistado atribua um grau de importância a cada um dos fatores elencados, que podem teoricamente desencadear a adesão. Por exemplo, quanto ao fator *contato social*, o entrevistado deveria dizer o quanto a busca por contato social foi importante para a sua adesão.

Procedimentos adotados

Da determinação das academias participantes da pesquisa ao convite para a entrevista

Em dezembro de 2008 solicitamos, via protocolo, ao Conselho Regional de Educação Física da 8ª região (CREF-8), na seccional do Estado de Rondônia, a listagem completa dos estabelecimentos que ofereciam serviços na área de treinamento resistido, localizados na cidade de Porto Velho, registrados no órgão. Da listagem constavam 18 estabelecimentos; de quatro não havia dados de endereço ou telefone do local. Os demais 14 estabelecimentos restantes foram procurados. Em cinco não foi possível estabelecer contato com os responsáveis, por causa da ausência na cidade no mês em que a tentativa foi feita (3), ou

incompatibilidade entre o endereço fornecido e a localização do estabelecimento (2). Dos nove restantes, dois foram excluídos por alegarem ausência de idosos frequentadores. Os sete estabelecimentos restantes autorizaram a pesquisa. A partir da autorização, preencheram a documentação necessária ao encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, da PUC-SP. O projeto, sob o nº 018/2009, foi aprovado no dia 30/03/2009. O protocolo de aprovação consta no anexo 1 deste documento.

Para caracterização inicial dos sujeitos componentes do Universo Academias, levantamos idade e sexo dos 88 idosos matriculados nas sete academias. O dado foi obtido por meio de informações cedidas pelos estabelecimentos, a partir dos registros de matrícula dos clientes.

Os praticantes de musculação das sete academias foram convidados a participar da pesquisa conforme as preferências dos estabelecimentos colaboradores. Dos sete estabelecimentos, três optaram que o convite fosse feito pelos funcionários do estabelecimento. Foi confeccionado um convite, contendo informações básicas sobre a pesquisa e identificação da pesquisadora. Dois estabelecimentos preferiram que a própria pesquisadora fizesse o convite aos potenciais entrevistados. Um dos estabelecimentos deixou a critério da pesquisadora a definição da forma do convite. Neste caso, metade dos entrevistados foi convidada por funcionários do estabelecimento, via entrega de convite, e a outra metade por convite direto da pesquisadora. Um dos estabelecimentos preferiu fazer o contato inicial, entregando o convite, e pedindo autorização ao potencial entrevistado para a pesquisadora telefonar e apresentar detalhes sobre a pesquisa e verificar disponibilidade e interesse pela participação.

Da escolha pelo Espaço Alternativo ao convite para a entrevista

Optamos também a fazer entrevistas com praticantes de caminhada. Escolhemos o mais conhecido e frequentado local público disponível à prática de atividades físicas na cidade de Porto Velho: o Espaço Alternativo. O local é uma via pública para circulação de veículos, que liga o aeroporto à cidade. São aproximadamente 2km. O local fica interditado à passagem de carros diariamente em dois horários: das 6h às 8h e das 17h às 20h horas. O ambiente possui estabelecimentos que vendem água de coco, abacaxi e melancia. O espaço é atualmente bastante frequentado por indivíduos de todas as idades.

A partir da determinação do local desta etapa da pesquisa, procuramos a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SEMES) para solicitar autorização. Em razão de ser o Espaço Alternativo local público, o responsável pela Secretaria declarou que não haveria necessidade

de autorização ou repasse de informações ao órgão. O documento emitido pela Secretaria está no Anexo 2.

A idade e sexo dos idosos frequentadores do Espaço Alternativo foram obtidos in loco, em pesquisa de campo, realizada pela autora e um colaborador, discente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Na Tabela 2, constam datas e horários em que os pesquisadores permaneceram no local. Todos os indivíduos que passavam eram questionados quanto à idade, sendo o sexo determinado a partir de observação de características como vestimenta, por exemplo.

Para convidar os indivíduos idosos praticantes de caminhada a participar da pesquisa nos dirigimos, pesquisadora e colaborador, ao Espaço Alternativo em seis dias, não consecutivos. No local, adotamos as seguintes ações: (1) Todos os indivíduos que passavam no local eram questionados quanto à idade; (2) Os indivíduos que relatavam ter idade igual ou superior a 60 anos recebiam um convite do qual constavam informações mais detalhadas sobre a pesquisa, e eram convidados a participar. Identificamos 69 pessoas idosas que frequentam o espaço. Dessas, 12 foram entrevistadas e fazem parte da pesquisa.

No contato com os entrevistados

A partir do momento em que aceitava participar, a pessoa e a pesquisadora colocavam-se no local disponibilizado pelo estabelecimento, ou no local preparado no Espaço Alternativo para a entrevista. Inicialmente se preenchia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando todas as dúvidas eram sanadas e o indivíduo informado quanto à autorização para a entrevista ser gravada e/ou filmada. Após o cumprimento dessa etapa, era feita a entrevista e aplicado o questionário, que estão nos apêndices 1 e 2.

As entrevistas aconteceram nos meses de abril de 2009 e janeiro de 2010. Em abril, a pesquisa foi feita nas sete academias, e em dois dias no Espaço Alternativo (no Espaço, complementou-se a entrevista em mais quatro dias do mês de janeiro de 2010).

Dificuldades encontradas em campo

Duas dificuldades foram encontradas para a pesquisa nas academias. A primeira aconteceu nas duas academias nas quais os responsáveis quiseram que a própria pesquisadora fizesse o convite aos potenciais entrevistados. Uma funcionava das 5h às 24h e a outra das 6h às 22 horas. Como os clientes podiam frequentá-las a qualquer hora do dia, para convidar todos os idosos seria necessário ali permanecer durante todo esse tempo, o que era inviável.

Portanto, em ambas não foi possível convidar todos os potenciais sujeitos a participar da pesquisa.

A segunda dificuldade referiu-se ao local disponibilizado pelos estabelecimentos para as entrevistas. Em duas, o local era ocupado por profissionais, no turno vespertino. Com isso, a entrevista tinha de ser em local aberto, aos quais outras pessoas tinham livre acesso. A situação gerava grande desconforto, pois, além de prejudicar o áudio, quem passava escutaria as informações cedidas pelo entrevistado – as quais, segundo as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eram sigilosas. Em razão da dificuldade, nos dois estabelecimentos decidimos não fazer as entrevistas no turno vespertino, visando preservar, sobretudo, as informações cedidas pelos entrevistados.

No Espaço Alternativo as dificuldades se apresentaram antes mesmo de nos dirigirmos ao local. Na semana da pesquisa foi divulgada, em uma das mais populares emissoras de rádio da cidade, a informação de que algumas pessoas, em dada localidade, estavam se apresentando como pesquisadores, e, de posse de informações, como endereço, número de telefone e características físicas do entrevistado, simulavam o sequestro-relâmpago, a fim de obter dinheiro com a família do “sequestrado”. Ao final da notícia, o conselho aos ouvintes era de que não cedessem quaisquer tipo de informações pessoais a sujeitos que se identificassem como pesquisadores. Quando iniciamos o trabalho de campo no Espaço Alternativo, observamos que muitas pessoas ficaram receosas em nos informar a idade, o que atribuímos em parte à informação divulgada na rádio local.

Outra dificuldade encontrada no local foi o oferecimento de aulas de ginástica aeróbica, com a utilização de um carro que produzia som alto – popularmente denominado trio elétrico –, nas datas da pesquisa. Como resultado, havia grande dificuldade em fazer as entrevistas, no que se referia ao entendimento adequado das perguntas e respostas pela pesquisadora e pesquisado, e à captação do áudio das entrevistas. Em razão dos problemas, decidimos interromper o trabalho e finalizá-lo posteriormente.

Dificuldade comum encontrada em ambos os espaços foi a aplicação do questionário. Decidimos incluí-lo na coleta de dados a fim de levantar o quanto cada um dos fatores que teoricamente podem interferir na adesão tiveram importância à adesão dos participantes. Aplicamos o questionário somente após a entrevista, visando não contaminar as percepções do sujeito sobre os determinantes de sua adesão. Entretanto, após a finalização da entrevista, muitos sujeitos alegaram que todos os motivos de sua adesão já haviam sido colocados, mostrando-se indispostos a responder ao questionário. Apenas 15 pessoas responderam (14 sujeitos do Universo Academias e um do Universo Espaço Alternativo), mostrando grande

difficuldade em atribuir grau de importância aos fatores relacionados (o questionário determina que o entrevistado atribua um grau de importância a cada fator elencado que pode desencadear a adesão. Por exemplo, quanto ao fator *contato social*, o entrevistado deveria dizer o quanto a busca por contato social foi importante para a sua adesão), pois, na maioria das vezes, ao longo da aplicação do questionário, respondiam o quanto julgavam aquele como um benefício (importante ou não) resultante da musculação, ao invés de dizer o quão importante aquele fator foi para a sua adesão.

Sujeitos da pesquisa: universo e seleção

O universo total da pesquisa é composto por dois universos menores:

1) Universo I (Academias): indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, praticantes de musculação em academias da cidade de Porto Velho.

2) Universo II (Espaço Alternativo): indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, frequentadores do Espaço Alternativo nos dias de coleta de dados no local.

A razão para a seleção dos praticantes de musculação como sujeitos da pesquisa deveu-se à necessidade de responder quais fatores contribuíram de forma significativa para que os idosos buscassem a prática dessa modalidade. As razões da escolha por realizar entrevistas com idosos praticantes de caminhada foram: 1) a busca de opiniões “não contaminadas” sobre os conhecimentos referentes à prática de musculação na velhice; 2) a possibilidade de estudar a interferência da preferência por exercícios em local aberto ou fechado na escolha da modalidade de exercício; 3) eliminar o fator financeiro da obrigatoriedade do pagamento de mensalidade exigida nas academias de Porto Velho, mais uma razão para se selecionar a caminhada.

A pesquisa foi feita em sete academias da cidade de Porto Velho. A quantidade total de indivíduos das academias foi de 88 idosos, dos quais 27 foram entrevistados. Dos 88 idosos matriculados apenas 60 eram praticantes de musculação. Dos entrevistados, 25 eram praticantes de musculação e dois não. Na Tabela 1 constam número e proporção de idosos matriculados em cada uma das sete academias. No Espaço Alternativo a pesquisa foi feita em seis dias não consecutivos: dois no mês de abril de 2009 e quatro no mês de janeiro de 2010. O total de idosos frequentadores do local foi de 69¹⁰, e o de entrevistados 12. Na Tabela 2 constam datas e horários da pesquisa, e o número de entrevistados em cada um deles.

¹⁰ O levantamento do número de frequentadores do Espaço Alternativo tinha como objetivo conhecer quantos, do total de frequentadores, eram idosos. Para isto todos os indivíduos que passavam pelo local eram contados, informando a sua idade. A contagem era realizada diariamente, e desconsideravam-se as contagens realizadas

Ao longo da pesquisa dois sujeitos frequentadores de academias entrevistados declararam não ser praticantes de musculação. Da mesma forma, no Espaço Alternativo, dois dos entrevistados alegaram ser praticantes também de musculação em adição à caminhada naquele local. Essas situações não estavam previstas. Entretanto, as entrevistas desses sujeitos foram utilizadas, na análise dos dados, para complementar hipóteses ou gerar discussões mais ricas sobre o tema. Portanto, contamos com 39 pessoas participantes desta pesquisa.

Tabela 1: Número e proporção de idosos matriculados nos estabelecimentos participantes da pesquisa no mês de abril de 2009

Academia	Nº de alunos matriculados	Nº de idosos matriculados	Proporção de idosos	Nº de idosos entrevistados
A	102	3	2,94%	2
B	110	2	1,82%	2
C	560	3	0,54%	1
D	528	5	0,94%	3
E	830	52	6,2%	10*
F	300	10	3,33%	5
G	618	13	2,1%	4
Total#	3.048	88	2,88%	27

* Dois sujeitos não praticantes de musculação

Valores obtidos a partir da soma dos dados de todas as academias

Tabela 2: Número e proporção de idosos frequentadores do Espaço Alternativo, segundo data, dia da semana e horário

Data	Dia da Semana e Horário	Nº total de pessoas	Nº total de idosos	Proporção de idosos	Nº de idosos entrevistados
17/04/2009	Sexta-feira	280	21	7,5%	1
	17hrs as 19hrs				
22/04/2009	Quarta-feira	478	10	2,09%	2
	17hrs as 19hrs				
21/01/2010	Quinta-feira	61	9	14,51%	2*
	6hrs as 7h40				
	Sexta-feira				

nos dias anteriores. Mesmo que o indivíduo já tivesse sido incluído na contagem geral de sujeitos de algum dos dias anteriores, ele era incluído na contagem geral daquela data. Os que frequentavam o local diariamente foram contados mais de uma vez. Portanto, é incorreto afirmar que 69 idosos diferentes se exercitaram no Espaço Alternativo durante os dias da pesquisa.

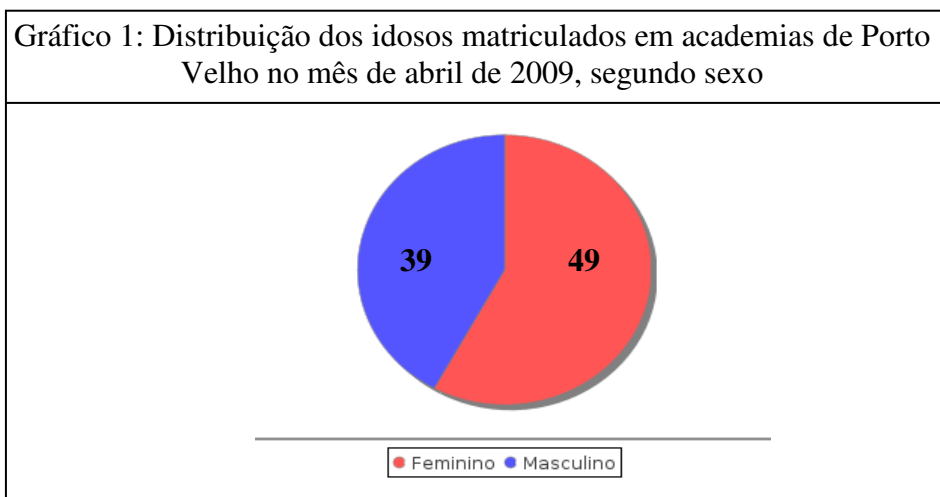
22/01/2010	5h50 as 7h50	74	12	16,21%	2*
27/12/2010	Quarta-feira	228	12	5,26%	4
	16h15 as 18h15				
28/01/2010	Quinta-feira	165	5	3,03%	1
	17hrs as 18hrs				
Total#	6 dias	1286	69	5,36%	12*

* Dois sujeitos praticantes de caminhada e também de Musculação

Valores obtidos a partir da soma dos dados dos seis dias de coletas de dados.

Universo da pesquisa: idade e sexo dos sujeitos

Para melhor caracterização do universo total da pesquisa, apresentamos idade e sexo dos componentes dos universos Academia e Espaço Alternativo. Dentre os 88 idosos matriculados nas sete academias, 39 eram homens e 49 mulheres, conforme se observa no Gráfico 1. Os dados representam a proporção de 1,25 mulheres para cada homem, entre sujeitos matriculados nas sete academias.



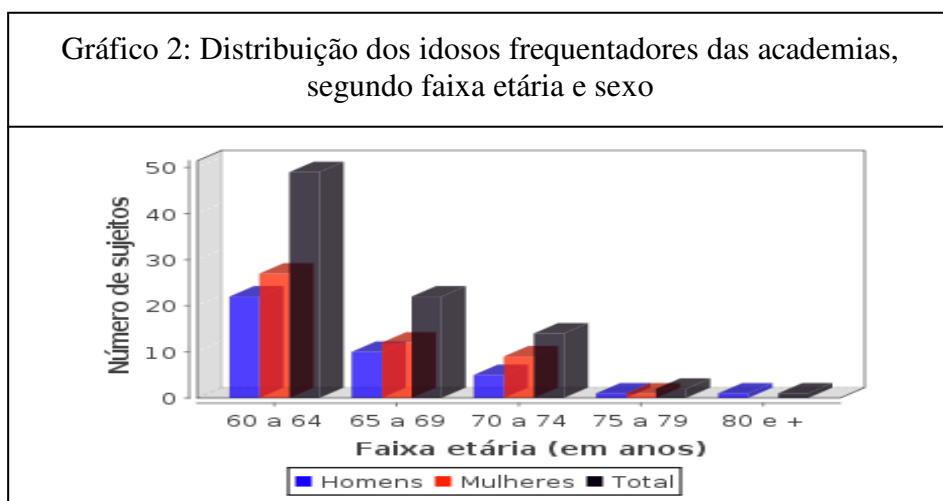
Nos seis dias em que as entrevistas foram realizadas no Espaço Alternativo, o número de homens idosos foi sempre superior ao de mulheres idosas. Na Tabela 3 observa-se o número de idosos homens e mulheres, discriminados de acordo com a data da coleta de dados:

Tabela 3: Distribuição dos idosos frequentadores do Espaço Alternativo, segundo sexo e data da coleta de dados

Data	Nº Total de Idosos	Nº de Idosos Homens	Nº de Idosos Mulheres
17/04/2009	21	15	6
22/04/2009	10	6	4
21/02/2010	9	7	2
22/01/2010	12	10	2
27/01/2010	12	9	3
28/01/2010	5	4	1
Total	69	51	18

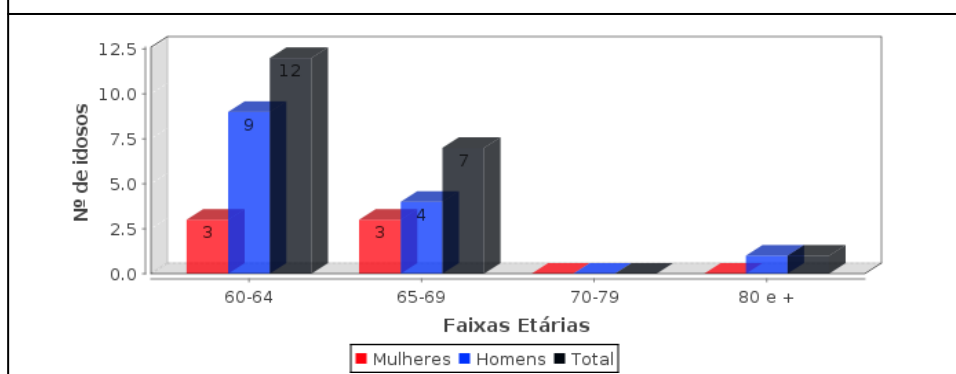
Nas academias, o número de mulheres era superior ao número de homens, e o contrário foi encontrado no Espaço Alternativo.

No Gráfico 2 observa-se que, entre os 88 idosos matriculados nas sete academias, 49 pessoas tinham de 60 a 64 anos de idade; 22 pessoas de 65 a 69 anos de idade; 14 pessoas de 70 a 74 anos de idade; duas pessoas de 75 a 79 anos de idade; e uma pessoa tinha idade superior a 80 anos. Do gráfico, constam informações sobre o número de homens e mulheres em cada uma das faixas etárias:



Os idosos frequentadores do Espaço Alternativo tinham, em sua maioria, até 69 anos, como os sujeitos das academias. Da mesma forma, foi maior o número de idosos com até 64 anos em comparação àqueles de 65 a 69 anos. O Gráfico 3 apresenta a idade e o sexo dos idosos que frequentaram o Espaço Alternativo no dia 17 de abril de 2009 – dia em que foi maior o número de idosos no local:

Gráfico 3: Distribuição de idosos frequentadores do Espaço Alternativo no dia 17 de abril de 2009, segundo faixa etária e sexo



Observamos que nas academias e no Espaço Alternativo a maioria dos idosos tinha de 60 a 64 anos de idade.

Direcionamentos para a análise

Os questionários foram analisados quantitativamente, pela frequência de respostas obtidas. Para a interpretação das entrevistas, utilizamos os direcionamentos indicados por Laville e Dionne (1999) e por Roesch (1999), e definimos as seguintes fases:

- Fase 1: transcrição das entrevistas.

Procedimentos: a partir das gravações, as entrevistas foram transcritas.

- Fase 2: análise dos conteúdos manifesto e implícito.

Procedimentos: individualmente, as entrevistas foram analisadas quanto aos conteúdos manifesto e implícito. Laville e Dionne (1999) definem-na como etapa na qual a estrutura e os elementos deste conteúdo são desmontados com o objetivo de esclarecer as diferentes características e extrair sua significação.

- Fase 3: descrição do perfil dos entrevistados

Procedimentos: os dados resultantes do levantamento do perfil sociodemográfico e clínico-funcional dos entrevistados - referentes à idade, sexo, estado conjugal, doenças crônicas referidas, entre outros -, foram organizados e descritos quantitativamente quanto à frequência de aparecimento de cada um.

- Fase 4: definição e redefinição das categorias analíticas

Procedimentos: a partir dos temas e percepções originárias da análise dos conteúdos, foram definidas as categorias analíticas. Seguimos para este fim o modelo misto, por

meio do qual as categorias são fixadas no início; porém, trabalha-se com a liberdade do pesquisador em reorganizá-las (LAVILLE; DIONNE, 1999).

- Fase 5: alocação dos conteúdos resultantes das entrevistas nas categorias analíticas.

Procedimentos: os conteúdos resultantes das análises realizadas na fase 2 foram alocados nas categorias analíticas.

- Fase 6: análise dos indicadores quantitativos resultantes.

Procedimentos: a partir da alocação dos conteúdos em categorias, resultante da fase 5, a frequência de aparecimento dos conteúdos em cada categoria foi numericamente descrita.

- Fase 7: construção teórica

Procedimentos: a partir das quantificações resultantes da fase 6, descrita anteriormente, foram elaboradas as teorizações referentes ao fenômeno estudado.

Capítulo 5

Resultados

Neste capítulo apresentamos os dados resultantes das 39 entrevistas. Para facilitar a apresentação, organizamos os sujeitos em três grupos:

- Grupo Musculação (GM): composto por 25 idosos praticantes de musculação em uma das sete academias;
- Grupo Caminhada (GC): composto por 10 idosos praticantes de caminhada no Espaço Alternativo.
- Grupo Extra (GX): composto por 4 sujeitos: dois praticantes de caminhada no Espaço Alternativo e de musculação em academias não participantes da pesquisa; e dois frequentadores de academias, não praticantes de musculação.

O grupo Extra (GX) não estava previsto na pesquisa. Surgiu na coleta de dados, nos campos de pesquisa, ante a voluntariedade de participação de idosos que, apesar de frequentarem a academia, e terem, portanto, acesso livre à musculação, não a praticavam. Na fase da coleta de dados no Espaço Alternativo, outros dois idosos, além de praticar caminhada, relataram frequentar a academia com o objetivo único de praticar musculação. Percebemos que os dados resultantes da entrevista com esses quatro sujeitos tinham grande potencial de somar em nosso estudo sobre a compreensão da adesão à prática de musculação na velhice. Em razão de ser um grupo pequeno, formado por apenas quatro componentes, decidimos não apresentar os dados do perfil sociodemográfico e clínico-funcional. Portanto, os dados do GX apenas aparecem na Seção 3 deste capítulo, quando apresentamos questões específicas sobre a prática de atividades físicas dos entrevistados.

Inicialmente apresentamos apenas os resultados, discutidos em capítulo específico. Foram levantadas as características sociodemográficas: idade, sexo, quantidade de filhos, status de coabitação, renda mensal, profissão/fonte de renda atual e anterior e escolaridade. Foram levantadas também doenças existentes e capacidade funcional autopercebida, que são componentes do perfil clínico-funcional. Quanto à prática de atividades físicas foram levantados tipo de atividades físicas, tempo de início da prática de musculação ou caminhada, interrupções do programa de exercícios, conhecimentos sobre os benefícios da prática de musculação e caminhada, dificuldades existentes na prática, resultados sentidos e esperados, e determinantes para o início e continuidade da prática.

