

**SIMONE MARIA CASTELLANO**

**A QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA DAS MULHERES DE 40 A 59  
ANOS PRATICANTES DE GINÁSTICA EM PRAÇAS, PARQUES E ACADEMIAS  
DA CIDADE DE UBERABA- MG**

**UBERABA-MG  
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Simone Maria Castellano

**A QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA DAS MULHERES DE 40 A 59  
ANOS PRATICANTES DE GINÁSTICA EM PRAÇAS, PARQUES E ACADEMIAS  
DA CIDADE DE UBERABA-MG**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação - Mestrado em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Regina Maria Rovigati Simões.

UBERABA- MG  
2012

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

C344q Castellano, Simone Maria  
A qualidade de vida autorreferida das mulheres de 40 a 59 anos  
praticantes de ginástica em praças, parques e academias da cidade  
de Uberaba-MG / Simone Maria Castellano. -- 2013.  
112 f. : graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.  
Orientadora: Profª Drª Regina Maria Rovigatti Simões

1. Saúde da mulher. 2. Qualidade de vida. 3. Ginástica. I. Simões,  
Regina Maria Rovigatti. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.  
III. Título.

CDU 613.99

Simone Maria Castellano

**A QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA DAS MULHERES DE 40 A 59 ANOS PRATICANTES DE GINÁSTICA EM PRAÇAS, PARQUES E ACADEMIAS DA CIDADE DE UBERABA-MG**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação - Mestrado em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Regina Maria Rovigati Simões.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2013.

Banca Examinadora:

---

Dra. Regina Rovigatti Simões - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Dra. Tânia Mara Vieira Sampaio  
Universidade Católica de Brasília

---

Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico a concretização desse sonho a DEUS e aos seus instrumentos, que foram canal para a realização dessa Graça: minha orientadora *Regina Simões*, meu esposo *Gustavo* e meus filhos, *João Paulo e Júlia*.

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo e de todos, agradeço a Deus, por me conceder a graça de realizar um sonho da juventude, já numa fase adulta repleta de responsabilidade e dificuldades. Obrigada por me carregar em seus braços nos muitos momentos de desespero.

Muito obrigada à minha família, especialmente meu esposo Gustavo e meus filhos João Paulo e Júlia, por compreenderem minha vontade de estudar e realizar um sonho. Vocês são meu alicerce, meu porto seguro. Em especial à Júlia, que, quando iniciei o curso de Mestrado, tinha apenas um ano de idade. Com certeza terei que compensar os momentos não vividos nesses dois anos.

À minha mãe, à minha sogra, meus tios (Maria Lúcia, Rosa, Carmen e Lúcio), à minha avó Almerinda, à minha irmã/ prima Ana Cristina e ao meu primo e talentoso pesquisador Lúcio Roberto, vocês são minha família, minha vida, meu aconchego. Obrigada é pouco pelo que fizeram por mim!

Ao programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFTM, por proporcionar um curso de excelência. Tenho orgulho de ter estudado nesse programa!

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro concedido na realização do mestrado.

À minha estimada orientadora e professora, Regina Rovigatti Simões, pela paciência, compreensão, incentivo e ensinamentos vividos ao longo desses dois anos. Obrigada por me dar a mão nos momentos mais delicados e me ajudar a superar todas as dificuldades e erros. Você foi uma verdadeira mãe, desculpe por te dar tanto trabalho. Que Deus lhe conceda tudo o que há de melhor. Serei grata a você pelo resto da minha vida.

Aos membros da banca examinadora, professores Eline Porto, Jair Sindra e Tânia Mara Vieira Sampaio, por todas as contribuições assim como a maneira amável com que me concederam os seus ensinamentos.

Ao grande professor Jair Sindra Virtuoso Júnior, que, desde a primeira aula, percebi que era um verdadeiro sábio. Você, além de talentoso e brilhante, é um

professor e uma pessoa incrível! Tê-lo na minha banca é motivo de orgulho e realização!

A vocês, Carlos Alberto “Sabonete” e Otávio, por serem mediadores para realização deste grande sonho. Sabonete, por acreditar no meu potencial num momento em que eu acreditava que só poderia ser mãe e continuar com a minha rotina de trabalho “braçal”, muito obrigada! E Otávio, pois lembro bem que há dois anos você era coordenador do Curso de Educação Física e me encorajou a pleitear uma vaga na primeira turma do Curso de Mestrado em Educação Física.

Muito obrigada também a todos os amigos: Ana Maria Salatiel, Maria Cléria, Professor Rodrigo, Giselle, Priscila, Lucélia, Sumaia, Roseli, Vanessa, Thiago Olivieri, Thiago, Liliane, Diego e dona Regina (mãe da Thaís). Em especial duas grandes amigas: Karina, que, mesmo sem ser da área e entender o tamanho das responsabilidades do curso de Mestrado, sempre me colocava para cima, com menos medo das minhas fraquezas e dificuldades, concedendo o ambiente silencioso de sua casa para que eu pudesse estudar. E a Thaís Reis da Silva, pelo exemplo, incentivo, opiniões, críticas, paciência, “ouvido amigo” e parceria. Nossa amizade cresceu nesses últimos dois anos e me deu a oportunidade de te conhecer melhor. Você é uma pessoa generosa e iluminada, sua luz cobre todos a sua volta!