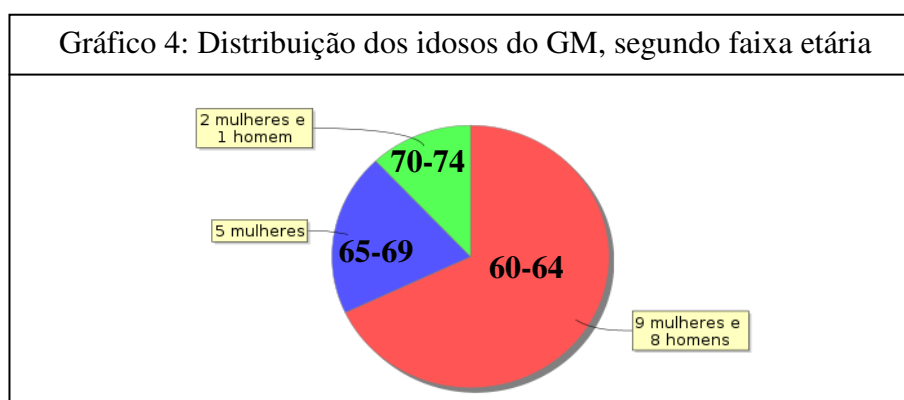
SEÇÃO 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Entre os entrevistados do GM, a maioria era mulher. No GC, o número de homens era pouco superior ao de mulheres. O sexo dos 39 idosos entrevistados está apresentado na Tabela 4:

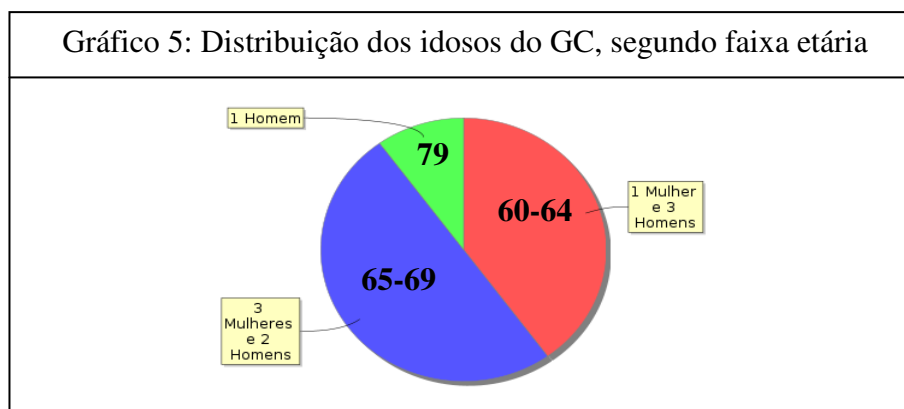
Tabela 4: Distribuição dos idosos do GM, GC e GX, segundo sexo

Grupos	Total	Homens	Mulheres
GM	25	9	16
GC	10	6	4
GX	4	3	1

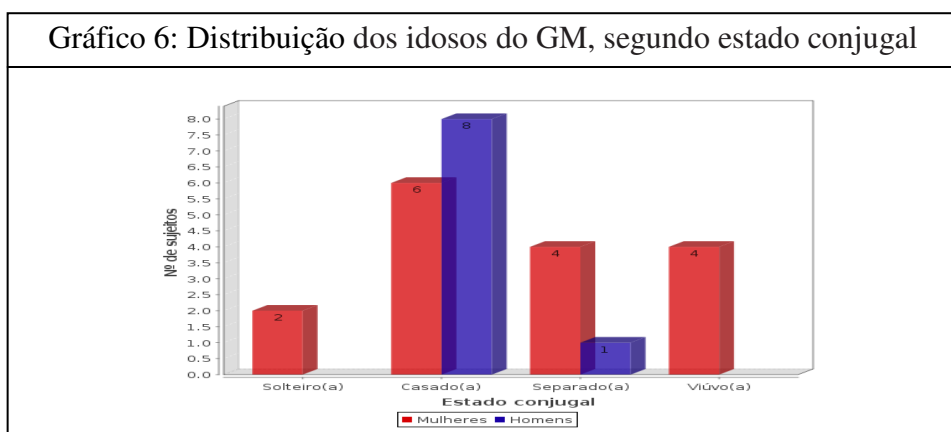
Entre os idosos do GM as idades variaram de 60 a 71 anos. A distribuição do número de idosos deste grupo em cada uma das faixas etárias está representada no Gráfico 4:



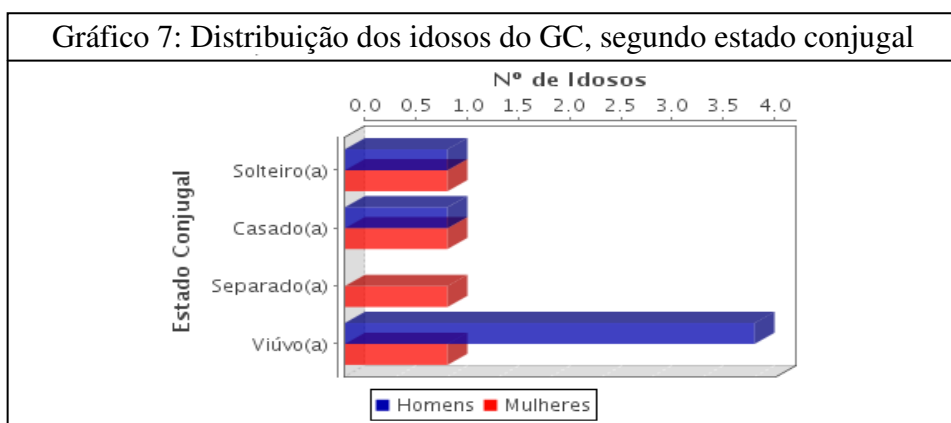
Os idosos do GC tinham idade de 60 a 79 anos. A distribuição da quantidade de idosos deste grupo em cada uma das faixas etárias está representada no Gráfico 5:



Entre os idosos do GM, os casados eram maioria, e apenas um dos homens não se enquadrava nessa conformação conjugal. Entre as mulheres do grupo, todas as conformações conjugais foram encontradas, sendo o número de casadas superior ao de separadas, viúvas ou solteiras. O Gráfico 6 apresenta o estado conjugal dos idosos do grupo:



Assim como no GM, os idosos homens do GC eram em sua maioria casados. Entre as mulheres do grupo não houve maioria em relação ao estado conjugal, configurando diversidade maior de conformações conjugais entre as mulheres de ambos os grupos em comparação aos homens. Os dados dessa variável estão apresentados no Gráfico 7:



O estado conjugal foi pesquisado por ser indicador de apoio potencial recebido para a adesão em programas de atividades físicas. Algumas falas dos sujeitos indicaram o apoio do cônjuge como importante à adesão ou continuidade da prática:

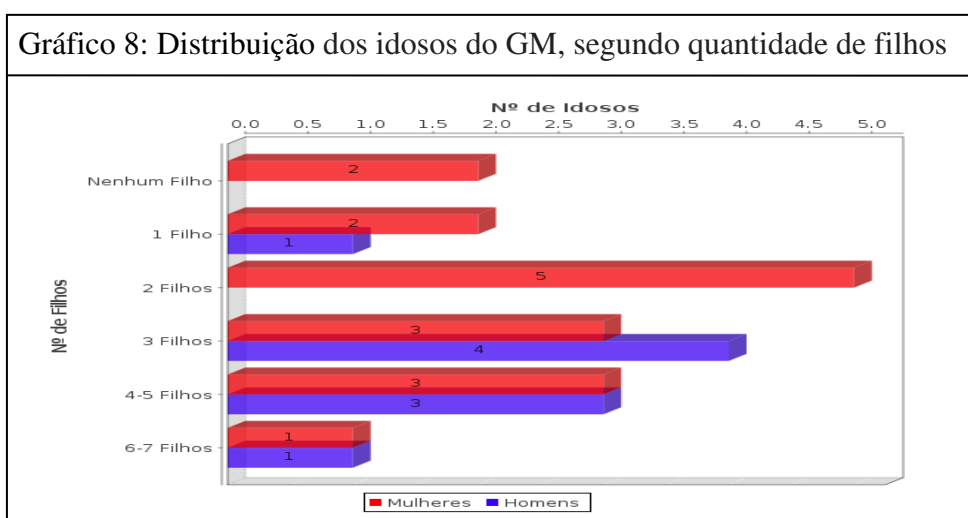
No meu caso, na minha própria casa, eu já influenciei minha esposa, a minha filha e os meus amigos (Homem, 60 anos)

Eu estava em outra academia (...) Mas aí minha mulher ficou enchendo, né? Ah, vamos pra cá, vamos pra cá! Aí eu terminei vindo pra cá (Homem, 64 anos)

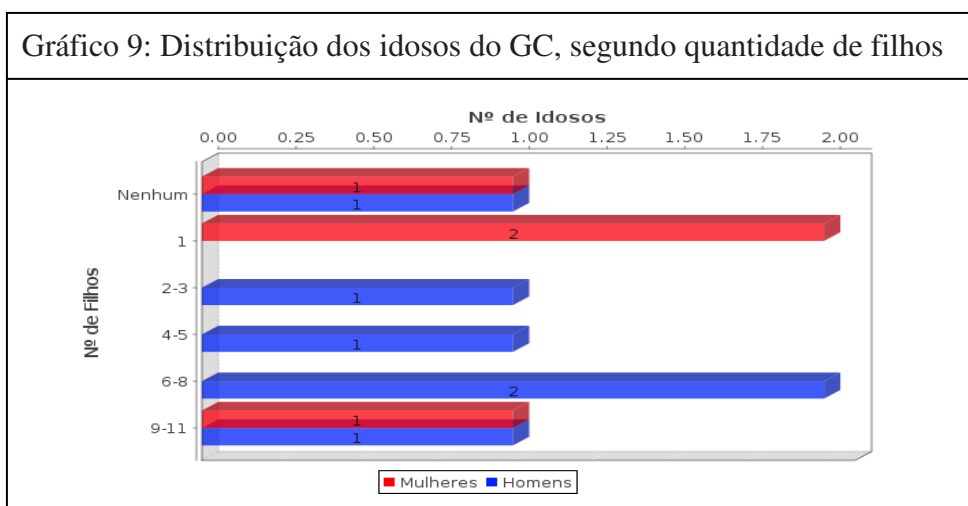
Por outro lado, o cônjuge pode também exercer apoio, cedendo informações sobre os benefícios da prática de exercícios físicos. O trecho de entrevista a seguir é exemplo:

O meu marido diz assim: Ah, eu penso em ficar na cama (acamado). Eu digo: mas se você fica deitado aí e não quer fazer nenhum tipo de ginástica, não quer caminhar, não quer nada, vai terminar assim, porque os músculos eles entram (Mulher, 62 anos)

No GM e no GC houve grande variação inter-sujeitos quanto à variável número de filhos. O Gráfico 8 expõe a quantidade de filhos relatada pelos sujeitos do GM:



Conforme apresentado no Gráfico 8, a maioria (8) das mulheres tinha dois ou três filhos, enquanto a maioria dos homens tinha três filhos ou mais. No GC não houve predominância na quantidade de filhos relatada pelos sujeitos, conforme observado no Gráfico 9:



Como o cônjuge, os filhos também representam apoio potencial à adesão à prática de atividades físicas, razão pela qual este parâmetro foi pesquisado. Algumas falas dos entrevistados mostram o apoio dos filhos como importante à adesão em programas de atividade física, ou ao conhecimento dos benefícios de se exercitar:

Porque meu filho fazia academia e sempre ficava: Mãe, vamos fazer academia! Eu digo: ah, não vou fazer academia não! Eu digo: um dia eu vou. Quando você nem menos pensar, eu to lá... Aí eu resolvi, vim fazer. (Mulher, 62 anos)

Então, foi o tempo que meu marido faleceu, e eu ficava só, porque a minha filha estudava. Aí ela disse: mamãe, pra senhora ficar sozinha em casa, a senhora fica pensando besteira. (...) Aí ela foi e me matriculou aqui. Aí eu vim e gostei. (GC: Mulher, 74 anos)

Olha, eu leio de vez em quando algumas coisas. Minhas filhas também praticam também muito exercício (...) Essa que mora em (...) chega a ser até fanática: participa de maratona, de triatlon, de tudo! Então a gente conversa sobre isso... Elas são mais informadas, compram esses montes de revistas (...) e leem muito na internet. (GM: Mulher, 68 anos)

Alguns entrevistados relataram que os filhos não tiveram importância à sua adesão à musculação, como exemplificado abaixo:

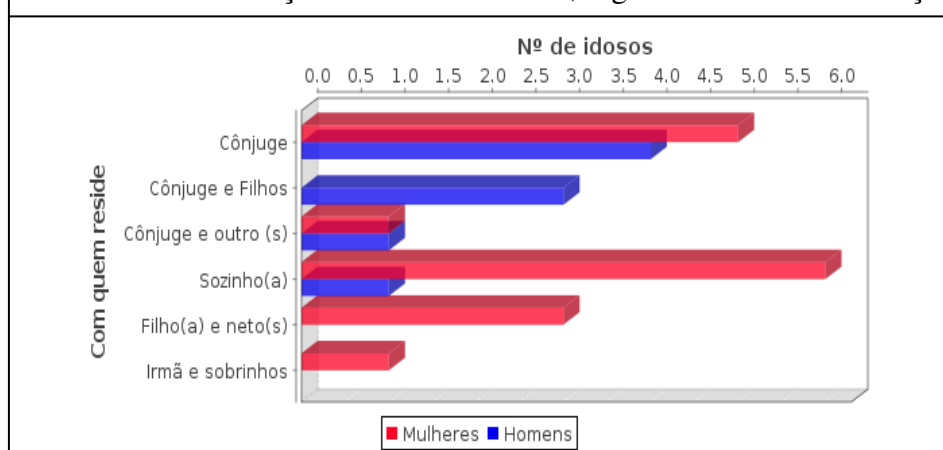
Quando meus filhos deram fé eu já tava na academia. Porque eu sou muito assim: eu é que faço minhas coisas, eu que decido, sempre foi. (GM: Mulher, 63 anos)

A partir da fala de uma das entrevistadas do GC é possível interpretar que *não ter filhos* pode ter sido uma das razões adicionais para ela buscar praticar exercícios físicos:

Em primeiro lugar é a saúde, e segundo, como eu tive a opção de não ter filhos - e não achando que eles fossem ficar perto, porque eu não achei que eles fossem ficar cuidando de mim na velhice, não pensando nisso. Eu penso assim: eu moro só, eu moro naquele prédio que eu vou precisar subir e descer. Então, primeiro eu tenho que manter a minha saúde, que é pra eu conseguir cuidar de mim. (GC: Mulher, 63 anos)

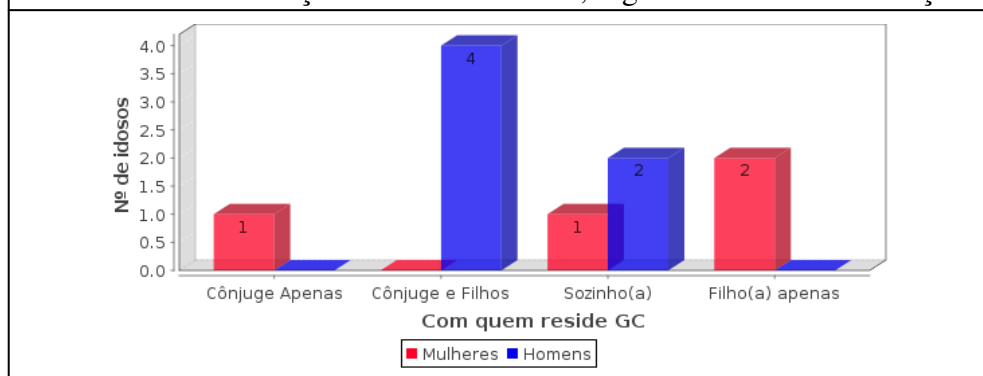
Segundo a natureza do vínculo ou parentesco entre as pessoas que residiam na mesma casa do idoso entrevistado, foram seis os diferentes arranjos de habitação relatados pelos 25 idosos do GM. O Gráfico 10 contém estes dados:

Gráfico 10: Distribuição dos idosos do GM, segundo status de coabitação



A leitura do Gráfico 10 leva a constatar que quase metade (seis) das mulheres morava sozinha, e apenas um homem relatou essa situação de coabitação. Nesse grupo, a maioria (sete) dos homens residia com cônjuge ou cônjuge e filhos, situação semelhante àquela encontrada no GC, cujos dados estão expostos no Gráfico 11:

Gráfico 11: Distribuição dos idosos do GC, segundo status de coabitação

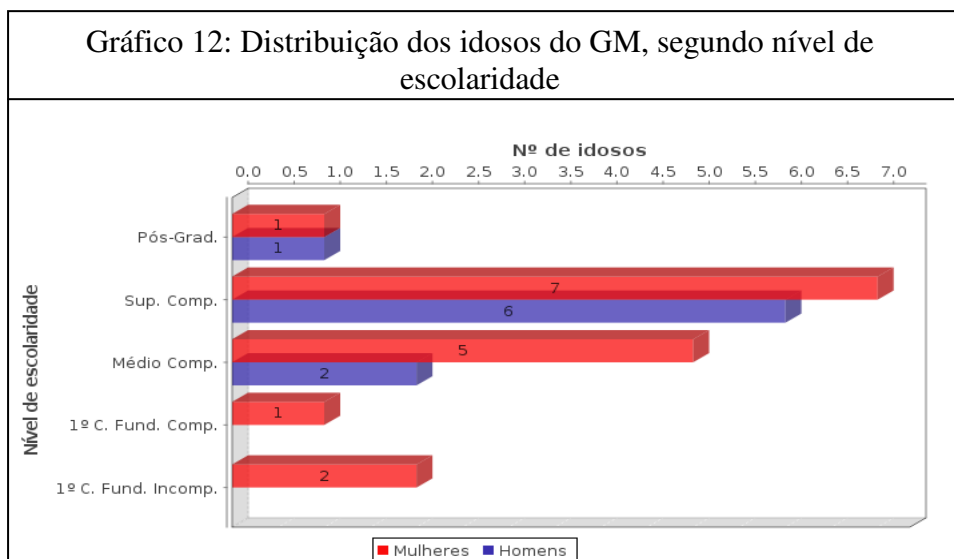


Entendemos que, além do cônjuge ou filhos, outras pessoas que residem com o idoso também podem fornecer apoio à adesão à prática de atividades físicas. Entretanto, em nenhuma entrevista o apoio foi relatado.

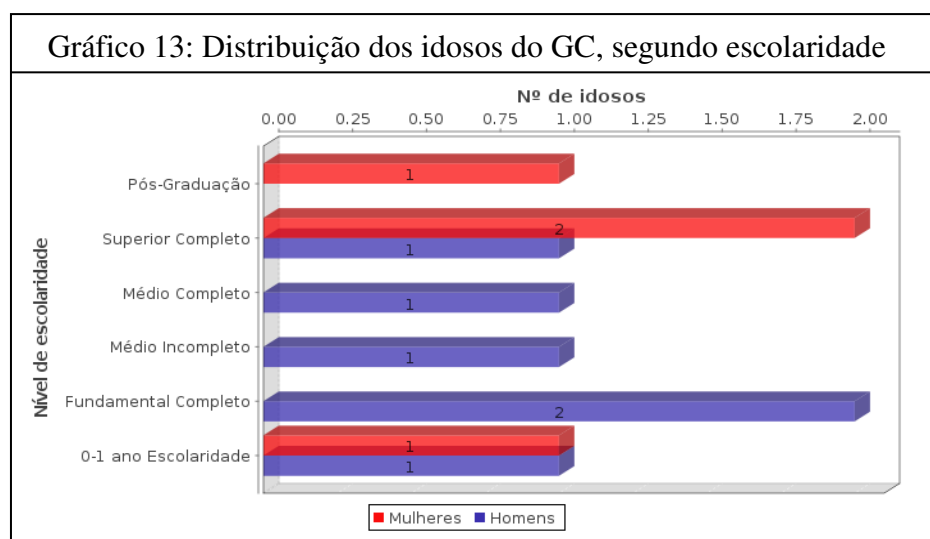
Por outro lado, amigos ou colegas apareceram em duas entrevistas como fonte de apoio à entrada na academia. O trecho de uma delas é este:

Porque o bom também é caminhada! (...) Eu tinha uma turma, aí depois uma teve problema de joelho, aí pronto: parou! Aí a gente já fica desanimada! Aí uma colega minha disse assim: 'vai na academia... é melhor! Eu tô fazendo e tô gostando'. (GM: Mulher, 60 anos)

Comparados quanto à escolaridade, diferenças significativas foram encontradas, independentemente do grupo de pertencimento. Os níveis de escolaridade relatados variaram de nenhuma escolaridade até pós-graduação stricto sensu. Os dados de escolaridade dos 25 idosos do GM constam do Gráfico 12:

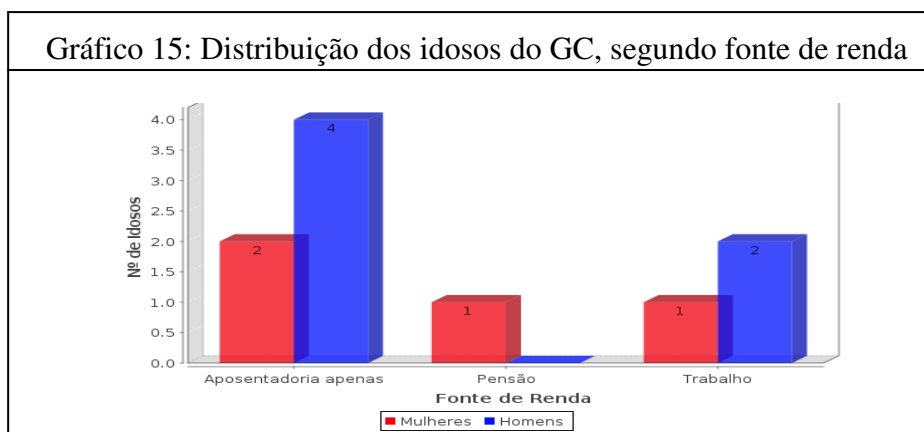
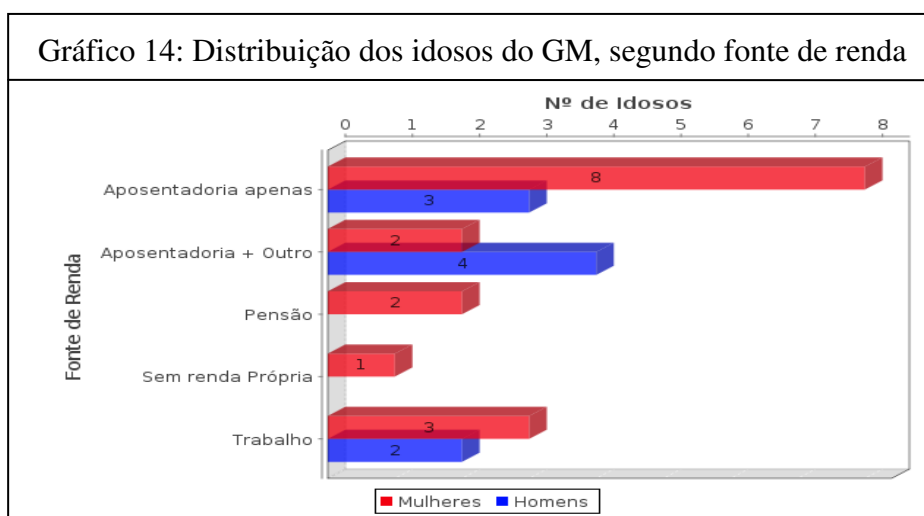


Conforme os dados do Gráfico 12, 22 dos 25 sujeitos do GM tinham entre ensino médio completo e pós-graduação. Ou seja, no mínimo 11 anos de escolaridade. Portanto, entre os praticantes de musculação, os indivíduos de maior escolaridade representaram maioria significativa. A escolaridade relatada pelos idosos do GC também revela grande diferença no tempo de estudo formal entre os entrevistados. Nesse grupo não houve predominância de nenhum nível de escolaridade sobre os demais, conforme o Gráfico 13:



Sobre os idosos dos dois grupos, os dados encontrados indicam que quatro sujeitos, três mulheres e um homem, eram analfabetos funcionais¹¹. É possível observar que mais da metade (19) dos entrevistados, somando idosos do GM e do GC, possuíam ensino superior completo.

A maioria dos idosos entrevistados (19), no GM e no GC, tinha aposentadoria ou pensão como única fonte de renda. Entretanto, 14 de 35 ainda se mantinham no mercado de trabalho, oito dos quais tinham o trabalho como única fonte de renda. Os Gráficos 14 e 15 apresentam a distribuição dos idosos do GM e GC segundo fonte de renda:



Com exceção de uma mulher do GM, que trabalhava como zeladora, e de um homem que, apesar de aposentado, ainda prestava serviços na função de técnico em segurança do trabalho, os demais 13 sujeitos que continuam no mercado de trabalho ocupam cargos sem exigência física importante. As diferentes profissões desempenhadas eram empresário,

¹¹ Analfabeto funcional: indivíduo que possui menos de quatro anos de estudo (IBGE, 2009a).

comerciante, jornalista, advogado, docente de ensino superior, funcionário público, contador e taxista. Portanto, era grande a variedade de profissões desempenhadas.