Aos professores do curso de Pós-graduação em Educação Física da UFTM, em especial o professor Wagner Wey Moreira. Todos os professores de Educação Física deveriam ter ao menos uma aula reflexiva com você. Corporeidade e talento são sinônimos de sua docência de excelência!

Ao Professor Monó, pelos ensinamentos e parceria. Foi muito bom revê-lo após dez anos desde a graduação. Obrigada por tudo!

À professora Vilma Nista Piccollo, sua chegada ao Mestrado só o tornou mais inesquecível e regado pela luz das inteligências múltiplas.

Ao professor Edmar, artigos e sucesso intelectual não são obras do acaso, devem-se a muitas horas de dedicação. Você e sua esposa Aline são admiráveis!

À professora Sheila Tribess, que, mesmo sem ter tido a oportunidade de tê-la como professora, em muitos momentos me ensinou para além dos muros da

universidade, cheia de disposição para sugerir e apontar caminhos, muito obrigada!

Às alunas e todas as profissionais (Aline, Dani, Rozi, Gabriela, Ilva, Tati, Juliana, Ana Paula, Flávia, Renata e Paulo) do Programa Quero Mais Saúde, que acompanharam parte desse meu percurso. Obrigada pelo apoio, carinho e amizade.

Às minhas ex-orientadoras de Iniciação Científica Sônia Alves Calió e Marta Cassaro, os dois anos como bolsista me fizeram ser melhor como pessoa e também como profissional. Obrigada por acender a chama da pesquisa.

A todas as mulheres voluntárias nessa pesquisa, muito obrigada por me concederem minutos mágicos! Obrigada principalmente às professoras coordenadoras Diná, com a Ginástica Orientada, e a Sandra Nascimento, com a Ginástica da Academia Fit Uirapuru.

A todos os profissionais da Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, funcionários anônimos, mas que, com o sorriso terno e boa vontade, me acolheram em todos os dias e horas em que estive nesse espaço maravilhoso.

Aos colegas da 1ª turma do curso de Mestrado em Educação Física da UFTM, em especial: Alexandre, Danielle, Cléber, Fernando Max, Lilian e Thaís.

Por fim, considerando esta dissertação como resultado de uma grande caminhada, agradeço a todos os amigos da Prefeitura Municipal de Uberaba, em especial do Centro Administrativo, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria de Esportes e Lazer, Probem e Escola Municipal Celina Soares de Paiva.

Aos escritores Jorge Olimpo Bento, pela luz para identidade da Educação Física pelo Desporto e Merleau- Ponty, por me revelar que: “A máquina funciona e o homem vive”.



## RESUMO

O estudo teve como objetivo comparar a percepção e o discurso de qualidade de vida das mulheres de 40 a 59 anos praticantes de ginástica em espaços públicos e privados da cidade de Uberaba. A investigação é do tipo descritivo e comparativo transversal, de natureza mista amparada pelas abordagens quantitativa e qualitativa, com a participação de 104 mulheres, divididas em dois grupos: o Público com 52 participantes e média de idade de 53,25 ( $\pm 5,42$ ) e o Privado com 52 mulheres e média de idade 48,94 ( $\pm 5,56$ ). A coleta dos dados ocorreu através de dois questionários aplicados individualmente. O primeiro denominado WHOQOL-BREF visou avaliar os escores dos domínios da Qualidade de Vida (geral, físico, social, ambiental e psicológico). O segundo, além das informações sociodemográficas, apresentou uma pergunta geradora: O que é qualidade de vida para você? Para a análise dos resultados do primeiro instrumento foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média e desvio padrão), inferencial o teste Qui-quadrado (*Chi-Square* -  $\chi^2$ ) na comparação das duas questões gerais da qualidade de vida pertencentes ao WHOQOL-BREF e na comparação entre os domínios de qualidade de vida utilizou-se o teste de Friedman (*Friedman Test*), seguido do teste Wilcoxon (*Wilcoxon Signed Rank Test*) e o teste Mann-Whitney (*Mann-Whitney U test*)  $p < 0,05$ . Para análise da questão geradora foi utilizada a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado de Moreira, Simões, Porto (2005). Os resultados do WHOQOL-BREF mostram que, no domínio físico, o Grupo Privado apresentou escores de 79,89% contra 66,99% do Grupo Público; no psicológico, 72,60% no Grupo Privado e 70,51% no Grupo Público; no domínio social, 74,04% foi no Grupo Privado e 71% no Grupo Público e no ambiental o Grupo Privado obteve 74,58% e o Grupo Público 62,50%. Os dados revelam escores mais elevados em todos os domínios da Qualidade de Vida para o Grupo Privado. Todavia, não houve diferença significativa em nenhum dos domínios na análise inferencial e a percepção subjetiva de qualidade de vida não apresentou discrepâncias em ambos os grupos. Na interpretação da pergunta geradora foram identificadas cinco unidades de significado: viver bem e em equilíbrio, saúde, hábitos de vida saudáveis,