Entendemos que a aposentadoria é facilitador da adesão em programas de atividade física, em função do aumento das horas de tempo livre. Alguns sujeitos entrevistados relataram-no como fator importante à adesão:

E eu, depois que me aposentei eu disse: Não, eu não posso ficar parada! (...) Quando a gente tá trabalhando, a gente muitas vezes não tem tempo. (...) E aí eu não tinha tempo, assim, pra dedicar a mim. Aí depois que eu parei eu disse: não, agora eu vou me dedicar à minha pessoa! (GM: Mulher, 62 anos)

Mas eu sempre pratiquei caminhada, outra coisa. Musculação é porque não tinha tempo. Tinha que trabalhar. (GM: Mulher, 61 anos)

Eu só não fazia porque não tinha tempo! Eu trabalhava e não tinha tempo. Agora eu quero cuidar de mim! (GM: Mulher, 64 anos)

Da mesma forma, o pouco tempo devido ao trabalho foi relatado como um motivo para não praticar a musculação ou como dificultador da continuidade da prática:

Musculação não! Eu venho mais é pra bicicleta e esteira. É que o tempo é curto. Agora mesmo eu já tô correndo. (GX: Homem, 66 anos)

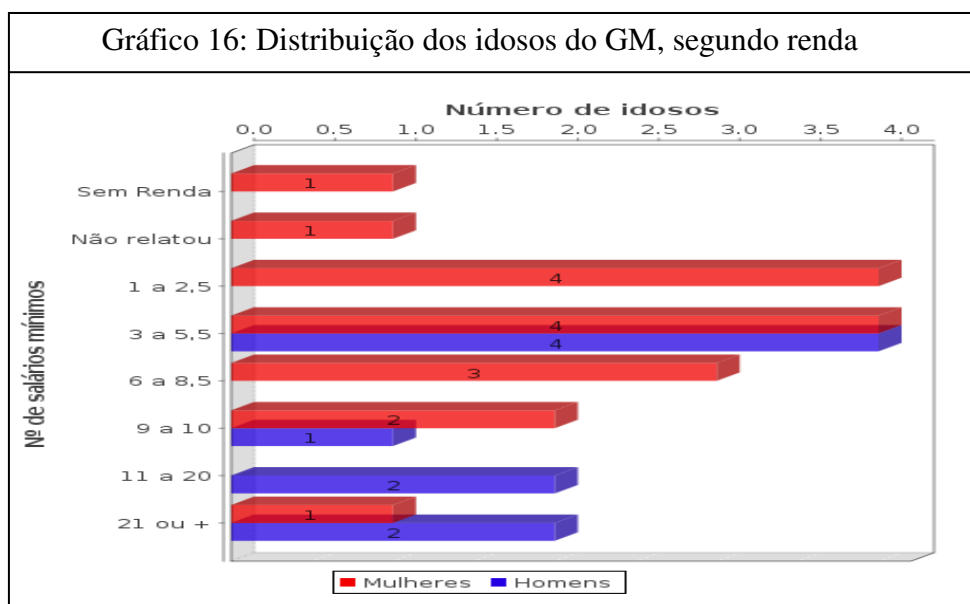
A minha mulher (...). E ela até reclama que ela não tem o tempo que eu tenho, porque ela não é aposentada. Ela trabalha (GM: Homem, 60 anos)

No GM, a maioria dos entrevistados ocupou cargos nos setores educacional (seis mulheres); comércio (três mulheres e dois homens); comunicação/mídia (uma mulher e um homem); funcionário público em setor administrativo (duas mulheres e dois homens); advocacia (dois homens). Outras profissões em setores diferentes foram procurador do Estado (um homem); contador (um homem); bancária (uma mulher); zeladora (uma mulher); técnico em segurança do trabalho (um homem).

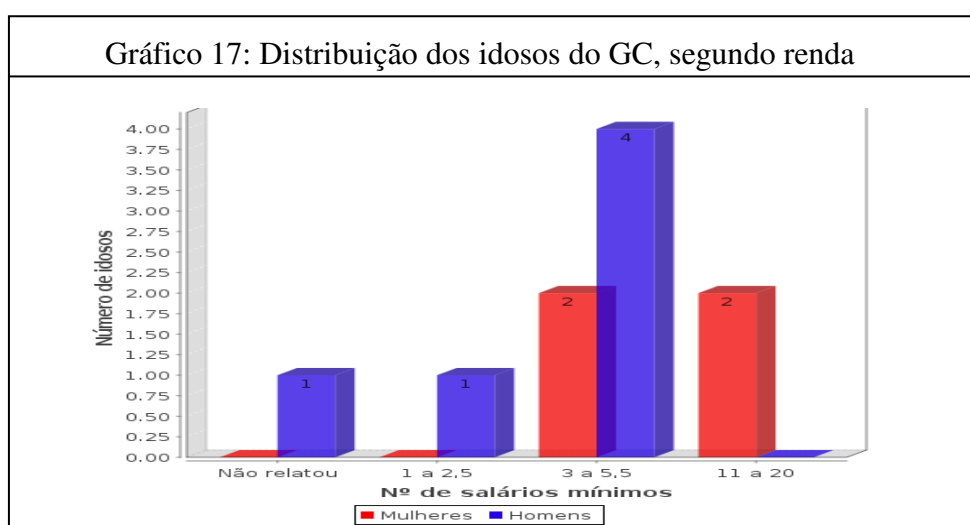
No GC, duas mulheres trabalharam no setor educacional; um homem e uma mulher foram funcionários públicos; dois homens foram motoristas; um comerciante, um fazendeiro, um engenheiro e uma dona de casa.

Dos 25 entrevistados do GM, 24 relataram possuir renda própria e uma mulher relatou ser *dependente* da renda do marido, de aproximadamente 7,5 salários por pessoa. Foi

considerado como valor de referência o salário mínimo brasileiro vigente em 2009: R\$ 465, segundo a lei nº 11.944. A renda relatada pelos idosos do GM está exposta no Gráfico 16:



A partir do Gráfico 16 verificamos que foi grande a diferença de renda entre os idosos do GM, e que quase a metade (12) deles tinha renda entre 1 e 5,5 salários mínimos. Chama atenção no gráfico que mais da metade (cinco) dos homens tinha renda igual ou superior a nove salários, patamar de renda relatado por apenas três mulheres. Entre os idosos do GC foram percebidas significativas diferenças quanto à renda dos idosos entrevistados, entretanto, menores neste grupo em relação ao GM. O Gráfico 17 ilustra:



A maioria (seis) dos idosos do GC tinha renda de 3 a 5,5 salários. É essencial ressaltar que o sujeito que não relatou a sua renda informou apenas que era superior a dez salários.

Diferentemente do encontrado nos idosos do GM, no GC apenas mulheres relataram renda superior a seis salários mínimos.

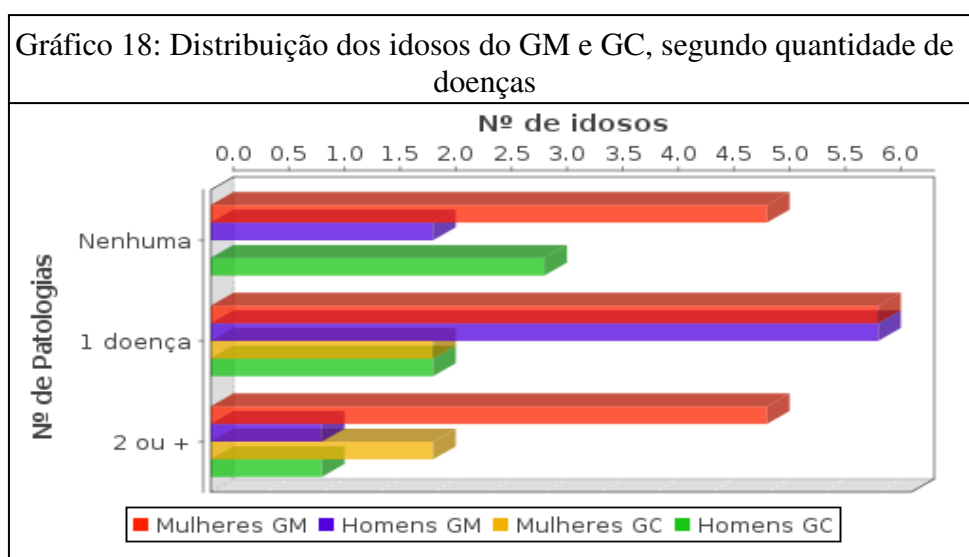
A variável renda foi levantada por causa do acesso à academia condicionado ao pagamento de mensalidade. Uma das entrevistadas admitiu ter auxílio financeiro da filha, o que pode ser mais um facilitador da adesão da musculação:

A minha é só um salário mínimo mesmo! Eu dependo mais da filha que trabalha do que o meu! (GM: Mulher, 67 anos)

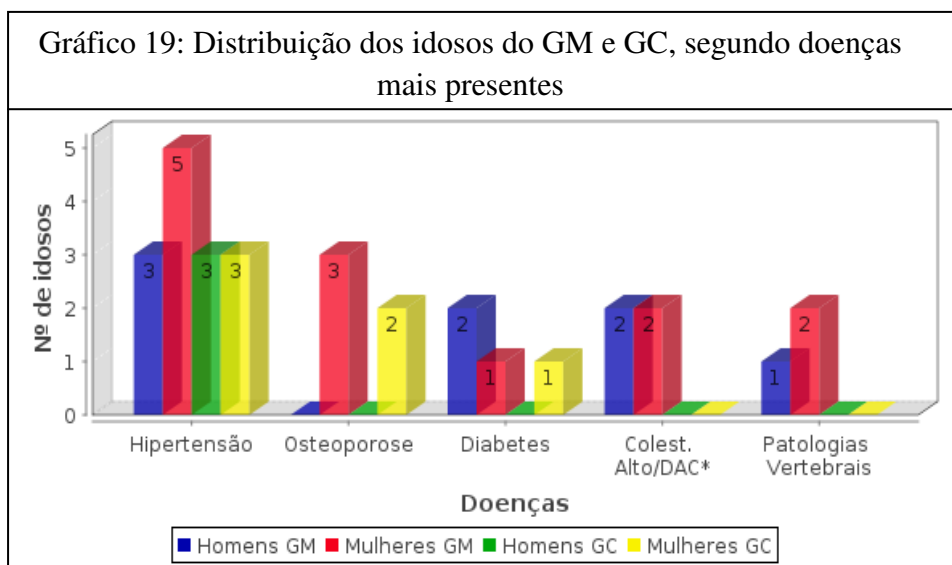
SEÇÃO 2: PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL

Doenças existentes

Sete sujeitos do GM relataram não possuir e nunca terem sido diagnosticados com doenças crônicas. Outros 15 sujeitos do grupo afirmaram possuir diagnóstico de, no mínimo, uma doença crônica. As demais três pessoas deste grupo afirmaram não ter doenças, apesar de terem sido, em algum momento anterior da vida, diagnosticados com uma das doenças crônicas: hipertensão (uma mulher); hipercolesterolemia (um homem); ou câncer (uma mulher). Em razão de serem crônicas essas doenças, estão contempladas nos Gráficos 18 e 19, os quais apresentam a quantidade e tipo de doenças relatadas pelos sujeitos, respectivamente:



A partir do Gráfico 18 observa-se que há, em ambos os grupos, sujeitos sem doenças e sujeitos com mais de duas doenças. O maior número de doenças descrito por um dos sujeitos do GM foi seis, e no GC foi três. Portanto, a quantidade de doenças não é parâmetro para diferenciar praticantes ou não de musculação. As doenças elencadas por número maior de idosos foram hipertensão, diabetes, osteoporose, colesterol elevado, doença arterial coronariana (DAC) e patologias da coluna vertebral. Outras doenças relacionadas por número menor de idosos foram glaucoma, cardiopatia, alterações da tireoide, labirintite, triglicerídeos elevados e tendinoses articulares. O Gráfico 19 apresenta o número de idosos acometidos com as patologias mais referidas:



Todos os indivíduos que afirmaram possuir quaisquer patologias disseram que estavam devidamente controlados e acompanhados, além de haver liberação médica para a prática de exercícios físicos.

O número e tipos de doenças foram pesquisados, pois podem ser potencial limitante como determinante de adesão. Algumas falas mostram a existência de doenças como determinante de adesão, principalmente a partir de indicação médica, como ressaltaram os entrevistados:

Exatamente o problema da pressão. (...) Foi sugerido pelo médico pra fazer. Porque eu só fazia caminhada. (GM: Mulher, 61 anos)

A principal motivação foi a pressão alta, a hipertensão. O médico falou pra eu vir pra academia, pra eu me movimentar. (GM: Homem, 64 anos)

O que me motiva é a preocupação de que, eu parando de fazer atividade física, eu possa ser vítima dos males da terceira idade: depressão, isolamento, obesidade, pressão alta, doenças coronárias, insônia e vai por aí afora. (GM: Homem, 60 anos)

Dentre os 25 idosos do GM, 22 referiram não possuir limitações ou dificuldades para as atividades diárias. Três do sexo feminino admitiram possuir dificuldades em atividades instrumentais da vida diária, relacionadas: a) à presença de dores articulares durante as tarefas domésticas (uma mulher); b) limitações em movimentos específicos por causa da ocorrência anterior de acidente ou cirurgia (duas mulheres).

Quanto aos sujeitos do GC, uma mulher disse ter limitações nas atividades de deslocamento no dia a dia, em razão de sentir falta de firmeza (força) nas pernas. Todos os demais sujeitos não citaram limitações em AVDs.

A capacidade funcional pode ser também uma das razões para procura ou manutenção da prática de atividades físicas. Os trechos de entrevistas apresentados abaixo refletem essa realidade:

Quando eu estava com 47 anos, eu pensei comigo mesmo: eu tenho dois objetivos, um é eu arrumar um banquinho pra eu poder lavar o pneu do carro, outra é ir à academia. Porque na época eu pesava em torno de 105 kg. Então eu não conseguia mais lavar o pneu do carro. Então eu achei que o caminho certo era eu participar de uma academia. Até aí então eu nunca tinha participado de academia. (GM: Homem, 64 anos)

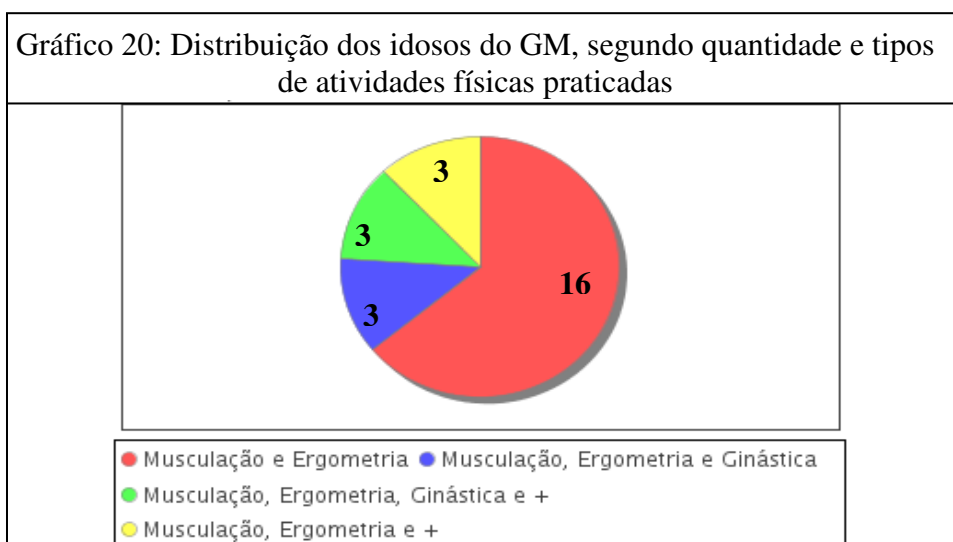
Quando eu comecei a praticar musculação, todo mundo me falava que era muito bom, só que eu já estava me sentindo cansada! E nem estava na idade assim de estar cansada. Eu achava uma dificuldade danada! Vixe, eu tinha uma dificuldade terrível de calçar um tênis. Ia calçar um tênis, me dava uma agonia, uma suadeira, ficava cansada, cansada mesmo. (...) Aí eu fui ficando cansada, cansada. Aí depois que eu comecei a fazer a musculação eu melhorei muito: fiquei esperta, comecei a sentir meu corpo mais leve. (GM: Mulher, 67 anos)

É fraqueza das pernas. Não que esteja fraco, mas prevenindo. Porque eu tenho visto gente de bengala por aí. (GM: Homem, 70 anos)

SEÇÃO 3: A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

Tipos de atividades físicas praticadas

Dentre os 25 idosos do GM, todos afirmaram que, na academia, também praticam atividades de ergometria. São atividades de predominância aeróbia, em esteiras, bicicletas e elípticos estacionários. Seu objetivo principal é o condicionamento cardiovascular. Seis sujeitos afirmaram que também fazem aulas de ginástica na academia, que podem ser caracterizadas como atividades em grupo, com duração média de uma hora. Geralmente são exercícios coreografados, nos quais estão contempladas atividades de dança, corrida, exercícios localizados, entre outros. Dos seis que ressaltaram que fazem aulas de ginástica, três ainda desenvolviam atividades fora da academia: futebol (um homem); grupo de terceira idade, que propunha atividades físicas diversas (uma mulher) e caminhada (uma mulher). Outros três sujeitos, além da musculação e ergometria na academia, também caminhavam. Portanto, dos 25 praticantes de musculação, 19 (6 homens e 13 mulheres) restringiam suas atividades físicas à academia. Destes, 16 confirmaram que faziam apenas musculação e ergometria, e três musculação, ergometria e aulas de ginástica. Esses dados estão apresentados graficamente a seguir:



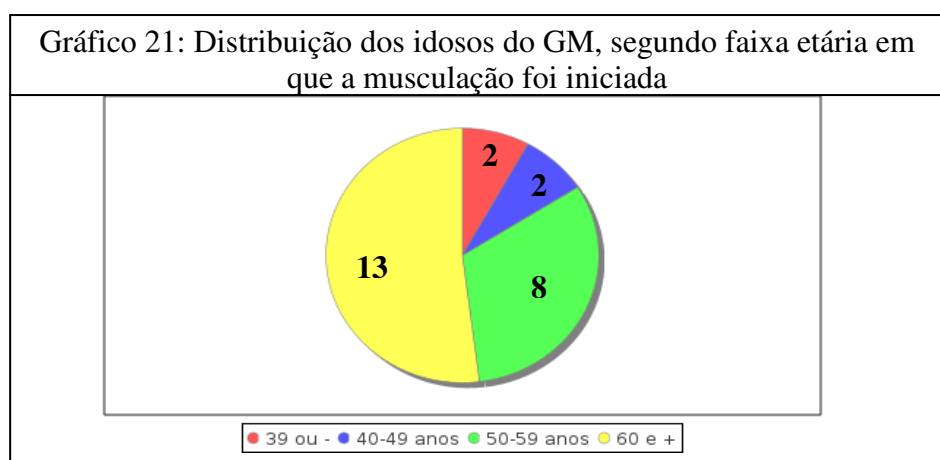
Quanto aos idosos do GC, os dez entrevistados não desenvolviam atividades adicionais à caminhada. Os idosos do GX, praticantes de musculação e caminhada, também faziam ciclismo. Um deles fazia diariamente duas sessões de exercício físico:

*Eu faço duas vezes por dia. Eu faço bicicleta de manhã e corrida à tarde. E na academia é musculação de manhã e aeróbica à tarde.
(GX: Homem, 60 anos)*

Dos dois idosos do GX não praticantes de musculação, a mulher não fazia atividades adicionais à ergometria, e o homem jogava futebol semanalmente.

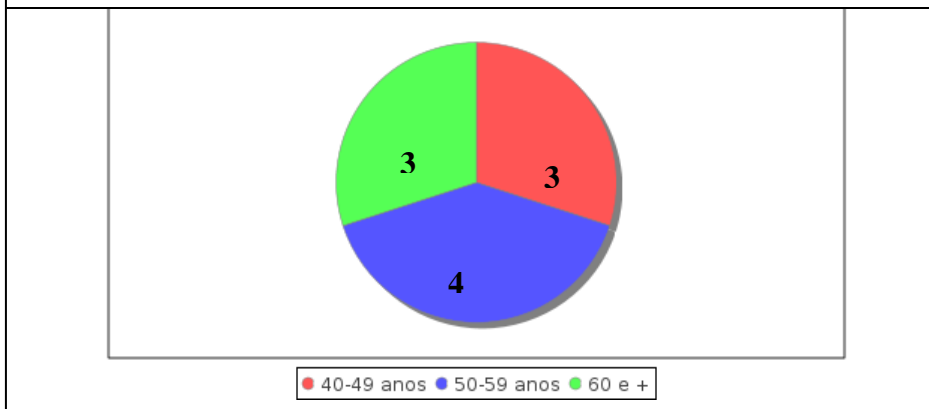
Idade de início e tempo de prática de musculação/caminhada

A maioria (13) dos 25 idosos do GM começou a praticar musculação após os 60 anos de idade. Destes, oito têm entre dois e cinco anos de prática, dois têm de 13 a 23 meses de prática, e três têm apenas um mês de prática. Dois homens iniciaram a prática de musculação na quinta década de vida (de 40 a 49 anos); e oito (cinco mulheres e três homens) iniciaram com idade de 50 a 59 anos. Os dez sujeitos possuíam de seis a 15 anos de prática. Apenas duas mulheres iniciaram a prática de musculação com idade inferior a 40 anos. Ambas possuíam aproximadamente 35 anos de prática dessa atividade. O Gráfico 21 apresenta o número de idosos que iniciaram a prática de musculação em cada faixa etária:



Verificamos, a partir do gráfico 21, que a maior parte dos entrevistados (21 sujeitos) iniciou a prática de musculação após os 50 anos de idade, dos quais 13 já na velhice. Assim, como os idosos do GM, a maioria (sete) dos dez idosos do GC iniciou a prática de caminhada após os 50 anos de idade. Os demais três sujeitos iniciaram entre 45 e 49 anos. A quantidade de idosos que iniciou a prática da caminhada em cada faixa etária está representada graficamente a seguir:

Gráfico 22: Distribuição dos idosos do GC, segundo faixa etária em que a caminhada foi iniciada



Os três sujeitos do GC que iniciaram a caminhada antes dos 50 anos possuem cerca de 15 anos de prática, assim como outros dois sujeitos que a iniciaram quando tinham de 50 a 59 anos. Dos outros cinco sujeitos, três têm entre cinco e nove anos de prática, um tem dois anos, e um tem menos de um mês.

A idade de início da prática das atividades físicas foi levantada porque, de acordo com a fase da vida em que a adesão inicial acontece, diferem os motivos para o seu início. De fato, em comparação aos motivos apresentados pela maioria daqueles que começaram a praticar musculação na velhice, apenas os que a iniciaram antes dos 40 anos apresentaram motivos diferentes. Os motivos foram exclusivamente estéticos.

Um dos sujeitos do GC relatou que a idade é uma das razões que fazem com que as pessoas mais velhas se exercitem, em razão das recomendações médicas, que se tornam mais presentes:

Ah, o que me levou a praticar a caminhada foi porque, quando você vai ao médico, sempre quando você passa dos 50, é a primeira coisa que ele te fala: olha, você tem que dar uma caminhada, pelo menos três vezes por semana. Porque depois que você passa dos 50 o negócio é diferente! Pra manter a saúde. Isso que me botou a caminhar. (GC: Homem, 61 anos)

Interrupções da prática de musculação

Aos sujeitos se perguntou se alguma vez, desde que a atividade fora iniciada, já a haviam interrompido. Quinze sujeitos (nove mulheres e seis homens), praticantes de musculação (GM), disseram que nunca a haviam interrompido. É importante considerar que nestes números estão incluídos os três sujeitos que têm apenas um mês de prática. Os demais dez sujeitos entrevistados admitiram, em algum momento, ter interrompido a prática de

musculação. Destes, dois interromperam a atividade mais de uma vez, e por motivos diferentes. Foram cinco os motivos para a interrupção da prática:

- Viagem: cinco pessoas (quatro mulheres e um homem);
- Preguiça/desmotivação: quatro pessoas (três mulheres e um homem);
- Falta de tempo por causa do trabalho: duas pessoas (uma mulher e um homem);
- Dores articulares: uma mulher.

Algumas falas quanto aos motivos para a interrupção estão a seguir:

Olha, porque eu faço assim: eu começo e paro, começo e paro. (...) É por preguiça mesmo. (GM: Mulher, 64 anos)

Já parei sim. Dava preguiça de acordar cedo. (GM: Homem, 62 anos)

O meu joelho doía de uma tal forma... que eu não podia fazer nada, sabe?! (...) Fiquei foi tempo com o joelho inchado... Bem uns seis meses. (GM: Mulher, 67 anos)

Todos os 15 praticantes de musculação que nunca interromperam a prática (nove mulheres e seis homens) foram questionados sobre a existência, em algum momento, da disposição de interrompê-la. Apenas um sujeito tinha sentido vontade, associada à preguiça e à ocorrência de dores localizadas. Outros dois sujeitos haviam sentido preguiça de se exercitar alguma vez. Entretanto, afirmaram que não foi suficiente para interromper a prática de exercícios:

A vontade eu acho que ela vem sim. Mas isso são forças negativas que a gente tem que superar. (...) Vai da cabeça da gente. Dá uma preguiçazinha assim... Às vezes uma dor localizada.(...) Mas dificuldade eu não sinto, e vontade de parar mesmo eu não tenho. Pelo contrário: eu tenho vontade de continuar sempre. (GM: Homem, 60 anos)

Não. Parar, não. Tem dia assim que me dá preguiça de vir, mas aí eu digo: não, eu vou! Porque eu me sinto bem! (GM: Mulher, 60 anos)

Entre os dez idosos do GC, três nunca interromperam a atividade. Os demais (sete) o fizeram por dois motivos:

- Viagem: quatro pessoas (três homens e uma mulher);
- Falta de tempo por causa de trabalho ou estudo: três pessoas (dois homens e uma mulher);

Dois idosos do GC e dois idosos do GX praticaram musculação antes de iniciar a caminhada. As razões da interrupção da prática foram:

- Achou a atividade muito monótona (um homem do GC);
- Acha que estava recebendo orientação inadequada, a qual lhe causou lesão articular no joelho (uma mulher do GC).
- Não gostou da atividade (uma mulher do GX);
- Não tem tempo para a musculação, apenas para a caminhada (um homem do GX).

Os trechos das entrevistas sobre a razão para a interrupção da prática de musculação dos dois sujeitos do GC estão a seguir:

Dessa vez eu conversei com a pessoa responsável, e falei pra ele assim: tenho osteoporose. Então, eu quero fazer exercício que me faça bem! Aí, de repente, eu estava fazendo determinadas coisas que eu tinha vontade de fazer. E ninguém me dizia: não, você não pode, você não deve... Porque eu gostava daquelas coisas mais pesadas. E ninguém me dizia: não, você não deve fazer isso! Pelo contrário: até me incentivavam. E eu fazia e gostava. Mas meu joelho não topou! E eu não fiquei mais com vontade de ir pra academia. A não ser que seja com um profissional ali do meu lado. (GC: Mulher, 63 anos)

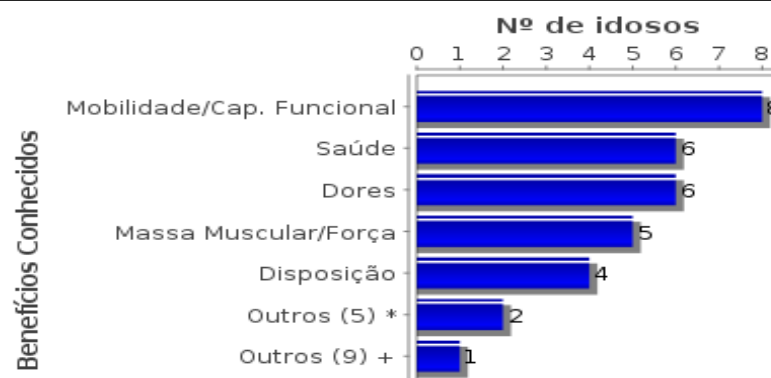
Pratiquei academia, mas achei muito monótono, e saí. (GC: Homem, 60 anos)

Conhecimento sobre os benefícios da prática de musculação

Antes de descrever os benefícios potenciais resultantes da prática de musculação, conhecidos pelos entrevistados, um aspecto relevante precisa ser considerado: a dificuldade dos idosos em diferenciar a musculação das demais atividades praticadas na academia. É interessante observar que os entrevistados, de forma geral, tiveram dificuldades em listar os benefícios da musculação quando perguntados diretamente sobre o assunto. Ao longo da entrevista elencaram muitos benefícios não referidos à pergunta formal.

À pergunta *Você conhece algum benefício que a musculação pode promover?*, sete sujeitos não souberam dizer quaisquer benefícios. Dezoito sujeitos citaram ao menos um benefício potencial. A soma das respostas dos 18 sujeitos originou 19 diferentes benefícios conhecidos, os quais constam do Gráfico 23:

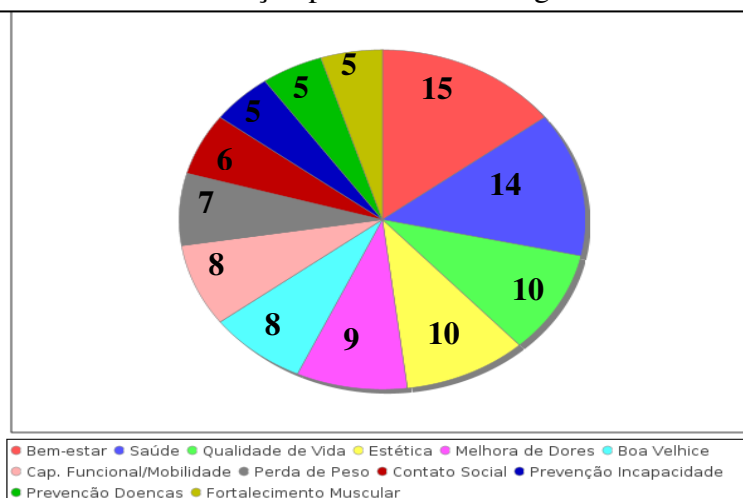
Gráfico 23: Distribuição dos idosos do GM, segundo benefícios potenciais da musculação relatados



* **Outros (5)**: estética, bem-estar, massa óssea, pressão arterial, respiração
 + **Outros (9)**: flexibilidade, peso corporal, circulação sanguínea, fortalecimento lombar, qualidade de vida, estresse, ocupação do tempo livre, contato social, melhoras cognitivas

Adicionalmente aos benefícios relacionados em resposta à pergunta direta, os sujeitos indicavam outros benefícios potenciais, não citados em resposta à pergunta formal. Apenas um dos sujeitos não citou mais benefícios potenciais do que respondera na pergunta formal. Todos os demais 24 sujeitos indicaram pelo menos um benefício extra àquele(s) ditos quando da pergunta direta. Foram 26 os diferentes benefícios relacionados na entrevista que não constavam em resposta à pergunta direta. Eles estão representados no gráfico a seguir:

Gráfico 24: Distribuição dos idosos do GM, segundo os benefícios potenciais da musculação percebidos ao longo da entrevista



No Gráfico 24 foram apresentados apenas os benefícios explicitados por cinco pessoas ou mais. Outros 13 benefícios potenciais foram ditos por número menor de sujeitos. Foram relacionados por quatro sujeitos: maior longevidade, controle/melhora/prevenção da hipertensão, melhor disposição e melhoras cognitivas. Dois sujeitos listaram os benefícios: prevenção da insônia, prevenção de doenças cardiovasculares e combate o estresse. Outros benefícios foram citados por apenas um dos entrevistados: melhora da massa óssea, controle da glicemia, melhora da flexibilidade, favorecimento do lazer, prevenção de atrofia da velhice, redução do colesterol, melhora do estado de humor (felicidade).

Muitos desses benefícios eram comentados por causa do fato de terem sido sentidos pelos sujeitos. Entretanto, a maioria não diferenciava se os resultados obtidos se deviam à musculação, ergometria ou a outras atividades físicas. Algumas falas que possibilitaram perceber os benefícios conhecidos pelos idosos estão apresentadas a seguir:

Eu não amanheço mais o dia querendo chorar! Sabe? Era aquela tristeza, aquela vontade de chorar! Coisa que vinha mesmo lá de dentro do meu coração. (...) E agora, antigamente, quando eu era mais jovem, eu era esquecida, esquecida. Às vezes eu me levantava pra fazer alguma coisa, aí passava um branco. (...) E agora não. Eu melhorei. Minha memória tá muito boa. (GM: Mulher, 71 anos)

Entre os idosos do GC, apenas um não sabia o que era a musculação. Dos nove, apenas dois sujeitos (um homem e uma mulher) souberam dizer algum benefício potencial da musculação:

- Mais preparo físico, melhor prevenção de doenças e mais saúde (um homem);
- Manutenção da massa muscular e óssea; e manutenção da postura (uma mulher).

Ambos os idosos que os relacionaram como benefícios potenciais da musculação, haviam praticado a atividade anteriormente. Um deles ressaltou que os benefícios potenciais da musculação estão condicionados à existência de acompanhamento profissional adequado:

Se ela for bem coordenada e administrada, sim. Não feita na marra como a turma faz aí. Tem que ter alguém que tenha capacidade, tenha treinamento pra isso, pra explicar qual o tipo de musculação que vai fazer, que tipo de respiração, entendeu? Tudo acompanhado, tem que ter um acompanhamento: médico ou fisioterapeuta, um professor de educação física, alguém habilitado, para que a pessoa não faça, como eu vejo o pessoal fazendo as coisas aí: de cabeça! (GC: Homem, 60 anos)

Os idosos do GX pouco conheciam os benefícios potenciais da musculação. Os benefícios indicados pelos idosos do grupo, ambos praticantes de musculação, foram:

- Melhora da resistência física e da estética (um homem);
- Aumento da motivação (um homem).

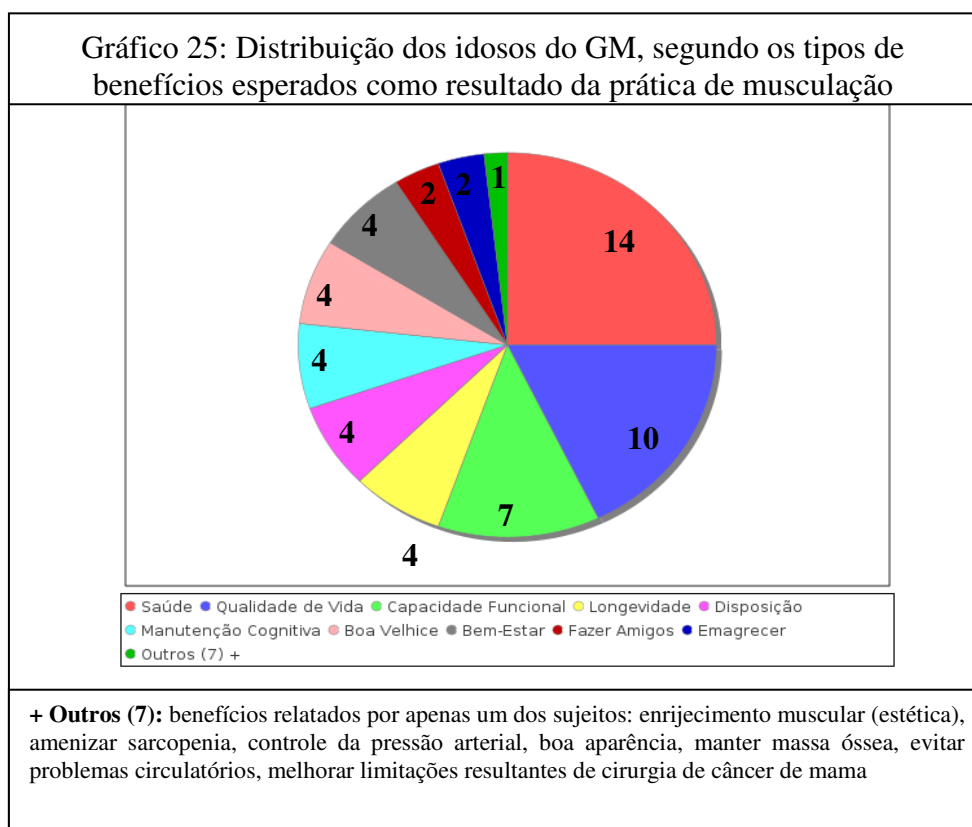
Os idosos não praticantes de musculação do GX não souberam citar os benefícios potenciais. Apesar disso, uma das idosas afirmou que ouvia comentários de que era “uma atividade boa”; entretanto, não a praticava porque tinha “tentado”, mas não havia gostado:

Comecei. Mas não gostei muito (...). Eu vejo muita gente dizer que é bom, né? Mas eu tentei e não gostei. (GX: Mulher, 74 anos)

O segundo dos idosos do GX não praticante de musculação acreditava que a prática poderia proporcionar-lhe benefícios adicionais à ergometria. E a razão para não ser praticada era apenas a falta de tempo. Isso indica, portanto, que havia, por parte dele, prioridade às atividades da ergometria.

Resultados/benefícios esperados

Aos 25 sujeitos do GM se perguntou quanto aos resultados esperados a partir da prática de musculação. Eram 16 os diferentes benefícios esperados:



A maioria dos dez idosos do GC esperava obter melhorias em parâmetros gerais como benefício da prática de caminhada. Os benefícios esperados eram:

- Saúde (todos os homens e três mulheres);
- Mais longevidade (dois homens);
- Melhorar firmeza nas pernas (uma mulher);
- Prevenir dependência (uma mulher);
- Melhorar a capacidade física para iniciar outros tipos de atividade física (uma mulher)

Os dois idosos do GX praticantes de musculação esperavam obter melhor saúde e estética como resultado da prática das duas atividades (musculação e caminhada), e pareciam ter dificuldades de diferenciar os benefícios resultantes de uma ou outra atividade, tratando-as como complementares. Os idosos do GX, não praticantes de musculação, apesar de frequentarem a academia, acreditavam que essa atividade física não lhes proporcionaria nenhum benefício adicional à caminhada, e destas esperavam obter:

- Fortalecimento ósseo e melhorar dores/reumatismo (uma mulher);
- Prevenção de obesidade e atrofia na velhice (um homem).

Como os dois idosos do GX, aos oito idosos do GC que sabiam o que era a atividade denominada musculação, foi perguntado: você acha que a prática de musculação poderia trazer algum benefício, adicional à caminhada? Dos oito idosos, quatro responderam *sim* e quatro *não*. Algumas respostas estão a seguir. A última demonstra dúvida:

Bom, é a mesma coisa da caminhada não é...? Mesma coisa! (GC: Homem, 79 anos)

Não, eu acho que a caminhada seria ótimo pra nós. (GC: Homem, 65 anos)

Eu acho que um maior preparo físico combateria diversos tipos de doenças que poderiam surgir. (...) Uma vida mais saudável, de modo geral. (GC: Homem, 60 anos)

Eu acho que poderia ter melhoria. Mas eu acho que a caminhada é suficiente pra mim. (GC: Homem, 68 anos)

Conhecimento sobre potenciais malefícios resultantes da prática de musculação

Apenas dois sujeitos do GM afirmaram que a musculação não causa qualquer tipo de malefícios. Os demais 23 sujeitos afirmaram que os malefícios podem ocorrer como resultado de circunstâncias específicas: exercícios de forma incorreta (9); utilizar peso em excesso (7); fazer sem orientação ou com orientação inadequada (6); fazer uso de esteroides anabolizantes (2); desrespeitar os próprios limites (2); caso haja problemas de saúde prévios (2). Algumas falas proferidas pelos sujeitos destes grupos estão a seguir. Todas obtidas em resposta à pergunta: você acha que a prática de musculação pode causar algum tipo de malefício?

Pode! Desde que você não seja adequadamente orientado pra isso. (GM: Homem, 60 anos)

Olha, às vezes, se fizer errado: aí faz! Porque uma vez, eu estava fazendo exercício errado! Eu mesma, na minha casa. (...). Aí, todo dia eu ia lá na cadeira e oh: [demonstrou um agachamento] E eu não sabia, eu não sabia fazer o negócio. Daí, quando eu cheguei aqui eu estava toda quebrada. Aí o [nome do professor] falou: Não! É isso aí que tá errado, por isso tu tá toda aleijada! Aí ele foi e me ensinou como é que eu tenho que fazer. (GM: Mulher, 61 anos)

Tudo demais faz mal, não é?! (..) Mas eu pratico dentro da regra [e mostrou a ficha de prescrição, referindo-se à mesma] (GM: Homem, 70 anos)

Eu acho que a pessoa não deve fazer com muita força. Porque tem gente que exagera na musculação! Eu acho que se a pessoa não souber fazer pode até mesmo ter problemas. Por causa... peso demais, às vezes. Enquanto o professor dá as costas tem aluno que pega peso fora, né? (GM: Homem, 63 anos)

Se não for acompanhada, se não tiver um critério, ela pode. É como acontece por aí com alguns jovens que de vez em quando se machucam! Mas eu acho que a musculação só faz bem. (GM, Homem, 60 anos)

Entre os oito idosos do GC que sabiam o que era a musculação, quatro acreditam que não há malefícios potenciais, e um não foi questionado, pois disse não saber o que é a atividade. Os demais três sujeitos acreditam que a musculação pode causar malefícios em duas situações especiais: a) no uso de anabolizantes (um homem); b) na ocorrência de orientação inexistente ou inadequada (um homem e uma mulher). Uma das entrevistadas relatou ter sofrido um desses malefícios potenciais: a ocorrência de lesões articulares, causada, segundo ela, por exercícios inadequados, em função de orientação/acompanhamento

profissional parcial. Por isso interrompeu a prática de musculação e disse que já não se sentia segura em se exercitar em academias. Os trechos das entrevistas de alguns sujeitos estão apresentados a seguir:

Olha, pelo que eu vejo falar, tem muita gente que toma uma tal de bomba, não é? Eu não sei o que é isso... e rapidinho cresce o músculo! Mas eu não gosto disso não! (GC: Homem, 65 anos)

Os idosos do GX que não praticam musculação acreditam que ela não causa malefícios. Aqueles que a praticam acreditam que ocorrem malefícios, mas relacionados à má orientação profissional (um homem), e à prática incorreta ou exagerada (um homem). As falas que possibilitaram essas conclusões estão apresentadas abaixo:

Mal!? Aí eu não sei! Acho que não! Não sei! Uns falam que ensinam a gente, outros falam que não ensinam. Aí você força um pouco, aí você faz o mesmo exercício... Eu não sei como que é isso aí. Eu saí de uma academia pra ir pra outra, mas aí o pessoal vê você fazer e aí não fala nada! Até hoje eu vou reclamar porque eu faço o mesmo exercício! Todo dia eu faço o mesmo exercício! (GX: Homem, 60 anos)

Mal ela faz, desde que seja praticada desordenadamente. (GX: Homem, 60 anos)

Dificuldades existentes na prática de musculação ou caminhada

Dentre os 25 idosos do GM, três sujeitos disseram ter ou terem tido, em algum momento, dificuldades na prática de musculação, relacionadas a limitações em membros ou articulações, por causa de circunstâncias específicas, como cirurgias ou lesões preexistentes, ou ao uso de cargas superiores ao próprio limite físico. Sobre essa variável, duas falas estão apresentadas a seguir:

No braço eu não posso fazer todos os movimentos. [Tinha feito cirurgia de câncer de mama dois anos antes]. (GM: Mulher, 60 anos)

Pelo menos até agora, dos que eu fiz, em dois eu comecei fazer agora: um que faz com os braços assim: [demonstrou o movimento]. Dói muito aqui [levou as mãos ao ombro], acho que é por causa da tendinite... aí dói, é ruim... E o outro é aquele para os quadris (...), esse me incomoda, mas agora eu diminuí o peso. Melhorou, né...? Eu não aguento é carregar é muito peso. (Mulher, 63 anos)

Alguns indivíduos relacionaram a ausência de dificuldades ao cumprimento das atividades previstas no programa, ou à não utilização de cargas elevadas, conforme se observa:

Não! Porque eu não carrego muito peso, eu sempre vou no meu limite, eu sempre falo pro professor: calma! não bota muito peso: eu só quero manter! Eu não vou ser atleta, não vou participar de nenhuma competição... É só pra manter! (GM: Mulher, 67 anos).

Três dos dez sujeitos do GC tinham ou tiveram dificuldades em sua prática de caminhada: falta de um meio de transporte ao local (um homem); preguiça, às vezes (um homem); dor e falta de firmeza nas pernas (uma mulher). A fala desta última está a seguir:

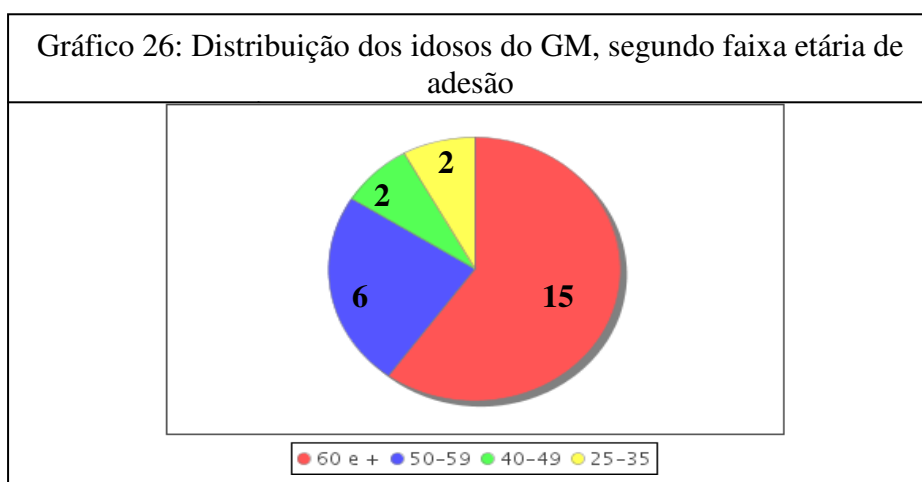
É... essa dor incomoda (tinha referido anteriormente uma dor na perna durante a prática de caminhada) e falta de firmeza nas pernas. Porque eu tenho que caminhar devagar, eu tenho que olhar onde eu vou pisar... Então eu não posso caminhar em qualquer lugar, porque eu posso de repente torcer o pé. (GC: Mulher, 60 anos)

SEÇÃO 4: DETERMINANTES DE ADESÃO

Determinantes para a prática de musculação

Grande parte dos idosos do GM demonstrou dificuldade em diferenciar a musculação das demais atividades praticadas na academia. Quando perguntados sobre as razões para o início da prática dessa atividade física, muitos responderam os motivos para a busca por uma academia. Consideramos este o principal limitante da pesquisa, algo que dificultou a obtenção de dados claros sobre o fenômeno estudado.

A partir da análise dos dados sobre os determinantes de adesão à musculação, observamos que, de acordo com a idade de início da atividade, os motivos apresentados para iniciá-la diferiram. Retomamos, com o Gráfico 26, a faixa etária de início da prática de musculação dos idosos do GM:



A partir do Gráfico 26, observamos que 10 dos 25 sujeitos iniciaram a musculação antes dos 60 anos de idade. De forma geral, os motivos apresentados por cada grupo etário para o início da prática da atividade em questão foram:

- 25-35 anos: estética (2);
- 40-49: preocupação com a saúde e/ou capacidade funcional (2);
- 50-59: preocupação com a saúde e/ou capacidade funcional ou indicação médica (5); estética (1); e
- 60 e +: preocupação com a saúde e/ou capacidade funcional ou indicação médica (14); estética (1).

Para a interpretação dos determinantes de adesão à musculação na velhice, apenas os sujeitos que a iniciaram antes dos 40 anos não foram incluídos. A razão para a não inclusão destes e inclusão dos demais está nos motivos apresentados. Se considerados os motivos indicados pela maioria dos sujeitos que a iniciaram após os 60 anos de idade, diferiram apenas do motivo indicado pelas duas entrevistadas em questão.

Portanto, no estudo específico dos determinantes de adesão à musculação na velhice, as entrevistas de 23 sujeitos foram consideradas.

Dos 23 sujeitos em questão, apenas sete (7) buscaram a academia com o objetivo de praticar a modalidade, e dezesseis (16) buscaram a academia para se exercitar, iniciando a musculação como parte do programa integral de exercícios. Dos sete entrevistados que foram para a academia com objetivo de praticar musculação, seis o fizeram com idade igual ou superior a 60 anos de idade, e um com idade de 53 anos. As razões principais para a busca por essa atividade foram:

- indicação médica (3);
- indicação de amigos (1);
- busca por melhora de dores e da disposição (1);
- busca por benefícios estéticos (1);
- busca por benefícios de saúde e estéticos (1).

Dos sete sujeitos que citaram os motivos acima como os principais para o início da prática de musculação, outros seis disseram – ou as entrevistas permitiram perceber - outras razões que tiveram alguma importância para a atividade de fato ser iniciada. Foram elas:

- Saber dos benefícios potenciais da musculação (3);
- Ter sido ativa em fases anteriores da vida (2);
- Dificuldade de praticar caminhada em Porto Velho, por causa do calor (1);
- Facilidade de acesso à academia (3);
- Ter amigos que incentivavam (1);
- Ter a sensação de que estava começando a ter problemas de saúde relacionados à falta de condicionamento físico (1);
- Busca por melhor estética (1);
- Advento da aposentadoria: passou a ter tempo (1).

Alguns trechos de entrevistas que favoreceram a compreensão destes facilitadores de adesão foram:

Ah, é lógico que você tem vaidade, não é!? Estética, essas coisas. (GM: Homem, 63 anos)

Foi sugerido pelo médico pra eu fazer. Porque eu só fazia caminhada. (...) Quando você aposenta você tem que cuidar de você. A idade faz com que você comece a cuidar de você. (GM: Mulher, 61 anos)

E aí foi através de amigos, né!? Aí tudo pertinho aqui também. Isso também favoreceu. (GM: Homem, 63 anos)

Olha: eu tive até pensando nisso essa noite. Qual das duas era a principal? São dois aspectos diferentes: (1) que eu sempre fui muito agitada. Então, eu morei a vida inteira em cidade de praia. (...) Então sempre corria na praia, joguei frescobol. Nunca fui assim: parada. Então, aqui em Porto Velho, essa coisa começou a me irritar: de tá parada! Porque é muito calor, você não anda na rua, não bate perna. Então, tinha esse aspecto dos hábitos. E tinha o outro aspecto estético, sempre tive a preocupação de não ficar pelancuda. (...) Então, tinha um fator estético, mas tinha também um fator que precisava gastar energia. (GM: Mulher, 68 anos)

Foi essa que eu te falei, da vitalidade, do corpo mesmo, assim de você parar de sentir dores, você se sentir bem à vontade. Então, eu precisava dessa situação. Já suspendia: o braço doía, a perna doía. Eu disse: Não! (...) Eu busco na internet. (...) Eu acho que a academia é a única coisa que eu olhei que realmente ia me dar essa... Sair do sedentarismo. (...) Você fica no sedentarismo, aí você vai enferrujando, com certeza. E aí a academia não. A dança num me dava nem dá o que a academia dá. (GM: Mulher, 63 anos)

A maioria dos idosos entrevistados iniciou a musculação como parte do programa de exercícios oferecidos pela academia, e não por vontade específica de praticá-la. Isso nos fez concluir que, uma vez feita a matrícula na academia, o profissional de Educação Física que ali trabalha se torna, na maioria das vezes, a razão principal para a atividade ser iniciada. Compreender os motivos pelos quais os idosos de Porto Velho buscam a academia para praticar exercícios se torna essencial na tentativa de estudar os motivos de adesão à musculação. Afinal, frente à necessidade ou decisão de se exercitar, o que fez com que esses sujeitos buscassem a academia e não outro local para a prática de exercícios físicos?

Determinantes para a busca pela academia

Três dos entrevistados não indicaram com clareza as razões para a busca pela academia. Todas as citadas pelos demais 20 sujeitos¹² foram busca específica da musculação, que somente existe nas academias (7); clima muito quente atrapalha a caminhada na rua (2); indicação médica (2); esposa ou alguém de casa fazia academia (3); facilidade de acesso (2); achar a rua perigosa para caminhar (1); inauguração de academia perto de casa (1); falta de companhia para caminhar na rua (1); busca por atividade física orientada por profissionais (1); busca por contato social (1).

A seguir, as falas de alguns dos 16 sujeitos que fizeram perceber as razões para a busca pela academia como local para se exercitar:

Eu sempre caminhei aqui no Deroshi [praça de Porto Velho] ou então na vila da base aérea, arrodeando o Cesof ali, fazendo o oito naquela quadra, vinha até a rua Presidente, ia até a rua Farquar. Aí depois a minha filha começou a se sentir mal, e o tempo fechando com o negócio da quentura... Aí passamos a vir pra academia, e desde que viemos pra academia nunca mais saímos. (GM: Mulher, 67 anos)

Quando orientado por pessoas que entendem dos exercícios, você não tem como errar, não tem como obter malefícios, só benefícios. É justamente por isso que procurei uma academia onde realmente tem pessoas que vão além do conhecimento que nós não temos. (GM: Homem, 60 anos)

E aí, quando eu vim pro Estado de Rondônia, em 92 (...) Aí eu digo: eu acho que o melhor lugar é a academia. Porque rua - tem gente que gosta de fazer atividade na rua, e eu tive algumas pessoas amigas que faleceram atropelados, pessoas idosas caminhando. A rua é perigosa: assalto! E aí eu preferi a academia. Há mais de dez anos eu frequento academia. (GM: Homem, 60 anos)

Os resultados das entrevistas são corroborados pelos questionários respondidos por 14 idosos do GM. Embora os questionários tenham sido direcionados ao porquê de adesão à musculação, consideramos que as respostas dos sujeitos foram atribuídas aos motivadores para o início da prática de atividades físicas, e então para a busca pela academia, por razões explicadas. Definimos os itens *importante* e *importantíssimo* dentro de um mesmo grupo e *pouco importante* e *sem importância* em outro grupo. Em apenas quatro itens do questionário não houve predominância de respostas em um dos dois grupos:

¹² Uma das entrevistadas citou duas razões para ter buscado a academia. Por isso, a soma dos números entre parênteses (respectivos ao número de sujeitos) é 21 e não 20.

- Busca de atividade para auxiliar a recuperação de alguma lesão;
- Busca de atividade para melhorar sintomas de doenças;
- Seguir orientação médica;
- Preço cobrado pela academia.

Nos três primeiros fatores acima relacionados não houve predominância de respostas, pois nem todos tinham lesões, sintomas de doenças ou indicação médica. Aqueles que as tinham, consideram-nas motivos importantes para a adesão, e aqueles que não as tinham marcaram sem importância. Então, o único fator que teve relativo equilíbrio nas respostas foi o fator *preço cobrado pela academia*. Para nove indivíduos, foi considerado sem importância ou pouco importante, e, para cinco, importante ou importantíssimo.

A partir dos questionários foram considerados: a) *importantíssimos* para a adesão todas as questões relacionadas à saúde e à capacidade física; b) *importantes* para a adesão os motivos estéticos, redução do estresse, melhora da autoestima, contato social, lazer, proximidade da academia de casa e confiança no professor; c) *pouco importantes* para a adesão a curiosidade pela atividade, influência de amigos e busca de algo para sair de casa; e d) *sem importância* para a adesão a influência da mídia. Na Tabela 5, apresentamos a frequência de respostas do questionário, segundo cada um dos itens:

Tabela 5: Distribuição da frequência de respostas dos idosos do GM ao questionário

FATORES	SI*	PI*	IM*	IT*
Vontade/necessidade de adotar estilo de vida saudável	-	-	2	12
Vontade/necessidade de melhorar desempenho físico	-	-	2	12
Busca de atividade para auxiliar a recuperação de alguma lesão	6	1	2	5
Busca de atividade para melhorar sintomas de doenças	7	-	-	7
Busca de atividade para prevenir doenças	-	1	1	12
Anseio em melhorar a saúde	-	-	1	13
Seguir orientação médica	7	-	-	7
Seguir orientação de algum profissional da saúde não médico	12	1	-	1
Melhorar autoestima	2	-	3	9
Melhorar autoimagem	2	1	6	5
Motivos estéticos	2	-	6	6
Reduzir o nível de estresse	1	1	5	7
Ampliar contato social	3	-	5	6
Curiosidade pela atividade	7	3	2	2
Influência de amigos	8	2	1	3
Fazer algo para motivar a sair de casa	9	1	1	3
Lazer	3	1	8	2
Ter confiança no(s) professor (es)	1	2	8	3
Proximidade da academia de casa/trabalho	4	-	4	6

Influência da televisão	11	-	1	2
Influência de mídias não televisivas	13	-	1	-
Preço cobrado pela academia	6	3	1	4

*SI: Sem Importância; PI: Pouco Importante; IM: Importante; IT: Importantíssimo

Para o indivíduo ter condições de escolher uma atividade física, em detrimento de outra, é indispensável que conheça as opções e características e benefícios potenciais. Entretanto, poucos idosos fisicamente ativos entrevistados sabem diferenciar os tipos de atividades físicas existentes quanto aos benefícios potenciais. Muitos parecem acreditar que todos os tipos de atividade física promovem os mesmos benefícios. Independentemente do tipo de exercício físico escolhido, praticar exercícios físicos regularmente pressupõe que o indivíduo possui razão e motivo para tal. Quais razões foram citadas pelos entrevistados para a prática de atividades físicas?

Determinantes para a decisão de praticar exercícios físicos

Considerando os motivos principais e secundários, foram 14 os determinantes ou facilitadores percebidos a partir das entrevistas com os 23 sujeitos, para o início da prática de exercícios físicos após os 40 anos de idade: conhecimento sobre os benefícios de se exercitar (15); indicação médica (12); cuidado/atenção com a própria saúde (11); preocupação com a própria saúde ao ter algum diagnóstico ou sintoma (8); motivos estéticos (5); gostar de se exercitar, por ter sido ativo em momentos anteriores da vida (7); aposentadoria, gerando maior tempo para a prática (3); indicação de amigos/parentes (3); busca por contato social (1); busca por prevenir fraqueza (2); busca por lazer (1); medo de morte precoce (1).

Entre os motivos principais citados, os relacionados à manutenção ou melhora da própria saúde ou capacidade física/funcional apareceram em maior número. Consideramos que uma das questões significativas para a decisão de se exercitar é conhecer os benefícios. Algumas falas que permitiram definir a busca pela saúde como motivo principal de adesão estão a seguir:

Primeiro a saúde, segundo a estética, terceiro o entrosamento. (GM: Mulher, 66 anos)

Eu acho que o que me levou a fazer atividade física... isso aí é fruto de um contexto. Eu sempre fui praticante de esporte, desde pequeno, desde menino. Eu nunca fui sedentário, tanto que eu era magrinho. Depois que casei aí comecei a engordar, aquela coisa de casado. E percebi que as roupas começaram... comecei a perder roupa e tal,

muito pesado. Eu vi que não era uma boa coisa aquilo. Aí dali eu comecei a fazer minhas atividades, entrei na academia, e fazer corrida. (GM: Homem, 60 anos, sobre os motivos para a busca pela academia e musculação)

Embora conhecer os benefícios da atividade física seja importante à adesão, geralmente não é suficiente para a atividade física ser de fato iniciada. Dos 23 sujeitos, apenas cinco tiveram motivo único, suficiente para a prática de atividades físicas ser iniciada: indicação médica (3); estética (1); prevenção de incapacidade física (1). Dos que tiveram um único motivo, suficiente à adesão, a indicação médica foi citada pelo maior número de sujeitos (3).

Entre os idosos do GC, os motivos principais apontados para o início da prática de caminhada foram indicação médica (6); ver reportagem na televisão sobre os benefícios da atividade física na velhice (2); perceber-se limitada em atividades cotidianas que antes fazia com facilidade (1); prevenção dos malefícios do sedentarismo (1).

Os facilitadores citados pelos sujeitos do GC para iniciar a caminhada foram busca por melhor qualidade de vida (1); busca por ocupar o tempo (1); busca por bem-estar, que sabiam ser resultante da prática de atividades físicas (2); influência/apoio de amigos ou filhos (2); indicação médica (1); aumento do tempo livre pelo advento da aposentadoria (1). As falas de alguns sujeitos desse grupo sobre os motivos e facilitadores para o início da prática de caminhada estão a seguir:

Eu comecei a caminhar porque eu comecei a perceber que não fazia mais nada do que fazia antes... E toda hora a minha filha e o médico falavam pra eu caminhar... E fui engordando, fui engordando... E não parei mais de engordar... Aí eu digo... Ih! Aí juntou tudo, juntou na dívida. Já estou no saldo negativo! (GC: Mulher, 60 anos)

Foi por causa do colesterol mesmo. Tive indicação médica (GC: Mulher, 75 anos)

Porque eu via a programação na televisão, aí via. Aí eu comecei. (...) Eu vi que a gente tem mais saúde, a pessoa desenvolve, a pessoa parece que atura mais, né?! Então eu já tô atrás dessas coisas. (GC: Homem, 79 anos)

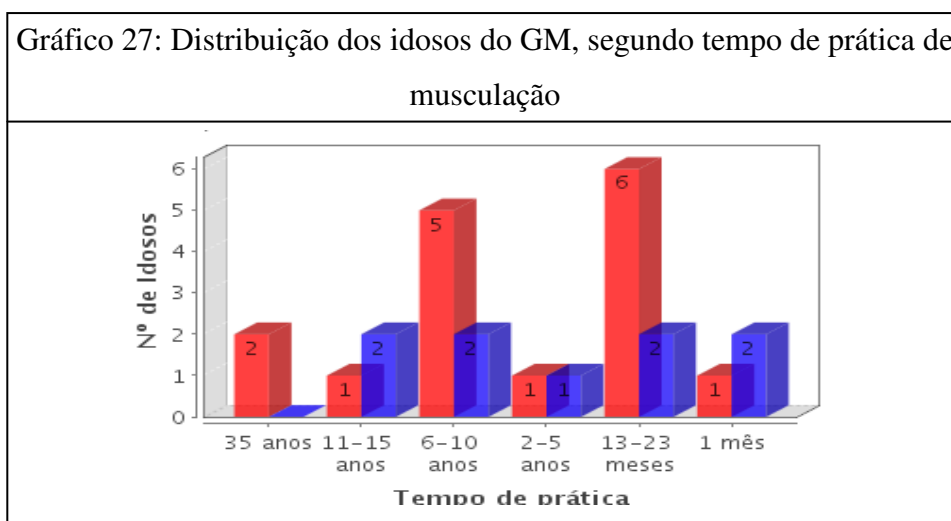
A razão é que eu participava de alguns esportes no final de semana, e aí eu estava com o peso de mais ou menos 93kg, e tive um problema de tonteira. Um dia faleceu um parente meu, e eu tive umas tonteiras! E daí eu fui verificar a pressão e ela tava 18. Aí procurei o médico, fiz os exames tudinho, e tava com 45 anos na época. O médico disse que se eu não fizesse algum tipo de exercício eu não chegava aos 50. Então daí eu já saí de lá já caminhando! (...) Eu tinha um amigo que ele corria muito... E eu chamava ele de

doido... E ele dizia pra mim: olha, uma hora tu vai precisar disso aqui também, sabe?! E daí eu me lembrei dele... Mas o que me fez mesmo, determinante, foi mesmo os exames médicos que é... praticamente dependia a minha saúde... (GC: Homem, 62 anos)

Primeiro, pra combater o sedentarismo. E como ocupação, para ter uma melhor qualidade de vida, combater algumas doenças porventura que venham a ocorrer, evitar... E a melhor qualidade de vida. (GC: Homem, 60 anos)

Determinantes para a continuidade da prática de musculação

Entre os 25 entrevistados, o tempo de prática de musculação é bastante diferente. O Gráfico 27 apresenta estes dados:



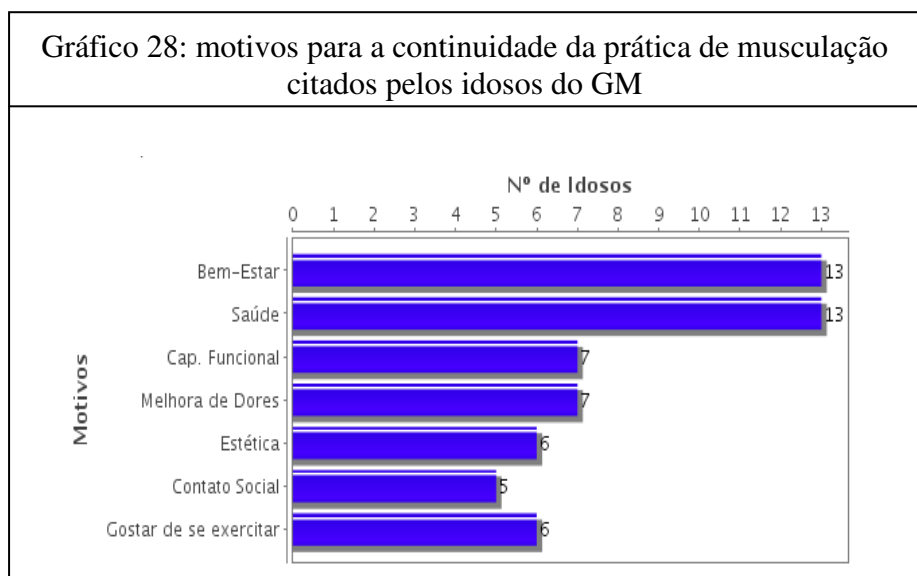
Observamos no Gráfico 27 que 22 sujeitos possuem um ano ou mais de prática. É fundamental compreender as razões que os têm mantido na academia, praticando musculação, por períodos significativos. A todos os entrevistados se perguntou sobre os fatores que o motivaram a continuar praticando musculação. Uma das mulheres disse que na verdade estava bastante desmotivada, por causa de problemas pessoais: dificuldades financeiras e aparecimento de doenças nos meses anteriores. Entretanto, ao longo da entrevista, a mesma pessoa citou alguns motivos para continuar praticando musculação, os quais estão incluídos no Gráfico 28, que apresenta a distribuição de todos os motivos. Outra mulher também teve dificuldade em dizer as razões que a fazem continuar praticando musculação. Permaneceu em silêncio, pensativa, e apenas interrompeu o silêncio quando perguntada se havia alguma coisa que já havia sentido ou esperava obter, que a fazia sentir desejo de continuar praticando.

Como as duas mulheres cujos casos foram relatados acima, todos os sujeitos atribuíram a benefício sentido ou esperado a motivação para continuar a prática da musculação. É interessante considerar que as duas mulheres que iniciaram a musculação na juventude, antes dos 40 anos e por razões exclusivamente estéticas, disseram que a manutenção da atividade se justifica pela saúde. Entretanto, ao final das entrevistas, as entrevistadas entraram em contradição sobre a questão de saúde ou estética como razão para a continuidade da prática:

O que eu te falo: bundinha dura, perninha durinha, e saúde - pelo menos pra manter, né? (GM: Mulher, 61 anos)

Era a estética! Mas hoje é por causa da saúde. Até porque a gente ouve falar muito que terceira idade tem que fazer musculação, essa coisa toda. E nunca foi me dito assim... Os benefícios a gente vê, de forma geral, mas assim, especificamente: você faz isso por causa disso, disso e disso: isso não! Eu me incluo no todo! (...) Eu acho que a musculação continua a dar ao idoso uma certa mobilidade. (...) Você trabalha essa parte: adiposa, muscular... E que isso vai de te dar certa mobilidade, vai deixar com as pernas torneadas... No fundo, no fundo, é estética. (GM: Mulher, 61 anos)

Do Gráfico 28 constam os motivos que apareceram com maior frequência. Além dos benefícios relatados pelos entrevistados, estão incluídos os percebidos a partir da análise de cada entrevista:



A partir dos dados contidos no Gráfico 28, saúde e bem-estar foram os motivos que apareceram com maior frequência. Outros motivos/facilitadores citados foram prevenção de doenças (4); manutenção da saúde cognitiva (4); qualidade de vida (4);

emagrecimento/manutenção do peso (2); disposição (2); condicionamento físico para as atividades cotidianas (2); melhora do sono (1); melhora da mobilidade (1); melhora da flexibilidade (1); melhora de tristeza (1); ocupação do tempo livre/lazer (3); facilidade de acesso à academia (3); melhora de doenças (2); prevenção de atrofia (2); manutenção da pressão arterial estabilizada (3); melhora do cansaço nas AVDs (1); aquisição do hábito de praticar exercícios (3); recomendação médica frequente (1); saber que a musculação é importante (2); ouvir falar que musculação faz bem à terceira idade (1).

Algumas falas que possibilitaram perceber os determinantes de aderência estão a seguir:

De jeito nenhum... Porque a academia ela vicia de uma maneira saudável. Porque você sente aquela coisa boa, você sai daqui, a tua mente é outra. (GM: Mulher, 63 anos, sobre a existência, em algum momento, de vontade de parar de praticar musculação)

Ah... a melhora de vida, não é?! Melhorar a vida e chegar na velhice enxuta. (GM: Mulher, 67 anos)

Ah... A melhoria que eu sinto na saúde. Mais disposição para o trabalho. A minha vida é corrida, eu advogo, dou aula, tal... Minha vida é corrida. E agora eu sinto mais disposição, depois da academia. (GM: Homem, 64 anos)

Problema de saúde. Porque eu vejo que tem gente da minha idade que não faz. Tem uma menina mais nova, ela tem 50 anos de idade. Aí foi saltar do carro. Ela disse: ai, menina, tô morrendo de dor. E eu não sinto dor! (GM: Mulher, 71 anos, sobre os motivos para a continuidade da prática)

Eu me sinto bem. E também a gente precisa mesmo... Porque se a gente fica só em casa... Poxa vida... Não tem o que fazer... O dia todinho dentro de uma casa sem fazer nada! E assim não: a gente vem aqui... Encontra com as pessoas pra conversar... É tão gostoso... E as minhas filhas que fazem... Sempre que elas vão me levam... É mais tranquilo. (GM: Mulher, 67 anos, sobre os motivos para a continuidade)

Saúde, bem-estar... (...) Sempre tem a necessidade. Quando você para sente a necessidade: É impressionante! Você cria o hábito, e aí você para: fica faltando alguma coisa! (GM: Homem, 60 anos, sobre os motivos para a continuidade)

Quanto aos idosos do GC, todos relacionam a continuidade de sua prática aos benefícios que esperam obter da caminhada. Dos 10 sujeitos do grupo, sete relataram *saúde* como motivo para continuar praticando. Outros motivos foram: prevenção e controle de

doenças (3); bem-estar (2); qualidade de vida (1); ocupação do tempo livre (1); melhora do sono (1); espera ter mais tempo de vida (1); manter independência (1); ter boa velhice (1); melhorar fraqueza nas pernas (1); ter cachorro como companhia (1); busca por melhorar capacidade física visando conseguir fazer outros tipos de exercícios (1); prevenção de dores (1); relaxamento/combate ao estresse (1); já ter incorporado o hábito (1).

Algumas falas que possibilitaram perceber os determinantes de continuidade da prática estão expostas a seguir:

Eu penso assim: se eu parar, pra mim não vai ser bom não. Porque, como eu dizia no começo, eu vejo que é saúde, é um desenvolvimento. Por exemplo, a pessoa de idade, que nem eu, fica quieto ele vai vir doente. Ele envelhece antes do tempo! (GC: Homem, 79 anos)

Então, é uma das coisas que eu tenho como rotina! Eu chego do trabalho, descanso um pouquinho em casa e aí já venho pra pista! (GC: Homem, 62 anos)

E também eu não gosto de vir só (...) Aí, agora com a cachorra, eu venho... Sozinha eu não venho não! (GC: Mulher, 60 anos, sobre as razões que dificultam a sua prática de caminhada)

Os dois idosos do GX praticantes de caminhada e musculação relataram *saúde* como o motivo para continuarem se exercitando. Um deles disse que a manutenção de aparência jovial é outro fator motivador:

A juventude... As meninas gostam de ver os velhos assim, sadios. A verdade é essa. (GX: Homem, 60 anos)

Quanto aos dois idosos do GX que iniciaram a musculação e depois a interromperam, as razões para a interrupção (não continuidade) foram não ter tempo para a prática; e não ter gostado da atividade.

Motivos para não praticar musculação

Alguns dos 10 sujeitos do GC relataram motivos para não frequentar academias ou praticar musculação:

- Preferência por se exercitar em local aberto (dois homens);
- Não gostar da agitação da academia (uma mulher);
- Achar que musculação é atividade física para jovens (um homem e uma mulher);

- Já ter praticado e achá-la atividade muito monótona (um homem);
- Já ter praticado e achar que estava sendo mal acompanhada pelos profissionais da academia (uma mulher);

Eis algumas falas:

Olha, eu acho que a musculação é pra gente mais nova. Gente que já tá na minha idade eu acho que não adianta mais. Gente mais nova e tal. Mas eu, com 61, eu acho que num precisa mais. (GC: Homem, 61 anos).

Musculação?! Eu não presto atenção muito não! É por isso que eu pensava de fazer pilates: porque não gosto de agitação! (GC: Mulher, 60 anos, quando perguntada se conhecia algum benefício potencial da prática de musculação)

Os dois últimos motivos elencados foram apresentados por dois sujeitos, que já haviam praticado musculação. Tinham clareza de que a prática de musculação lhes proporcionaria benefícios adicionais. Apesar disso, prevaleciam os motivos para não a praticarem.

Outra questão importante referida por uma das entrevistadas praticantes de musculação diz respeito ao ambiente da academia, como limitante da procura de idosos pela musculação:

Eu acho que muitas pessoas aí da minha idade que não vêm porque têm um pouco de temor: pensa: não! Vou ficar lá na academia?! Só que não tem nada a ver. É um pouco de preconceito com a própria idade. E é isso que a gente não tem que ter. (GM: Mulher 63 anos).

Uma das entrevistadas praticantes de musculação demonstrou a provável existência desse tipo de preconceito com a própria idade, após afirmar que esperava manter o nível de saúde:

Porque boa não fica mais né! Você sabe: Velho só recupera! (GM, Mulher, 61 anos)

Capítulo 6

Discussão

O conhecimento dos benefícios: determinante importante para adesão e aderência à musculação e às atividades físicas em geral

Tivemos como objetivo central na pesquisa identificar os determinantes e limitantes de adesão à prática de musculação entre idosos, e a compreensão das questões subjetivas envolvidas no tema. Na literatura encontramos número crescente de pesquisas sobre os determinantes de adesão à prática de atividades físicas em geral. Entretanto, são poucos os estudos que se direcionam a pesquisar os determinantes de adesão à musculação entre idosos. Acreditamos que essa questão merece atenção específica, em razão dos estigmas que ainda persistem sobre a velhice e sobre a musculação.

No decorrer da pesquisa percebemos que grande parte dos sujeitos praticantes de musculação não teve uma razão para iniciar a atividade, sendo o início consequência da busca pela academia. Percebemos também que, mesmo entre idosos que praticam essa atividade, grande parte dos sujeitos parece acreditar que os exercícios físicos não têm diferenças importantes entre si quanto aos possíveis resultados que podem proporcionar ao praticante. Diante dos fatos, acreditamos que o primeiro limitante de adesão à musculação seja o desconhecimento dos benefícios potenciais desta atividade. Sobre o assunto, observamos que os benefícios conhecidos pelos entrevistados como potencialmente resultantes da prática de musculação eram geralmente em aspectos gerais, como saúde, bem-estar e qualidade de vida, por exemplo. Se considerarmos os diferenciais da musculação, aqueles que a tornaram recomendada para idosos na última década - prevenção da incapacidade funcional pela manutenção/melhora da força; prevenção ou controle da osteoporose; melhora de dores articulares -, poucos entrevistados os relacionaram.

Quando citados pelos sujeitos, os benefícios geralmente diziam respeito àqueles já obtidos, ou seja, os benefícios eram conhecidos por causa da experiência pessoal. Sobre o assunto, Okimura (2005), em estudo sobre o processo de aquisição de conhecimento potencialmente resultante da prática de atividades física por pessoas idosas, concluiu que muitas vezes o conhecimento se dá a partir da elaboração do próprio sujeito quando percebe os benefícios. O tema abre janela a outras discussões possíveis: os profissionais de Educação Física, atuantes nas academias, conhecem os benefícios possíveis com a prática de musculação? Sabem das particularidades desse tipo de treinamento quando praticado por pessoas idosas? E, sabendo, informam adequadamente os sujeitos sobre o que é possível esperar como resultado? Esses profissionais estão preparados para instruir os idosos?

Os dados encontrados na presente pesquisa não permitem afirmar se o baixo conhecimento dos idosos acerca dos benefícios potencialmente resultantes da prática de

musculação é consequência de pouca instrução cedida pelos profissionais de Educação Física atuantes na academia. No entanto, dão margem a reflexão. Na tradução das Diretrizes Curriculares Internacionais para a Preparação de Instrutores de Atividades Físicas para Idosos, Gobbi, Santos e Gobbi (2005) relatam que vários especialistas têm como opinião que instrutores de atividade física para idosos precisam de mais conhecimento, habilidades e experiência do que instrutores de adultos, por causa das distintas condições médicas e habilidades funcionais daquele grupo. É imprescindível informar que a publicação dos autores acima se refere ao contexto internacional, e que em poucos países, grupo no qual o Brasil está incluído, há profissão regulamentada para profissionais habilitados em prescrição de exercícios físicos. Ainda assim, consideramos que a afirmação dos autores se aplica à realidade brasileira. E consideramos também que não apenas as limitações provocadas pelas alterações de natureza biológica devem justificar cuidados especializados do profissional no acompanhamento de idosos. A forma de abordagem e explicação dos conteúdos, e a linguagem a ser utilizada são exemplos de outras questões que merecem atenção.

Na pesquisa de Zawadski e Vagetti (2007), o professor apareceu como um dos fatores motivadores, relacionado ao ambiente, para a continuidade da prática. Em nossa pesquisa nenhum dos entrevistados reportou-se ao professor como fator motivador à continuidade da prática. Apesar disso, dos 14 indivíduos do GM que responderam ao questionário sobre os determinantes de adesão, oito citaram como importante ou importantíssimo o fator *confiança no professor*. Acreditamos que o dado reforça a dificuldade dos sujeitos em diferenciar, no momento do preenchimento do questionário, o que foi importante para iniciarem a musculação do que consideravam importante para a continuidade, pois nenhum reportou ter buscado sequer saber quem eram os professores, antes de iniciar a prática. Assim, consideramos que o professor é um dos fatores que afetam a continuidade da prática de musculação entre indivíduos idosos, mas não afetou a adesão dos participantes deste estudo.

Em estudos anteriores sobre a adesão em programas de atividade física, o conhecimento sobre os benefícios potenciais da prática já foi reportado como questão importante (WEINBERG; GOULD, 1995; DISHMAN, 1988; KING et al, 1992). Matsudo e Matsudo (2000), por exemplo, atribuíram ao desconhecimento dos idosos sobre os benefícios potenciais da prática de atividades físicas um dos motivos para a não adesão. Também Goggin e Morrow (2001) consideram que conhecer os benefícios da prática de atividades físicas é um dos fatores que facilitam a adesão.

O conhecimento dos benefícios da atividade física pode ser afetado pela escolaridade dos sujeitos. A partir de estudo de revisão, Rhodes et al (1999) afirmaram que existe

correlação positiva entre grau de instrução e prática regular de atividades físicas entre idosos. Para Zaitune et al (2007), a relação escolaridade-prática de atividades físicas se relaciona ao conhecimento dos benefícios da atividade física e aos contextos de condições de vida dos sujeitos. Em adição ao fator escolaridade, Okimura (2005) afirma que a existência de conceitos prévios inadequados, diminuição da memória e falta de domínio com a linguagem são os fatores principais que dificultam o aprendizado dos idosos sobre os benefícios da prática de atividades físicas.

Na presente pesquisa, os níveis de escolaridade relatados pelos sujeitos em ambos os grupos se diferenciaram bastante entre si. Entretanto, não podemos desconsiderar que a grande maioria dos praticantes de musculação tinha no mínimo o ensino médio completo; as três pessoas que tinham níveis de escolaridade inferiores tiveram dificuldade em relacionar os benefícios potenciais da musculação. Sabemos que uma das razões que podem ter provocado aparente menor conhecimento dos idosos menos escolarizados sobre os benefícios da musculação é o menor domínio da linguagem. A dificuldade em entender a língua e de se expressar de forma clara talvez afetem a capacidade de explicar os benefícios que conheciam sobre a atividade.

Temas como escolaridade e o conhecimento dos benefícios da atividade física provavelmente significam maior acesso dos que têm maior escolaridade à informação ou até mesmo melhor capacidade de reter informações sobre o assunto. É comum a veiculação midiática sobre os benefícios da prática de atividades físicas para idosos. O acesso à informação por meio da televisão foi motivo apresentado por dois entrevistados para o início da prática de caminhada.

Uma das idosas praticantes de musculação relatou ter decidido iniciar a atividade a partir do conhecimento dos benefícios pela internet. Outros dois entrevistados, também praticantes de musculação, referiram-se a livros ou a revistas como fontes de aquisição de conhecimento, também motivadores da adesão inicial. A partir destes dados, julgamos pertinente considerar que as informações veiculadas pela mídia realmente exercem influência para o indivíduo efetivamente se tornar fisicamente ativo. Um indivíduo que esteja no estágio de pré-contemplação¹³ à atividade física, por exemplo, pode se sentir mais motivado a iniciar a prática de atividades físicas ao assistir a uma reportagem que reforce os benefícios de se exercitar. Sobre a escolaridade, dos dois sujeitos que tomaram conhecimento dos benefícios pela televisão, um não era escolarizado e o outro estudou até concluir o ensino fundamental.

¹³ Estágio de adesão à atividade física na qual o indivíduo não se exercita regularmente, mas tem a intenção de fazê-lo.

Consideramos que a televisão é meio importante de levar informação aos indivíduos, e em especial àqueles de menor escolaridade. Sobre o assunto, não há dúvida de que a importância da mídia no mundo atual também repercute sobre a cultura corporal do movimento (BETTI, 2003), assim como sobre as *novas formas* de vivenciar a velhice (CÔRTE; MERCADANTE; GOMES, 2006). Trata-se de transformar o leitor num autoempreendimento, alguém capaz de moldar corpo e mente, de acordo com as exigências do mundo contemporâneo. Os resultados de nossa pesquisa podem indicar que a mídia exerce mais influência sobre os sujeitos para que se tornem fisicamente ativos do que eles mesmos supõem. Se considerarmos que a grande maioria dos entrevistados associou a prática de exercícios com ganhos em saúde, bem-estar e qualidade de vida, e não com questões mais específicas, como melhora de força e massa óssea, por exemplo, e que a mensagem midiática mais frequente é *atividade física é saúde: pratique!*, parece razoável afirmar que as narrativas midiáticas de saúde e bem-estar transmitem cotidianamente ao público as novas descobertas científicas, especialmente as relacionadas aos exercícios físicos.

Para Landsmann (2010, p.19), *no campo da saúde as práticas educativas e comunicativas têm sido aperfeiçoadas ao longo dos séculos e encontraram nos meios de comunicação a melhor maneira de disciplinar as ‘massas’ (ou hoje, os públicos) e divulgar normas/receitas que promovam mudanças de comportamento individuais e coletivos.*

Se a mídia muitos conduz à prática de exercícios, embasada em sua ação produtora de saúde, a partir da prevenção e retardo do aparecimento de doenças (CARVALHO, 2004), ela também pode funcionar no sentido contrário. Para Carvalho (2004) e Zylberberg (2003), a mídia é vendida como bem de consumo, tornando-se motivo de aquisição de outros bens de consumo considerados *adequados*, além de estigmatizar o corpo e separar os indivíduos segundo as modalidades de atividade física que lhes são (ou não) elegíveis. Enfim, dita as normas de conduta dos praticantes de exercícios. Essa forma de separar e delimitar regras para a adoção de comportamento fisicamente ativo pode ser, por si só, limitante da adesão de idosos em programas de exercícios. Consideramos que, em razão da sensação de não pertencimento ao ambiente repleto de jovens, com corpos e vestimentas *adequados aos padrões* – como costuma ser nas academias¹⁴, local onde a prática de musculação está disponível -, o idoso pode não se sentir motivado a adentrar o ambiente. E considerar a musculação como atividade “inadequada”. O que talvez seja razão para não aderir e/ou

¹⁴ Santos e Salles (2009) fazem interessante leitura antropológica do ambiente das academias. Os autores ressaltam que “apagar as marcas do tempo” é um dos desejos de alguns frequentadores, o que reflete os ideais de beleza e saúde (associados à juventude) presentes em nossa sociedade.

abandonar a prática de musculação. Nesta pesquisa, a concepção apareceu em duas entrevistas, o que indica que a visão estereotipada dessa atividade física ainda persiste, tornando-se limitante potencial da adesão.

Ainda sobre o conhecimento dos benefícios e sua forma de obtenção, amigos ou familiares praticantes ou que têm domínio sobre o assunto são fonte de informação. E assim colaboram para a adesão dos idosos. A título de exemplo, Santos de Sá (1999), em seu estudo sobre os fatores facilitadores do aprendizado sobre o uso de computador por idosos, relatou que o contato com os colegas de curso foi uma das condições. Na presente pesquisa, a opinião positiva de amigos ou conhecidos sobre a musculação apareceu em algumas entrevistas como reforço à adesão ou continuidade da prática. Acreditamos que o depoimento pessoal de terceiros tem valor diferenciado para o indivíduo, sendo mais uma fonte de informação. Se considerarmos os estereótipos sobre a musculação, saber que uma pessoa próxima a pratica facilita a adesão.

Os filhos também apareceram como fontes de informação. Sua opinião sobre os benefícios da caminhada justifica as convicções sobre a prática de atividades físicas:

Eu acho que só pode trazer benefício. A minha filha sempre faz caminhada. Ela sempre faz! E se dá bem. Diz ela que no dia que não faz ela já se sente ruim. (GX: Mulher, 74 anos)

Quanto ao número de filhos e conhecimento dos benefícios da musculação, não observamos indícios de que esses fatores têm relação. Portanto, os entrevistados com mais filhos não se mostraram mais bem informados sobre os benefícios da prática de atividades físicas em geral ou musculação. O resultado pode ter relação com os estereótipos, ainda existentes, sobre a prática de atividades físicas na velhice. Rhodes et al. (1999), a partir de um estudo de revisão, indicaram que os estereótipos podem ser motivo para os familiares não encorajarem os idosos a se inserir em programas de atividade física.

Para a continuidade da prática de musculação, todos os sujeitos ressaltaram benefícios sentidos, ou esperados, como o principal motivador. Saber dos benefícios teve relação significativa com a motivação intrínseca para a continuidade. Não se deve desconsiderar, entretanto, que dos quatro sujeitos que iniciaram a musculação e posteriormente a interromperam, dois tinham “certeza” de que a musculação lhes proporcionaria benefícios adicionais à caminhada. O resultado indica que o conhecimento sobre os potenciais benefícios resultantes da prática de musculação, embora consistente, não basta para a adesão e continuidade. No caso específico dos dois sujeitos, a monotonia da atividade e a sensação

de mau acompanhamento por parte dos profissionais – segundo os próprios sujeitos - fizeram com que a interrupção acontecesse.

A indicação médica: determinante importante de adesão e aderência à musculação e às atividades físicas em geral

Sobre as pessoas que influenciam o indivíduo a se inserir em programas de musculação, a figura do médico teve lugar de destaque nos dados aqui encontrados. Daqueles sete sujeitos que buscaram a academia com o objetivo de praticar musculação, três o fizeram por indicação médica. Todos esses sujeitos receberam diagnóstico de uma das patologias: hipertensão (dois sujeitos) ou bursite no ombro (um sujeito), as quais provavelmente motivaram a receita médica para a atividade física.

A indicação médica não foi reportada por aqueles sujeitos sem doenças, com exceção de uma entrevistada que – por causa de um acidente que acometeu os membros inferiores - tinha recomendação médica para praticar atividade física. Sobre o assunto, é importante considerar que, apesar do atual lugar da atividade física na prevenção de doenças, nem sempre a indicação médica está presente quando os idosos passam por consulta. Damush et al. (1999) relatam que apenas de 22% a 48% dos idosos recebem algum tipo de aconselhamento para o início da prática de atividades físicas. Para a prática de musculação, provavelmente a indicação médica é ainda menor, como sugere o estudo de Câmara, Santarém e Jacob Filho (2008).

Segundo entrevistados, a recomendação médica geralmente não está direcionada à tipologia da atividade física ou direcionada à caminhada:

Os médicos sempre me falavam: faça! Mas os médicos sempre aconselham mais a gente a caminhar. (GM: Mulher, 67 anos)

Eu estava obeso, estava descompensado, assim, tudo! E o médico sugeriu que eu praticasse atividade física. Foi sugestão médica (GM: Homem, 64 anos)

(...) Numa das consultas que fiz estava com osteoporose. Daí então é que eu fui, fui conversar com a ginecologista. E ela me orientou... que eu devia, naquela época... que dali pra frente eu tinha que fazer um exercício físico... que ia me ajudar nesse mal aí. (GC: Mulher, 65 anos)

A partir das duas últimas falas observamos que os sujeitos citam a indicação médica como influenciador à prática de atividades físicas, independentemente da modalidade escolhida. Na primeira fala, a entrevistada argumenta que a atividade física recomendada

pelos médicos é a caminhada. Este foi o motivo principal apontado por três idosos para terem iniciado esta atividade.

É inegável o valor atribuído em nossa sociedade ao profissional médico, e aos conhecimentos por ele detidos e às recomendações por ele feitas. Sobre o assunto, Cohen-Mansfield et al. (2004) afirmam que a recomendação médica é um dos fatores-chave para a adesão a programas de atividades físicas entre idosos. Possivelmente, deve-se a isso o valor atribuído pelo idoso aos aconselhamentos médicos (SCHUTZER; GRAVES, 2004), e à eloquência atual do discurso da saúde. No estudo de Zawadski e Vagetti (2007), mais da metade das idosas praticantes de musculação iniciou a atividade como forma de prevenção a doenças ou indicação médica. Segundo eles: *pode-se perceber através destes dados a preocupação do idoso com a sua saúde ou recuperação em primeiro lugar* (p.52). Em nossa opinião, este contexto indica que o conceito de saúde atrelado à ausência de doenças e à figura do médico, e a atividade física como “medicamento”, está fortemente arraigado em nossa cultura. Indica também que a relação atividade física-saúde ou saúde-estilo de vida é construto sociocultural fortemente embasado na visão médico-biológica do processo saúde-doença e prescrito nas revistas segmentadas em saúde e bem-estar¹⁵.

O discurso científico da Medicina é investido de poder político, e age sobre os processos biológicos e orgânicos do corpo individual e social. A respeito, Foucault (2002, p.301-302) assinala que a *Medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos, e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores*.

A importância do discurso médico para a adesão à prática de musculação e de exercícios físicos pode encontrar um contraponto. Helman (2003) considera que médicos e pacientes têm perspectivas diferentes sobre as questões relacionadas à saúde e à eficácia dos tratamentos, o que faz a comunicação entre esses atores não ser sempre garantida. Isso talvez culmine na não adoção, pelo paciente, das medidas prescritas pelo médico. A partir dessa perspectiva, é pertinente considerar que, na presente pesquisa, dos 23 entrevistados, 12 tiveram, em algum momento, indicação médica para se exercitar, e para apenas três a indicação foi a razão única para de fato iniciarem a prática de atividade física, independentemente das eventuais barreiras. Acreditamos que se mais médicos aconselhassem os pacientes idosos a praticarem atividades físicas, e, dentro das possibilidades, a praticarem

¹⁵ Revistas de saúde e bem-estar vendidas nas bancas de jornal do Brasil em 2010: Bons Fluidos, Saúde é Vital, Vida Natural, Vida Simples e Viva Saúde.

musculação, haveria número maior de idosos se beneficiando, opinião compartilhada com Câmara, Santarém e Jacob Filho (2008).

Quando há doenças presentes, o indivíduo tende a valorizar a indicação médica, e iniciar um programa de atividades físicas, superando mais facilmente barreiras existentes. Os três entrevistados que iniciaram a prática de musculação em razão principal da indicação médica tinham doenças, e com elas se preocupavam. O cenário indica, como se afirmou, que a atividade física pode ser vista como mais um “remédio” disponível no mercado.

Para a continuidade da prática de musculação, o encorajamento médico frequente foi reportado por um dos entrevistados:

Sempre que eu vou fazer meu check-up, o médico pergunta: você está fazendo atividade física? E a academia? (GM: Homem, 60 anos)

A indicação médica, além de papel de destaque na adesão à musculação entre idosos, reforça a necessidade de manutenção. O profissional, em alguns casos, ratifica os potenciais benefícios resultantes da prática de musculação ou das demais atividades físicas.

Apesar de serem consistentes para a adesão e aderência à musculação, o conhecimento dos benefícios e a indicação médica não são sempre suficientes para a atividade ser iniciada. Geralmente é essencial que outras condições estejam presentes.

Facilitadores de adesão à musculação

O apoio social recebido facilita a adesão à musculação. Zawadski e Vagetti (2007) afirmam que o suporte da família é consistente para a manutenção da prática de atividades físicas. Entre os que sustentam a adesão, o cônjuge apareceu como figura de realce. Seu apoio influencia de maneira diferenciada homens e mulheres. Em estudo anterior, Yong, King e Oka (1995) afirmaram que homens sedentários, em comparação aos fisicamente ativos, têm mais chances de ser solteiros, o que indica que os casados tendem a ser mais ativos fisicamente. Como no estudo de Andreotti e Okuma (2003), encontramos entre idosos praticantes de musculação maior número de homens idosos casados, em comparação aos que referiram outros estados conjugais.

Na presente pesquisa apenas um dos praticantes de musculação não era casado. O mesmo sujeito relatou ter interrompido a atividade em momento anterior, por causa da preguiça:

Foi por preguiça de acordar cedo. E à tarde você deixa, vai pra outras coisas. (GM: Homem, 62 anos, sobre a razão para a interrupção da prática de musculação)

A preguiça também foi apresentada por outros entrevistados como dificultadora da adesão ou mesmo como razão da interrupção. O apoio do cônjuge exerce papel importante de incentivo à prática, uma das razões para a continuidade nos momentos de desmotivação.

Nada me dificulta. E a minha mulher, pelo contrário, ela sempre me recomenda para fazer. (GM: Homem, 60 anos, sobre a existência de eventuais dificuldades na prática de musculação)

Nota-se, a partir da fala anterior, que a presença do cônjuge o incentiva a manter a prática de atividades físicas e da musculação. Tratamos, portanto, de variável que parece ter relação de destaque com a adesão e aderência a programas de atividades físicas. Deve-se considerar, entretanto, que nenhuma entrevistada apresentou o cônjuge como fonte de apoio relevante para a prática da musculação. Apesar disso, um dos homens entrevistados disse ter influenciado a esposa, também idosa, a procurar a academia. Quanto ao número de filhos, não houve relação entre a variável e o apoio à prática de musculação. Rhodes et al. (1999) identificaram na literatura que entre idosos o apoio dos familiares à prática de atividades físicas é menor, em comparação ao apoio recebido pelos jovens. Para os autores, a razão está nos estereótipos sociais sobre a prática de exercícios na velhice ou o receio de que se machuquem ao se exercitar. Apesar do número não ter sido relevante à adesão, os filhos apareceram como incentivadores da prática, por pequeno número de entrevistados.

A preferência por atividades físicas supervisionadas ou autogeridas se diferencia em função dos sexos, assim como a importância do apoio do cônjuge à prática de exercícios. A partir de estudos anteriores (COUSINS; KEATING, 1995; VERTINSKY, 1995), afirmamos que os homens preferem as atividades físicas autogeridas, e as mulheres as supervisionadas. De fato, na presente pesquisa, a grande maioria dos praticantes de caminhada no Espaço Alternativo era homem, e nas academias a maioria era mulher. Apesar de as mulheres serem maioria nas academias, o número de praticantes de musculação idosos do sexo feminino e masculino era praticamente idêntico. Do total de 88 matriculados nas academias, 65 eram assíduos, e destes, 60 praticavam musculação, segundo informações dos estabelecimentos. Destes 60, 29 eram mulheres e 31 homens. Consideramos que a musculação, mesmo sendo atividade física supervisionada – quando praticada nas academias –, é atrativa para os homens. Talvez o número praticamente idêntico de homens e mulheres praticantes seja

resquício dos estereótipos da musculação como atividade para homens, que vigorava até cerca de 20 anos atrás.

As diferenças parecem ter influência da intensidade da atividade física analisada (COUSINS; KEATING, 1995). Andreotti e Okuma (2003) ressaltam que as mulheres idosas de hoje consideram que a adoção de comportamento ativo não é adequada à sua idade, ou mesmo que o exercício vigoroso carrega maior risco ao sexo feminino.

Outra questão que se relaciona às atividades físicas supervisionadas ou autogeridas é o status econômico. Além de possível maior facilidade de acesso à academia pelos meios de transporte, é possível que indivíduos de maior renda convivam mais em ambientes em que a atividade física é praticada nos momentos de lazer, em comparação aos indivíduos de menor renda (RHODES et al., 1999). As atividades supervisionadas, inclusive a musculação, normalmente estão condicionadas ao pagamento de mensalidade, que talvez seja limitante à adesão pelos idosos (ANDREOTTI; OKUMA, 2003).

Na presente pesquisa, considerávamos que a renda seria diferenciador entre praticantes e não praticantes de musculação. Mas não aconteceu. Encontramos, entre os praticantes de musculação, pessoas com salário mínimo e com mais de 20 salários de renda. Sobre esse aspecto, a variação dos valores cobrados pelas academias participantes da pesquisa favorece a adesão de idosos com menor renda. O valor da mensalidade variou de R\$50 a R\$ 120, e em um dos estabelecimentos havia valor especial para idosos: R\$ 25. Nessa academia, o número de idosos matriculados foi mais significativo. É importante ressaltar que a renda média dos entrevistados dessa academia não foi diferente da relatada por idosos de outras academias. Uma das questões não levantadas na presente pesquisa, e que tem relação com a renda apresentada e com a adesão à musculação, foi o apoio financeiro dos filhos. Uma das entrevistadas disse que, apesar de receber apenas um salário de renda, a filha era responsável pela maior parte de suas despesas:

A minha renda é só um salário mínimo mesmo! Eu dependo mais da filha, que trabalha, do que o meu! (GM: Mulher, 67 anos)

Sobre a prática de atividades físicas em geral, as pessoas de menor renda têm menos chances de ser fisicamente ativas do que as que possuem maior renda (WEINBERG; GOULD, 1995). A razão desta correlação está também no possível menor conhecimento dos benefícios potencialmente resultantes da prática de atividades físicas por parte daqueles de menor renda (DISHMAN, 1993). A renda tem relação com a profissão desempenhada pelo sujeito. Entretanto, parece ser pequena ou inexistente a relação entre o tipo de profissão e a

prática de atividades físicas (KING et al, 1992). Para Dishman (1993), o tipo de emprego desempenhado pelo indivíduo adulto pode favorecer a inatividade física, pois a falta de controle sobre o trabalho é determinante para a inatividade física. Para os indivíduos idosos que se mantêm no mercado de trabalho, o tipo de ocupação facilita ou dificulta a prática regular de exercícios físicos. O dado foi reportado por uma das entrevistadas:

Eu fazia personal de segunda a sábado. Aí eu fui ficando irritada com esse excesso de horário. (...) Eu saía do escritório e vivia correndo pra dar tempo! Aí eu dei um tempo, suspendi o personal. (...) E fim de ano geralmente eu paro também um mês. E no ano passado, que foi quando eu me aborreci com esse negócio do horário, eu fiquei bem uns seis meses... desintoxicando de vir aqui (GM: Mulher, 68 anos)

Sobre o nível de exigência física das diferentes profissões, Lindström, Hanson e Östergren (2001) consideram que trabalhadores braçais possuem maior tendência a ter níveis inferiores de atividade física, se comparados aos trabalhadores não braçais, o que é explicado por três hipóteses. Primeiramente, porque os trabalhadores braçais geralmente têm menor renda e escolaridade, e a não adesão estaria relacionada a outras questões. Em segundo lugar, porque o trabalho pesado pode levar o sujeito à crença de que a aptidão física necessário já é obtida. E em terceiro, aqueles que executam trabalhos pesados ficam extenuados em demasia para realizar exercícios físicos.

Consideramos que os indivíduos idosos que ocuparam cargos com exigência física mais elevada acreditam que o trabalho físico na fase adulta, decorrente da profissão exercida, já os tenha beneficiado, não sendo imprescindível se exercitar na velhice. Com exceção de dois entrevistados praticantes de musculação – zeladora e técnico em segurança do trabalho -, os demais relataram ter, na vida, profissões com baixos níveis de exigência física. O técnico em segurança do trabalho na idade adulta – afirmou ainda prestar, eventualmente, serviços de curto prazo na mesma função - iniciou a musculação quando ainda estava trabalhando, e comentou que a prática de atividades físicas o auxiliou no serviço:

Eu acho o seguinte: a pessoa com essa minha idade de 64 anos, se você não participar de um esporte, de uma atividade assim, de uma caminhada, de uma academia, não aguenta fazer nada, nada. Você não tem disposição pra nada. E eu, lá e aqui, tanto numa obra quanto na outra, em todas elas era difícil os acessos. Era lama, era carro atolado, era coisa muito absurda... Era subir serra, descer serra, subir, porque deixava o carro embaixo lá, e subia a serra. E pra acompanhar, porque eu era fiscal, tinha que acompanhar o que eles estavam fazendo. Então tinha que ir a pé. E pra ir a pé eu tinha

que ter disposição, eu tinha que praticar um esporte.” (GM: Homem, 64 anos)

Constatamos que escolaridade e renda foram mais importantes à adesão à musculação do que o tipo de profissão.

O tipo de profissão desempenhada, ou fonte de renda - no caso daqueles que não estão no mercado de trabalho, afeta a adesão à musculação na questão percepção de tempo livre. Profissões que exigem muitas horas de dedicação todos os dias levam o sujeito a menor percepção de tempo livre, justificativa para não praticar atividades físicas. Entre adultos, a falta de tempo livre é um dos motivos principais para não praticar atividades físicas (ANDREOTTI; OKUMA, 2003). O advento da aposentadoria é facilitador da adesão entre idosos, a partir do aumento de horas de tempo livre. A literatura já ressaltou que os níveis de atividade física tendem a aumentar após a aposentadoria (RHODES et al., 1999)

Ter tempo foi considerado significativo para esses sujeitos iniciarem a musculação. Um dos idosos disse que a razão para a não adesão, apesar de matriculado em uma academia, era o pouco tempo livre disponível. É possível, então, que haja a “crença popular” de que a prática de musculação exige tempo muito superior a outras atividades, como caminhada, por exemplo. O dado indica o desconhecimento dos idosos sobre as particularidades da prática de musculação.

A aposentadoria pode ser vista como um fator facilitador da adesão à musculação. Sobre este assunto, a aposentadoria já foi reportada por Dumazedier (1994) como um fator para o aumento da prática de atividades físicas direcionadas à saúde, estética e prazer. Apesar de ser um aspecto importante, não podemos considerar, a partir dos resultados da presente pesquisa, este como um aspecto fundamental, pois 11 dos entrevistados praticantes de musculação ainda se mantinham no mercado de trabalho, e cinco tinham o trabalho como única fonte de renda.

Por outro lado, a aposentadoria pode significar também uma mudança no padrão econômico do sujeito, com uma redução da renda disponível, e conseqüente dificuldade de continuar freqüentando a academia. O fator *aposentadoria* não é, portanto, intrinsecamente facilitador da adesão.

No que diz respeito à percepção de tempo livre – adesão à musculação -, os hábitos anteriores de atividade física alteram a percepção de tempo livre. Acreditamos que saber quanto tempo livre é necessário à dedicação às atividades físicas afeta a adesão.

O hábito de se exercitar foi um dos facilitadores apontados para adesão à musculação ou continuidade da prática. Para Triandis (1977), um dos mais expressivos fatores que se

relacionam ao comportamento futuro é o comportamento passado. A partir de estudo de revisão, Rhodes et al. (1999) confirmaram correlação positiva entre histórico anterior de atividade física e prática regular na velhice. Sobre os resultados do nosso estudo, referimo-nos, neste caso, àqueles que realizavam outras atividades físicas, exceto a musculação, e diante da impossibilidade ou dificuldade de desenvolver o tipo de atividade física de costume – caminhada ao ar livre, futebol ou outras – por causa do clima, lesões ou percepção de redução da capacidade física, procuraram a musculação. Este foi o caso de quatro dos 25 idosos praticantes de musculação. E há aqueles que, após praticarem a musculação durante certo período de tempo, adquirem a prática como hábito, e este se torna *vício positivo*, como afirmou uma das entrevistadas. Em ambas as condições, vivenciar a atividade física ou especificamente a musculação de maneira positiva é uma das condições que favorecem a manutenção de estilo de vida ativo. Incluem-se na experiência positiva alcance dos benefícios esperados, sensação de bem-estar e prazer na prática, e satisfação com o ambiente. Por outro lado, se a experiência com as atividades físicas é negativa, provavelmente o indivíduo não a repetirá.

Outra razão para investigar a profissão dos sujeitos praticantes de musculação é que acreditávamos que os que ocuparam cargos na área da saúde teriam maior acesso aos benefícios da musculação e/ou das atividades físicas em geral. Nenhum dos 39 entrevistados, entretanto, ocupou ou teria ocupado cargos na área da saúde. É fator que reforça o fato de a informação dos benefícios potencialmente resultantes da prática de atividades físicas não garantir a adesão.

O fator surgiu como determinante ao início e à continuidade da prática de musculação ou das demais atividades físicas na academia. O acesso à academia pode também ser resultante de maior dificuldade percebida para a prática de atividades físicas em outros ambientes. Sobre este aspecto, o clima e a segurança do local, percebidos pelo praticante, podem ser razões para a busca por um ambiente onde as condições sejam mais adequadas. Em nossa pesquisa estes aspectos foram referidos como influenciadores da adesão.

Retomando os estágios de adesão à atividade física, o indivíduo que se encontra na preparação ou ação, ou seja, praticando atividades físicas de forma não-regular ou regular há menos de seis meses, pode desejar se manter em atividade física, e devido a dificuldades impostas pelo ambiente, ela decida mudar o local de sua prática. Neste sentido, as academias podem favorecer a adesão de sujeitos que tem o hábito de caminhar, especialmente na cidade de Porto Velho, pois o clima pode ser um dificultador para a prática de atividades ao ar livre. Entre os praticantes de caminhada, este fator assim foi descrito:

Tem menos de um mês. É porque eu venho, não venho... Aí chove (GC: Mulher, 60 anos, sobre o tempo de início da prática de caminhada)

Nada! Só se chover! (GX: Homem, 60 anos, sobre os fatores dificultadores de sua prática de caminhada)

Além dos determinantes de adesão - conhecimento dos benefícios e indicação médica -, outros facilitadores precisam estar presentes para a atividade física ser iniciada. Os facilitadores da prática de musculação até agora relatados foram: apoio recebido pelo cônjuge, filhos ou amigos; facilidade/dificuldade de acesso à academia e hábito anterior de atividades físicas. As variáveis demográficas estado conjugal, renda e aposentadoria apareceram como preditores de adesão, o que não ocorreu com as variáveis quantidade de filhos e profissão atual e anterior.

Conforme relatado no capítulo “Resultados”, apenas sete sujeitos procuraram a academia com o objetivo de praticar musculação. Os demais 16 sujeitos (as duas mulheres que iniciaram a musculação antes dos 40 anos de idade não estão incluídas) buscaram a academia com o objetivo de praticar atividade física, e o início da prática de musculação entrou como *parte do pacote* oferecido. No caso desses 16 sujeitos, três motivos adicionais foram citados para o início da prática de atividades físicas: *busca por contato social*, *perceber-se limitado(a) para as atividades cotidianas* e *busca por orientação profissional de sua atividade física*.

Segundo Amorim e Alberto (1996), praticar atividades físicas é maneira de compensar a redução das relações sociais, prevenindo-se inclusive contra o isolamento social. O contato social foi enfatizado apenas por uma das entrevistadas como razão para a busca da academia. Para a continuidade da prática, seis relacionaram o contato social como motivador. Eis algumas declarações desses sujeitos:

Bem, a musculação, pra mim, é um fator de preservação da saúde. E faz bem à mente também. Ela também proporciona ter um novo relacionamento. Um novo relacionamento que eu digo são os novos amigos que a gente conquista no dia a dia. E isso é bom: alarga o relacionamento. Então eu tenho conhecido muitas pessoas nas academias por onde eu passo. Aqui mesmo fiz várias amizades. Então, o que espero da atividade física é uma forma também de não me isolar. Ter esse contato com as pessoas. Além de preservar a saúde. (GM: Homem, 60 anos)

O que a academia faz... Porque ela mexe com o teu corpo, com a mente... São amizades que você faz. Aqui nós temos uma amizade assim de irmandade. E as pessoas me respeitam. Eu acho até - não

sei se eu sou a mais velha, mas acho que sou até a mais velha daqui. Eu adoro isso. Eu costumo dizer assim que sou a mascote. (GM: Mulher, 63 anos)

Os entrevistados encontraram na musculação contato social bastante positivo, o qual os incentiva a permanecer praticando essa atividade. Embora nenhum dos sujeitos cuja fala foi apresentada tenha iniciado a musculação com o propósito de ampliar o contato social, eles reconhecem o aumento da rede relacional como fator positivo dela resultante. Em estudo anterior, Santos e Salles (2009), a partir de observação participante, relataram que, apesar de ser a musculação atividade individual, é bastante comum observar os praticantes conversando nos intervalos das séries de exercícios, ou mesmo se ajudando na execução dos mesmos.

A autopercepção do decréscimo da capacidade funcional é fator que influencia a decisão para praticar atividades físicas. Duas situações acontecem quando o indivíduo idoso observa perdas funcionais, em função dos conceitos que tem a respeito da prática de exercícios. Primeiro, se o indivíduo acredita que os exercícios físicos podem promover como benefício a prevenção ou manutenção da capacidade funcional, possivelmente ele buscará iniciar uma atividade física. Segundo, se o idoso considera a prática de atividades físicas como algo para jovens, direcionado apenas à melhoria de performance atlética ou da estética, a percepção de perdas na capacidade funcional se torna barreira à adesão. Acreditamos que em nossa sociedade ambos os conceitos estão presentes. Sobre a prática de musculação, entretanto, o segundo conceito possivelmente predomina sobre o primeiro. Esperávamos encontrar, na coleta de dados, apenas sujeitos plenamente independentes para as tarefas diárias. Realmente, a hipótese inicial se concretizou. Entre os 25 praticantes de musculação, todos eram fisicamente independentes, e apenas três referiram possuir dificuldades em tarefas instrumentais da vida diária.

O conhecimento da prática de atividades físicas como forma de melhorar a capacidade funcional ou prevenir a dependência foi percebido como motivador principal para o início da prática de atividades físicas por dois sujeitos, e como motivo secundário/complementar por outros três. Ou seja, caso não tivessem conhecimento de que as atividades físicas os beneficiariam, as alternativas para melhorar a capacidade funcional seriam outras. Portanto, consideramos que os três sujeitos tinham conhecimento em relação aos benefícios potenciais da prática de atividades físicas sobre a capacidade funcional, e somente ao perceberem o risco real de perder a capacidade de realizar tarefas cotidianas de fato decidiram iniciar a atividade. Isso reforça que o conhecimento dos potenciais benefícios da prática de atividades físicas e musculação não basta para a adesão.

Como motivos para a continuidade da prática de musculação, sete sujeitos relacionaram a melhoria sentida na capacidade de fazer Atividades da Vida Diária (AVDs) ou a busca pela prevenção de sua perda. O que significa que, ao longo da prática dessa atividade física, tomaram conhecimento desse benefício potencial, ou mesmo se perceberam mais capazes de executar atividades cotidianas.

Um dos fatores que indicam maior ou menor predisposição à incapacidade funcional é a idade, especialmente a partir dos 80 anos. Nenhum entrevistado estava acima dessa faixa etária. O que talvez seja indicativo de que os idosos mais velhos tenham limitações na capacidade funcional, motivo para a não adesão a programas de atividades físicas. A *idade* é uma das características demográficas que indicam maior ou menor predisposição à prática de atividades físicas. Pesquisas norte-americanas da década de 90 revelam que o percentual de praticantes de exercícios físicos geralmente muda em função da idade, pois, com o avançar da idade, declina a prática de atividades físicas (COUSINS; KEATING, 1995), realidade que se altera em função do sexo (CASPERSEN et al, 1990). Entretanto, não se sabe se a tendência é comum em outros países. Certamente questões culturais devem perpassar os resultados. Zaitune et al. (2007), por exemplo, encontraram maiores percentuais de sedentarismo no lazer entre idosos de 60 a 69 anos do que de 70 a 79 anos.

A orientação profissional também foi citada por um dos entrevistados para a busca da academia como local para atividades físicas. Chamou-nos atenção, entretanto, que apenas um dos 25 praticantes de musculação indicou ter procurado a academia em razão da orientação profissional. Em outros estudos, não encontramos este como um motivo ou mesmo facilitador à procura pela prática de atividades físicas ou academia. Se por um lado significa que o idoso sente segurança na classe *profissionais de Educação Física*, por outro pode indicar que o idoso não espera receber orientação do profissional, independentemente do local onde decide se exercitar. Embora não tenha sido referido como determinante à continuidade da prática por outros sujeitos, algumas falas indicam a presença das duas posições quanto à figura do profissional:

Só que eu acho que a pessoa não deve fazer com muita força. Porque tem gente que exagera na musculação. Eu acho que se a pessoa não souber fazer, pode até mesmo ter problemas. Por causa de peso demais às vezes. Enquanto o professor dá as costas tem aluno que pega peso fora. (GM: Homem, 63 anos)

Faço bicicleta às vezes. Mas bicicleta nem tanto. Faço esteira, faço musculação, faço abdominal. Sabe, escolhi os exercícios que não me prejudiquem. Aqueles que me sinto bem fazendo. Os que são muito

violentos eu não faço. (GM: Mulher, 66 anos, sobre os tipos de atividades físicas que pratica na academia)

Não. Porque não carrego muito peso, sempre vou no meu limite, sempre falo pro professor: calma, não bota muito peso: só quero manter! Não vou ser atleta, não vou participar de nenhuma competição... É só pra manter! (GM: Mulher, 67 anos, sobre a presença de eventuais dificuldade na prática de musculação)

Na primeira das falas observamos que o entrevistado atribui ao profissional a função de instruir os alunos, devendo as orientações ser seguidas para evitar eventuais lesões. Na segunda fala, a entrevistada diz que faz apenas os exercícios que lhe fazem bem. Parece que esta não recebe orientações ou não as considera no momento dos exercícios. Na terceira declaração, a entrevistada se refere ao professor como pessoa que a incentiva à atividade com maior intensidade, o que, na sua visão, não é preciso que o objetivo não é a obtenção de performance. A declaração pode ser vista como positiva, pois demonstra conhecimento da entrevistada sobre as próprias limitações. Por outro lado, analisa-se, a partir da declaração, que ainda permanece o estereótipo da musculação como atividade que visa principalmente aumentar a performance de atletas. Em outros sujeitos a relação *peso utilizado na musculação – obtenção de resultado relacionado à performance* também apareceu:

Não. É saúde mesmo. Porque me sinto bem, entendeu? Não vou nem pra Olimpíadas não! É porque me sinto bem mesmo! (GM: Homem, 70 anos)

A visão da musculação como atividade com finalidade atlética é indicativo da ideia que a população de idosos tem sobre a musculação, o que se torna mais um limitante à procura pela atividade. Reforçando o conceito, é importante lembrar que dois entrevistados praticantes de caminhada assinalaram que a musculação é atividade para jovens e não para idosos.

Outro estereótipo sobre a musculação diz respeito à capacidade de provocar modificações significativas no padrão estético. Certamente estas questões têm influencia nos padrões estéticos vigentes, sendo a mídia uma das mais significativas desse processo. Entre indivíduos jovens, a busca pela academia tem como motivo principal questões de natureza estética (TAHARA; SCHWARTZ; SILVA, 2003). Entre idosos, essa busca aparece como motivo secundário ou mesmo inexistente. No estudo de Zawadski e Vagetti (2007), nenhuma das idosas reportou *estética* como motivo para o início da prática de musculação. Em nossa pesquisa desejar resultados estéticos foi reportado por três sujeitos, que procuraram a

academia com o objetivo de praticar a musculação, e outros cinco sujeitos, que o fizeram para se exercitar. Com exceção de uma das entrevistadas, que disse ter procurado a musculação com o objetivo principal de obter melhorias no padrão estético, os demais o citaram como motivo secundário, para atividades físicas ou musculação. Nenhum dos 10 praticantes de caminhada afirmou tê-la iniciado em busca de resultados estéticos.

Considerações finais

Esta pesquisa é resultante de inquietação sobre os motivos do baixo número de idosos praticantes de musculação na cidade de Porto Velho. Concluímos que, apesar dos indiscutíveis benefícios da prática de exercícios resistidos para a população idosa, e de ser esta uma modalidade possível para indivíduos que apresentam os mais distintos níveis de comprometimento físico-funcional, o número e a proporção de adeptos dessa faixa etária ainda são baixos. Pretendíamos entender quais fatores limitam a adesão de um número maior de indivíduos dessa faixa etária ao tipo de atividade física em questão. Pesquisamos os fatores que levaram os idosos praticantes de musculação a iniciá-la; e questionamos idosos praticantes de caminhada quanto às razões para a terem iniciado, e sobre seu conhecimento a respeito da musculação.

Nossa primeira constatação foi de que poucos idosos praticantes de musculação procuraram a academia com o objetivo de praticá-la. A maioria possuía somente o objetivo de se exercitar, e decidiu fazê-lo em academia. Na academia, o início da prática de musculação foi consequência, provavelmente resultante da prescrição levada a efeito pelos profissionais de Educação Física. Com isso, grande parte dos idosos entrevistados não soube diferenciar *musculação* das demais atividades da academia. Este foi, certamente, o mais importante dificultador da pesquisa.

Em função dos resultados encontrados, apresentamos, no Quadro 2, os fatores essenciais e reguladores que determinam a adesão à musculação entre idosos. Os Essenciais são os dois fatores mais importantes, que levam o indivíduo a cogitar praticar musculação. Um dos dois precisa estar presente, obrigatoriamente, para que a adesão aconteça. Os reguladores determinam a interpretação do sujeito se a musculação é de fato possível para ele próprio. Os reguladores se comportam como facilitadores ou barreiras, de acordo com a realidade de cada indivíduo.

Acreditamos que a adesão à musculação por parte de número mais significativo de idosos depende de diversos aspectos. Alguns muito objetivos, assim como a forma pela qual afetam o início da prática. Outros, subjetivos, envolvem os valores culturais presentes na sociedade e as barreiras internas percebidas pelo idoso para se exercitar.

Quadro 2: Determinantes de adesão à musculação entre idosos

FATOR	ASPECTOS QUE AFETAM A EXISTÊNCIA DESTE FATOR	OUTRAS QUESTÕES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE ADESÃO
FATORES ESSENCIAIS		
Conhecimento dos Benefícios	• Escolaridade; • Receber informação de amigos, familiares, profissionais ou da mídia	• Identificar entre os benefícios potenciais da atividade, algum que tenha interesse em obter
Indicação Médica	• Possuir doenças	• Valor atribuído pelo sujeito ao profissional médico e às suas recomendações
FATORES REGULADORES		
Tempo Livre percebido	• Ser ou não aposentado • Hábito de atividade física na juventude e idade adulta	• Ter mais facilitadores do que barreiras à adesão;
Hábito anterior de atividade física	• Tipo de profissão desempenhada ao longo da vida	• Ter mais facilitadores do que barreiras à adesão;
Acesso à academia	• Localização da academia em relação à residência ou trabalho; • Meio de transporte utilizado até a academia; • Renda mensal	• Ter mais facilitadores do que barreiras à adesão;
Apoio Social recebido	• Ter filhos; • Estado conjugal; • Ter amigos ou familiares que praticam musculação	• Ter mais facilitadores do que barreiras à adesão; • Conhecimento dos familiares sobre a musculação e suas particularidades.
Auto-percepção de saúde e/ou capacidade funcional	• Existência de Doenças • Existência de dificuldades na realização de tarefas cotidianas	• Ter mais facilitadores do que barreiras à adesão; • Conceitos que o indivíduo possui sobre saúde, capacidade funcional, prática de atividades físicas e comportamentos <i>adequados</i> a idosos.
Esteréotipos do indivíduo sobre a musculação e a velhice	• Conhecimento sobre a musculação; • Conhecer alguém que pratica musculação. • Hábito anterior de Atividade Física.	• Ter mais facilitadores do que barreiras à adesão; • Valores atribuídos pelo indivíduo à prática de atividades físicas e à velhice;

O ponto-chave de nossa pesquisa está no fator *conhecimento dos benefícios*, que se comporta como o mais importante desencadeador da adesão. O conhecimento dos benefícios está intimamente associado ao acesso ao discurso da atividade física e saúde, e a entender que a musculação é um tipo de atividade física que se inclui no discurso em questão.

Entendemos que a baixa adesão de idosos na musculação representa uma questão ampla: significa que, para a população idosa – e talvez para a população em geral –, a musculação ainda não está inserida no discurso da atividade física e saúde. Não é vista, afinal, como forma de prevenir doenças, e tampouco melhorar eventuais sintomas. O que explica por que o percentual de idosos praticantes de caminhada foi compatível ao percentual de idosos na população total de Porto Velho, enquanto na musculação o mesmo não aconteceu. A interpretação e a construção aconteceram porque a grande maioria dos entrevistados reportou *saúde, bem-estar e qualidade de vida* como benefícios que conheciam ser potencialmente resultantes da prática da musculação. Ou seja, aqueles que praticam musculação justificam a prática nos fatores relacionados à saúde.

Por outro lado os discursos em questão geralmente ressaltam que a atividade física, qualquer que seja ela, proporciona saúde. Talvez aí esteja a explicação para a baixa adesão à musculação: se toda atividade física “serve”, melhor será a de mais fácil acesso e execução, como a caminhada. O limitante de adesão seria, então, o baixo conhecimento sobre os diferenciais da musculação.

De ambos os lados concluímos que as narrativas de saúde têm papel primordial na adesão à musculação. Não se deve deixar de discutir todos os pontos que perpassam os discursos, e tampouco desprezar as atuais correntes teóricas que consideram a atividade física como mais uma mercadoria na sociedade de consumo.

Ora, a musculação representa, no sentido das narrativas de saúde, forma de dizer à população o que fazer para dominar o corpo, afastar a doença e minimizar as perdas resultantes da passagem do tempo. O que talvez seja visto pelas correntes antropológicas e sociais da Educação Física de forma negativa, como se a musculação – e todos os outros tipos de atividade física com movimentos corporais bem determinados – seja uma verdadeira amarra, que impede os sujeitos de desenvolver as atividades da forma que bem entendem. A verdade é que os discursos de saúde promovem uma normatização das atitudes em relação à atividade física. Apesar disso, é inconcebível simplesmente demonizar as atividades físicas, pois, comprovadamente, previnem o aparecimento de distintas doenças. Há, na área da atividade física, uma briga ideológica. De um lado, os cientistas das áreas médico-biológicas mostram cada vez mais que a atividade física previne doenças e otimiza a função orgânica (e

geralmente afirmam, com base apenas nesse ponto, e aí de forma incorreta - pois a saúde não envolve apenas a questão biológica e a ausência de doenças - que ela promove saúde). De outro lado, os cientistas das ciências humanas e sociais, que analisam as questões ideológicas, políticas e filosóficas por trás dos discursos da saúde, afirmam que saúde não é apenas isso, e que tudo não passa de discurso que tenta convencer a população a comprar a mercadoria *atividade física*. Há então uma encruzilhada? Praticar musculação, para prevenir doenças e melhorar a capacidade funcional, ou não praticar, porque se restringe a um modismo, mais um produto do capitalismo?

Como lidar com o “problema”? As narrativas de saúde cada dia mostram mais força em convencer as pessoas a aderir a alguns hábitos e abandonar outros. A discussão deve ser: como adotar hábitos que beneficiem o corpo orgânico sem submeter o corpo psicossocial à dominação vigente? Devemos repudiar todas as atividades físicas *vendidas* sob o pano de fundo da saúde, em favor de atividades físicas mais livres ou mesmo do sedentarismo? E se um sujeito gosta da musculação, e ao saber que otimiza a capacidade orgânica, se sente ainda mais motivado a fazê-la, o fato seria classificado como “ditadura”?

Em nossa visão, as correntes médico-biológicas deveriam adotar narrativas mais realistas. Abandonar a autossuficiência de que não ter doenças é ter saúde, e praticar a indiscutível teoria, por elas mesmas defendidas, que apregoa a saúde em perspectiva ampla. Ou seja, *praticar* a saúde em sua perspectiva multifatorial. As correntes que consideram as atividades físicas praticadas a partir da justificativa da saúde como grande mal, porque aprisionam os indivíduos, deveriam adotar narrativas mais amenas, e compreender que essas atividades físicas têm papel expressivo na promoção de maior funcionalidade orgânica e consequente maior prevenção das patologias que atualmente mais matam e causam morbidade.

Acreditamos que diante do expressivo aumento do número de idosos na população, das consequências da dependência física e dos conhecimentos sobre os benefícios da musculação à manutenção da condição de independência na velhice, é imprescindível que a população tenha acesso a essa prática. Entretanto, há muitos limitantes à adesão de número maior de idosos à musculação, e abrangem aspectos significativamente distintos, que merecem discussões amplas, como a necessidade de orientação sobre os benefícios, a qualificação profissional e a cultura sobre velhice e atividade física.

Consideramos que a musculação na velhice deve sim ser incentivada, e é através de uma maior conscientização dos idosos, e também da população em geral, sobre os

diferenciais desta atividade, que maiores níveis de adesão acontecerão. Entretanto acreditamos que é imprescindível adequar a atividade ao indivíduo, e não o contrário.

Discordamos que a recomendação de adesão à musculação seja uma ditadura da atividade física e saúde, pois a analisamos como possibilidade de proporcionar ao idoso melhorias significativas em sua função orgânica, favorecendo o convívio social e participação mais ativa na sociedade.

Atualmente, no Brasil, muitas cidades – inclusive Porto Velho - receberam as chamadas academias da terceira idade: são aparelhos de ginástica disponíveis em praças, para uso público. Não há dúvida que este é um sinal de que a musculação está ingressando a cada dia de maneira mais forte nos discursos da atividade física e saúde. Não se pode afirmar se haverá consequências negativas ao sujeito psicossocial, ao torná-lo participante e comprador dessa “mercadoria”. Inegável, entretanto, que a otimização da funcionalidade proporcionada pela musculação beneficiará de forma significativa o corpo biológico. Repercutirá em maior possibilidade de participação ativa do sujeito psicossocial e histórico na sociedade, corroborando sua disposição em conquistar o alcance do Envelhecimento Ativo, fortemente idealizado mas ainda de difícil acesso.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position Statement on the Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Fitness in Healthy Adults. **Medicine and Science in Sports**. v.10, n.3, p.vii-x, 1978.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. Baltimore: Williams Wilkins, 1995.
- AMORIM, C.A.; ALBERTO, C.A. Atividades físicas e terceira idade: uma perspectiva psicossocial. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.14, p.47-64, 1996.
- ANDREOTTI, M.C.; OKUMA, S.S. Perfil sócio-demográfico e adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de atividade física. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.17, n. 2, p.142-153, 2003.
- ASSOCIAÇÃO RONDONIENSE DE MUNICÍPIOS-AROM. **História de Porto Velho**. Disponível em: <http://www.arom.org.br/arom>. Acessado em 10 de Agosto de 2009 as 14:08.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVAO, A.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Sedentarismo, nós e o mundo (im)possível no contexto da ciência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.862-864, 2007.
- BETTI, M. Imagem e ação: a televisão e a Educação Física escolar. In: _____(Org.). **Educação Física e Mídia: novos olhares outras práticas**. São Paulo: Hucitec, 2003, Cap.5, p.91-137.
- CÂMARA, L.C; SANTARÉM, J.M; JACOB FILHO, W. Atualização de conhecimentos sobre a prática de exercícios resistidos por indivíduos idosos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.15, n.4, p. 257–262, 2008.
- CARDOSO, A.S. et al. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercícios físicos. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.14, n.1, p. 225-239, 2008.
- CARVALHO, Y.M. **O “mito” da Atividade Física e saúde**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- CASPERSEN C.J.; POWELL K.E.; CHRISTENSON G.M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**, Washington, v.100, n.2, p.126-31, 1985.
- CASPERSEN, C.J. et al. Physical activity patterns of adults aged 60 years and older. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 22, n. 2, p. S79-S79, 1990.
- COHEN-MANSFIELD, J. et al. Socio-environmental exercise preferences among older adults. **Preventive Medicine**, New Orleans, v. 38, p. 804-811, 2004.
- COOPER, K.H. **Aerobics**. New York: M. Evans and Company, 1968.

CORTE, B.; MERCADANTE, E.F.; GOMES, M. R. Quais são as imagens dos idosos na mídia? In. vários colbs. **Velhices: Reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC-PUC, 2006. Cap.4, p. 25-46.

COUSINS, S.O.; KEATING, N. Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active older women. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v.3, n. 4, p.340-359, 1995.

COUSINS, S.O. **Exercise, Aging and Health: overcoming barriers to an Active Old Age**. Champaign: Taylor e Francis. 1998.

CRESS, M.E. et al. Exercise: Effects on physical functional performance in independent older adults. **Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 54, n.5, p. M242- M248, 1999.

CUNHA, I.C. et al. Fatores associados à prática de atividades físicas na população adulta de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.3, p.495-504, 2008.

DAMUSH, T.M. et al. Prevalence and correlates of physician recommendations to exercise among older adults. **Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 54, n. 8, p. M423-M427, 1999.

DEBERT, G.G. **A Reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

DEFENSORIA PÚBLICA DA BAHIA. **Ação Cidadã: velhos amigos**. (s/ data). Disponível em: <http://www.anadep.org.br/wtksite/CartilhaAoCidadVelhosAmigos.pdf> Acessado em 28/05/2010 as 00: 15.

DIAS, R.M.R.; GURJÃO, A.L.D.; MARUCCI, M.F.N. Benefícios do treinamento com pesos para aptidão física de idosos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.13, n.2, p. 90-95, 2006.

DISHMAN, R.K. **Exercise Adherence: its impact on public health**. Champaign: Human Kinetics Publishers, 1988.

DISHMAN, R. K. Exercise adherence. In: SINGER, R.; MURPHEY, M.; TENNANT, L.K. (Eds.). **Handbook of research on sport psychology**. New York: MacMillan, 1993. Cap.36, p.779-798

DUMAZEDIER, J. **A revolução cultural do tempo livre**. São Paulo: Studio Nobel, 1994. Cap.5, p.120-149.

DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Estágios de Mudança de Comportamento para a prática de Atividade Física: Uma Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v.10, n.3, p.301-307, 2008.

FARIA, J.C. et al. Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.10, n.3, p.133-137, 2003.

FARINATTI, P. T. V. Teorias Biológicas do Envelhecimento: do genético ao Estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.8, n.4, p.129-138, 2002.

FARINATTI, P. de T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas**, v.1. Barueri: Manole. 2008.

FEATHERSTONE, M.A **cultura do consumo e o pós-modernismo**. São Paulo: Studio Nobel. 1995.

FEIGENBAUM, M.S. Base Racional e Revisão das Diretrizes Atuais. In GRAVES, J.E.; FRANKLIN, B.A. (Orgs) **Treinamento Resistido na Saúde e Reabilitação**. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, Cap 2, p. 13-32.

FIATARONE, M.A. et al. High-Intensity Strength Training in Nonagenarians: Effects on Skeletal Muscle. **The Journal of The American Medical Association**, Chicago, v.263, n.22, p. 3029-3034, 1990.

FLECK, S.J.; KRAEMER, W.J. **Fundamentos do Treinamento de Força muscular**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975 - 1976)**. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

FREITAS, GR. **Um estudo sobre os fatores que influenciam na prática do vôlei de praia entre adultos na Zona Sul do Recife/PE/Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto e de Educação Física) Universidade do Porto, Porto: Portugal, 2001

GOBBI, S.; SANTOS, S.; GOBBI, L.T.B. Diretrizes curriculares internacionais para preparação de instrutores de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v.10, n.2, p.37-46, 2005.

GOGGIN, N.; MORROW, J.R. Physical Activity behaviors of older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. Champaign, v. 9, p.50-66, 2001.

GOLDFARB, D.C. **Corpo, Tempo e Envelhecimento**. São Paulo: Editora do Psicólogo. 1998.

GRAVES, J.E.; FRANKLIN, B.A. Introdução. In _____ (Orgs). **Treinamento Resistido na Saúde e Reabilitação**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, Cap.1, p. 3-11.

HALLAL, P.C. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.573-580, 2005.

HELD, T. Institutionalization and Deinstitutionalization of the Life Course. **Human Development**. v. 29, n. 3, p. 157-162, 1986.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da População 2007**. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf> Acessado em 15/01/2010 as 14:30.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos Indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. nº 23. Rio de Janeiro. 2008a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade : 1980–2050** – Revisão 2008. Série Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 24. Rio de Janeiro. 2008b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf Acessado em 23/09/2009 as 18:15.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos Indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. nº 26. Rio de Janeiro, 2009a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa das Populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios**. 2009b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf. Acessado em 21/08/2009 as 14:05

JOVINE, M. S. **Efeito do treinamento resistido sobre a osteoporose após a menopausa: estudo de atualização**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

KING, A.C. et al. Determinants of physical activity and interventions in adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 24, n. 6, p. S221-36, 1992.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios Terapêuticos**: Fundamentos e Técnicas. 1ª Ed. Barueri: Manole, 2005.

LANDSMAMN, M.R. **Prescrições Midiáticas. Saúde, estilo de vida e bem-estar on demand**. Exame de Qualificação (Mestrado em Comunicação e Semiótica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEBRAO, M.L.; DUARTE, Y.M.O. (Orgs). **Sabe- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**- O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003, 252 p.

LINDSTRÖM, M.; HANSON, B.S.; ÖSTERGREN, P.O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. **Social Science and Medicine**, v.52, n.3, p. 441-451, 2001.

LIPOVETSKY, G. **A Era do Vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

LOPES, R.G.C. Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”? In CÔRTE, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI, I.G. (Orgs). **Velhice e envelhecimento complex(idade)**. São Paulo: Vetor, p.83-92, 2005, Cap.4, p.83-92.

LOUREIRO, R.; DELLA FONTE, S. A ideologia da saúde e a educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.18, n.2, p.126-132, 1997.

MAIA, G.F.; LONDERO, S.; HENZ, A.O. Velhice, instituição e subjetividade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.24, p. 49-59, 2008.

MARTINS, M.O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2000.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K. Physical Activity and Aging: a perspective in development countries. **Perspectives**, v. 2, p. 65-83, 2000.

MERCADANTE, E. F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Serviço social e sociedade**. nº.75, p. 55-73, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008.

MINAYO, M.C.S. Visão Antropológica do envelhecimento humano. In: vários colbs. **Velhices: reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC: PUC, 2006, cap. 5, p.47-59.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M. A.; BUSS, P.M. *Qualidade de vida e saúde*: um debate necessário. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Envelhecimento de Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social**. Coleção Previdência Social. v. 28. Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção básica. n 19. Brasília: Editora MS. 2006. 190p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2007, 92p.

MONTEIRO, C.A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Revista Panamericana de Salud Pública** (on line), v.14, n.4, p.246-254, 2003.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de vida**. 2ª Ed. São Paulo: Paulinas, 2004.

MOREIRA, V.; e NOGUEIRA, F.N.N. Do indesejável ao inevitável: a experiência de envelhecer na contemporaneidade. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v.19. n.1, p.59-79, 2008.

MOREY, M.C.; PIEPER, C.F.; CORNONI-HUNTLEY, J. Physical fitness and functional limitations in community-dwelling older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v.30, n.5, p.715-723, 1998.

NERI, A.L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In: FREITAS E.V. et al (Eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap.4, p.32-46.

NERI, A.L. O fruto dá semente: processo de amadurecimento e envelhecimento. In _____(Org). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e sócio-culturais. Campinas: Papirus, 2001, cap. 1, p. 11-52.

OKIMURA, T. **Processos de Aprendizagem de idosos sobre os benefícios da Atividade Física**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Faculdade de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

O'NEILL K.; REID, G. Perceived barriers to physical activity by older adults. **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v.82, p.392– 396, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia Global**: cidade amiga do idoso. 2008, 67p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo**: uma Política de Saúde. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005, 62p.

PALMA, A. Exercício Físico e Saúde; Sedentarismo e Doença: Epidemia, causalidade e morte. **Revista Motriz**, Rio Claro, v.15, n. 1, p.185-191, 2009.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M.M.L. (Org). **Velhice ou Terceira Idade?** 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007, Cap.4, p. 69-84.

PEIXOTO, F. **Linha do Tempo: Entenda como ocorreu a ocupação da Amazônia**. 2009. Disponível em: <http://verde.br.msn.com/artigo.aspx?cp-documentid=20835731>. Acessado em 26/07/2009 as 18:33.

PELBART, P. P. **Vida Capital – ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PEREIRA, J.B. A linguagem do corpo na sociedade brasileira: do ético ao estético, QUEIROZ, R.S (Org). **O corpo do Brasileiro - estudos de estética e beleza**. São Paulo: Senac São Paulo, 2000, Cap. 2, p. 67-94.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Prevalência de fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.870-877, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO. **Porto Velho atualmente**. 2006. Disponível em:

http://www.portovelho.ro.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=18 Acessado em 10/08/2009 as 11:16.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Diagnostico local do município de Porto Velho**. Porto Velho. 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DiagnosticoLocal_Porto-Velho-RO.pdf, Acessado em 23 de agosto de 2009 as 14:08.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.51, n.3, p.390-395, 1983.

QUEIROZ, A.C. **Politicamente correto e direitos humanos**. Brasília: Presidência da República: Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), 2004.

RHODES, R.E. et al. Factor associated with exercise adherence among older adults. an individual perspective. **Sports Medicine**, Auckland, v.28, n.6, p.397-411, 1999.

RIMMER, J.H. Health promotion for people with disabilities: The emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. **Physical Therapy**, Albany, v. 79, n. 5, p. 495-502, 1999.

RIMMER, J.H. Treinamento Resistido para Pessoas com Incapacidades físicas. In GRAVES, J. E.; e FRANKLIN, B.A (Orgs). **Treinamento Resistido na Saúde e Reabilitação**. Rio de Janeiro: Revinter. 2006, cap. 17, p. 323-348.

ROESCH, S.M.A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guias para estágios, trabalhos de conclusões, dissertações e estudos de casos. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RONDÔNIA. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Ambiental (SEDAM). **Boletim Climatológico de Rondônia, ano 2003**. SEDAM: Porto Velho. 2005, 23p.

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

SALLIS, J.F.; OWEN, N. **Physical activity & behavioral medicine**. London: Sage Publications; 1999.

SANT'ANNA, D.B. Entre o corpo e os incorporais. In.: (vários colbs) **Velhices: Reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC: PUC, 2006, cap.9, p.101-112.

SANTOS, M.L.A.S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador-Bahia**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, S.F.; SALLES, A.D. Antropologia de uma academia de musculação: um olhar sobre o corpo e um espaço de representação social. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 23, n 2, p.87-102, 2009.

SANTOS DE SÁ, M. **O idoso e o computador: condições facilitadoras e dificultadoras para o aprendizado**. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. (Editorial). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.2, p.4-6, 1999.

SCHUTZER, K.A.; GRAVES, B.S. Barriers and motivations to exercise in older adults. **Preventive Medicine**, New Orleans, v.39, p.1056–1061, 2004.

SEABRA, A.F. et al. Determinantes biológicos e sócio-culturais relacionados à prática de atividade física de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4. p.721-736, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Carta de Ouro Preto. 2003. **Revista eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde- PBH**. Edição 24. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa.biblioteca/sausedigital/dezembro2003.php. Acessado em 01/10/2008.

SILVA, L.R.F. Da velhice à Terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, v.15, n.1, 2008.

SINGH, M.A.F. Pacientes de Idade mais Avançada e frágeis. In: GRAVES, J. E.; e FRANKLIN, B.A. (Orgs) **Treinamento Resistido na Saúde e Reabilitação**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, Cap.11, p.183-216.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE E DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Atividade Física e saúde do idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.5, n.6, p.207-211, 1999.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Barueri: Manole, 2005.

STEWART, K.J.; FRANKLIN, B.A.; SQUIRES, R.W. Treinamento Resistido nos pacientes com Doença Arterial Coronariana. In: GRAVES, J.E.; FRANKLIN, B.A. (Orgs) **Treinamento Resistido na Saúde e Reabilitação**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, Cap.12, p.219-237.

TAHARA, A.K.; SCHWARTZ, G. M.; SILVA, K.A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. **Revista Brasileira de Ciencia e Movimento**, Brasília, v.11, n.4, p.7-12, 2003.

TRIANDIS, H.C. **Interpersonal behavior**. Pacific Grove: Brooks/Cole, 1977.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH. **A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/chap5.pdf Acessado em 18/12/2009 as 14:03.

VERAS, R.P; RAMOS, LR; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.225-233, 1987.

VERTINSKY, P.A. Stereotypes of aging women and exercise: a historical perspective. **Journal of Aging Physical Activity**, Champaign, v.3, n.3, p.223-37, 1995.

WEINBERG, R.; GOULD, D. **Foundation of sport and exercise psychology**. Champaign: Human Kinetics, 1995.

YOUNG, D.R.; KING, A.C.; OKA, R.K. Determinants of exercise level in the sedentary versus underactive older adult: implications for physical activity program development. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 3, n. 1, p.4-25, 1995.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.23, n.6, p.1329-1338, 2007.

ZAWADSKI, A.B.R.; VAGETTI, G.C. Motivos que levam idosas a frequentarem as salas de musculação. **Revista Movimento e Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, v.7, n.10, p.45-60, 2007.

ZYLBERBERG, T. P. A internet como uma possibilidade do mundo da (in)formação sobre a cultura corporal. In: BETTI, Mauro (Org.). **Educação Física e Mídia: novos olhares, outras práticas**. São Paulo: Hucitec, 2003, cap.3, p.45-70.

ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 018/2009

Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Beltrina da Purificação da Corte Pereira
Autor(a): Tatiane Gomes Teixeira

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Fatores determinantes para a prática de treinamento resistido na velhice: uma identificação da realidade da cidade de Porto Velho-RO*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **30/03/2009**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **018/2009**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 30 de março de 2009.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

ANEXO 2: DOCUMENTO EMITIDO PELA SEMES



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER **SEMES**



Porto Velho 08/01/2009

DECLARAÇÃO

Na presente data de 08/01/2009 a Discente de Mestrado em Gerontologia da PUC-SP, **Tatiane Gomes Teixeira** compareceu a SEMES – Secretaria Municipal de Esportes solicitando autorização para a realização de coleta de dados referentes a pesquisa: Fatores Determinantes para a pratica de treinamento resistido na velhice: uma identificação da realidade da cidade de Porto Velho – RO.

Para tanto Declaramos que o local por se tratar de uma área publica **NÃO** necessita de uma autorização para a realização da pesquisa.

Atenciosamente.

José Mario do Carmo Melo
Secretario Municipal de Esportes – SEMES

APÊNDICE 1

ENTREVISTA/QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS IDOSOS PRATICANTES DE
EXERCÍCIOS RESISTIDOS**SEÇÃO 1: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL**

Idade: _____ Profissão: _____
Profissão desempenhada ao longo da vida: _____
Estado civil: _____ Possui filhos: _____ Mora com quem _____
Escolaridade: _____
Há quanto tempo pratica musculação?: _____

Possui algum problema de saúde:

Possui alguma dificuldade de locomoção ou em outra atividade diária?

Renda Mensal: _____

SEÇÃO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Qual a razão principal que o levou a procurar a prática de musculação?

2- Houve algum fator complementar que o influenciou a buscar a prática de musculação?

3- Você já parou de praticar musculação? Por quê? Você já sentiu vontade de parar de praticar musculação? O que o/a motiva a continuar praticando musculação?

4- Há algum fator que dificulta a sua prática de musculação?

5- Você conhece algum benefício que a prática de musculação pode promover? Você acha que ela pode causar algum malefício?

6- O que você espera obter como resultado da prática de musculação?

SEÇÃO 3: QUESTIONÁRIO SOBRE MOTIVOS PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS (ADAPTADO DE FREITAS, 2001)

Dos motivos abaixo, qual a ordem de importância que você atribui a cada um dos fatores para a sua adesão a prática de musculação:

- 1- Vontade/Necessidade de adotar um estilo de vida saudável:
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 2- Vontade/Necessidade de melhorar o desempenho físico
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 3- Busca de uma atividade para auxiliar na recuperação de lesões
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 4- Busca de uma atividade para melhorar sintoma(s) de doença(s):
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 5- Busca de uma atividade para prevenir doenças
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 6- Melhorar a saúde
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 7- Seguir orientação médica
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 8- Seguir orientação de algum profissional da saúde não médico
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 9- Melhorar autoestima
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 10- Melhorar autoimagem
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 11- Motivos estéticos
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 12- Reduzir nível de estresse
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 13- Ampliar contato social/fazer amigos
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 14- Curiosidade pela atividade
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 15- Influência de amigos
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo
- 16- Fazer algo para me motivar a sair de casa
☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

17- Lazer

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

18- Ter confiança no professor

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

19- Proximidade da academia de minha casa ou trabalho

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

20- Influência da televisão

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

21- Influência de mídias não televisivas

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

22- Preço cobrado pela academia

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

APÊNDICE 2

ENTREVISTA/QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS IDOSOS PRATICANTES DE
CAMINHADA**SEÇÃO 1: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL**

Idade: _____ Profissão: _____
 Profissão desempenhada ao longo da vida: _____
 Estado civil: _____ Possui filhos: _____ Mora com quem _____
 Escolaridade: _____
 Há quanto tempo pratica caminhada?: _____

Possui algum problema de saúde: _____ Renda Mensal: _____

Possui alguma dificuldade de locomoção ou em outra atividade diária?

SEÇÃO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Qual a razão principal que o levou a começar a praticar caminhada?

2- Houve algum fator complementar que o influenciou a buscar a prática de caminhada?

3- Você já parou de praticar caminhada? Por quê? Você já sentiu vontade de parar de praticar caminhada? O que o/a motiva a continuar praticando?

4- Há algum fator que dificulta a sua prática de caminhada?

5- Você acha que a musculação traz algum benefício pra quem pratica? E causa algum malefício?

6- O que você espera obter com a prática de caminhada?

7- Você acha que a prática de musculação poderia te trazer algum benefício adicional à caminhada?

SEÇÃO 3: QUESTIONÁRIO SOBRE MOTIVOS PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS (ADAPTADO DE FREITAS, 2001)

Dos motivos abaixo, qual a ordem de importância que você atribui a cada um dos fatores para a sua adesão a prática de caminhada:

- 1- Vontade/Necessidade de adotar um estilo de vida saudável
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 2- Vontade/Necessidade de melhorar o desempenho físico
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 3- Busca de uma atividade para auxiliar na recuperação de lesões
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 4- Busca de uma atividade para melhorar sintoma(s) de doença(s)
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 5- Busca de uma atividade para prevenir doenças
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 6- Melhorar a saúde
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 7- Seguir orientação médica
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 8- Seguir orientação de algum profissional da saúde não médico
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 9- Melhorar autoestima
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 10- Melhorar autoimagem
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 11- Motivos estéticos
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 12- Reduzir nível de estresse
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 13- Ampliar contato social/fazer amigos
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 14- Curiosidade pela atividade
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 15- Influência de amigos
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo
- 16- Fazer algo para me motivar a sair de casa
() Sem importância () Pouco importante () Importante () Importantíssimo

17- Lazer

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

18- Proximidade do Espaço Alternativo de minha casa ou trabalho

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

19- Influência da televisão

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

20- Influência de mídias não televisivas

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

21- Gratuidade da atividade

☐ Sem importância ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Importantíssimo

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR

Título da pesquisa: Fatores determinantes para a prática de treinamento resistido na velhice: uma de identificação da realidade da cidade de Porto Velho- RO.

Pesquisadora: Tatiane Gomes Teixeira

Formação acadêmica: Educação Física

Maior titulação: Especialista

Orientadora: Beltrina Corte

Maior titulação: Doutora

Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Gerontologia da PUC-SP

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC- SP

Curso: Pós-graduação Stricto sensu (mestrado) em Gerontologia

Ano: 2009

Avaliação do risco ao sujeito da pesquisa:

(X) Sem Riscos () Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Maior

Duração da pesquisa: 12 meses

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: _____

Documento de Identidade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Data de Nascimento: ____/____/ 19____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: Porto Velho – Rondônia

Telefone: (69) _____ - _____

ESCLARECIMENTOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Seção I: Esclarecimentos básicos

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada Fatores determinantes para a prática de treinamento resistido na velhice: identificação da realidade da cidade Porto Velho-RO. As razões para este convite devem-se ao enquadramento em todas as condições abaixo listadas:

- Ser praticante regular de exercícios resistidos em uma das sete academias participantes da pesquisa; ou de caminhada no Espaço Alternativo da cidade de Porto Velho, na data de realização da coleta de dados;

- Ter nascido no ano de 1949 ou antes;

A presente pesquisa, a ser desenvolvida pelos pesquisadores já qualificados, tem como objetivo conhecer os fatores determinantes para a prática de treinamento resistido por idosos residentes na cidade de Porto Velho-RO.

Para a obtenção destas informações será realizada uma coleta de dados através de entrevista aberta, com uso de registros audiovisuais, e questionários estruturado e semiestruturado. A sua participação é voluntária, e é inteiramente concedida a liberdade de não participar da pesquisa, de se recusar a fornecer informações, e de, a qualquer momento, excluir seu consentimento para a utilização dos dados.

Seção II: Quanto aos possíveis riscos ao sujeito de pesquisa

1. A presente pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco à sua integridade física.

Seção III: Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre as garantias do sujeito da pesquisa:

1. Você tem acesso, a qualquer momento, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa.

2. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, e de deixar de participar do estudo.

3. As informações obtidas através da entrevista e dos questionários serão confidenciais e sigilosas, garantindo a sua privacidade.

4. Na existência de dúvidas ou anseio de quaisquer esclarecimentos referentes à presente pesquisa, você tem a liberdade de estabelecer contato com a pesquisadora através do endereço de email: tatiane_edfisica@hotmail.com ou telefone: (69) 9951-6890.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que fui devidamente informado (a) sobre a pesquisa intitulada “Fatores determinantes para a prática de exercícios resistidos na velhice: uma identificação da realidade de Porto Velho-RO” acerca de TODOS OS ASPECTOS: objetivos, riscos à minha integridade física, voluntariedade da participação e liberdade de retirada do meu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Para tanto, concedo meu consentimento para participar da pesquisa e autorizo a pesquisadora: (1) a utilizar as respostas por mim concedidas como parte dos dados para conclusão da pesquisa; e (2) a utilizar as imagens provenientes das filmagens em que apareço para obtenção dos dados e para apresentação pública do trabalho final de conclusão do curso de Mestrado em Gerontologia da PUC-SP.

Porto Velho, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Pesquisadora: Tatiane Gomes Teixeira

Testemunha 1: _____

RG: _____

CPF: _____

Testemunha 2: _____

RG: _____

CPF: _____