convivência e lazer. A unidade de significado: *Viver Bem e em Equilíbrio*, foi a unidade de maior convergência entre os grupos. O Grupo Privado obteve 69%, contra 55% do Grupo Público; *Saúde* esteve no discurso de 48% das respondentes do Grupo Privado contra 46% do Grupo Público; *Hábitos de Vida Saudáveis* aparece em 32% do Grupo Privado contra 44% do Grupo Público; *Convivência* 21% no Grupo Privado contra 19% no Grupo Público, e o *Lazer* no discurso de 16% do Grupo Privado contra 15% do Grupo Público. O comparativo entre os discursos dos grupos mostra similaridade nas respostas. Ficou compreensível que as mulheres praticantes de ginástica em academias (na iniciativa privada) ou em praças e parques (na iniciativa pública) possuem uma percepção satisfatória de qualidade de vida nos diferentes domínios, resultados esses que reafirmam a importância da prática regular de exercícios físicos para o envelhecer com uma melhor Qualidade de Vida. Conclui que, por se tratar de mulheres adeptas da prática de ginástica, independente do local em que participam, há uma percepção de qualidade de vida positiva, alicerçada por parâmetros subjetivos e objetivos.

Palavras Chave: Qualidade de vida. Ginástica. Idade madura.

## ABSTRACT

The study aimed to compare the perception and the quality of life speech of women 40 to 59 years, practicing Gymnastics in public and private spaces in the city of Uberaba. The research is descriptive and comparative cross-sectional, of mixed nature, supported by quantitative and qualitative approaches, with the participation of 104 women, divided into two groups: the Public, with 52 participants and an average age of 53,25 ( $\pm$  5,42) and the Private, with 52 women and an average age of 48,94 ( $\pm$ 5,56). Data collection occurred through two questionnaires individually. The first, named WHOQOL-BREF, aimed at evaluating the scores of the domains of Quality of Life (general, physical, social, environmental and psychological) and the second, in addition to socio demographic information, presented a generating question: *"In your opinion, what is quality of life?"* To analyze the results of the first instrument, descriptive statistics procedures (mean and standard deviation), the inferential Chi-Square test (Chi-Square –  $\chi^2$ ) were used in the comparison of the two general questions of quality of life pertaining to the WHOQOL-BREF questionnaire. Comparing the domains of quality of life, the Friedman Test was used, followed by the Wilcoxon Test (*Wilcoxon Signed Rank Test*) and the Mann-Whitney Test (*Mann-Whitney U Test*)  $p < 0,05$ . To analyze the generating question, the Technique of Elaboration and Analysis of Meaning Units by Moreira, Simões, Porto (2005) was used. The results of WHOQOL-BREF show that in the physical domain, the Private Group presented scores of 79,89% versus 66,99% of the Public Group; in the psychological, 72,60% in the Private Group and 70,51% in the Public Group; in the social domain, 74,04% in the Private Group and 71% in the Public Group and in the environmental, the Private Group's results were 74,58% while the Public Group's were 62,50%. The data show higher scores in all the domains of Quality of Life to the Private Group; however there was no significant difference in any domains in the inferential analysis and the subjective perception of quality of life showed no discrepancies in both groups. In the interpretation of the generating question, five meaning units were identified: to live well and in balance, health, healthy lifestyle, coexistence and leisure. *To Live Well and in Balance* was the largest unit of convergence between the groups: the

Private Group got 69% versus 55% of the Public Group; *Health* was in the speech of 48% of respondents of the Private Group versus 46% of the Public Group; *Healthy Lifestyle* appears in 32% of the Private Group versus 44% of the Public Group; *Coexistence*, 21% in the Private Group versus 19% in the Public Group and *Leisure* appears in the speech of 16% of the Private Group versus 15% of the Public Group. The comparative between the groups' speeches shows similarity in responses. It is perceived that either women who exercise in fitness centers (in the private initiative) or those who exercise in public squares and parks (in the public initiative) have a satisfactory perception of quality of life in the different domains, and these results reaffirm the importance of regular practice of physical exercise in order to age with better Quality of Life. Thus, as the women involved in the research are adept at gymnastics practice, there is a positive perception of Quality of Life in both groups, based on subjective and objective parameters, regardless of the place where they exercise.

Key Words: Quality of Life. Gymnastics. Mature Age.

## LISTA DE FIGURAS

Figuras	Página
1 Análise dos domínios de Qualidade de Vida.....	54

## LISTA DE QUADROS

Quadros	Página
1 Instrumento WHOQOL-BREF e seus respectivos domínios.....	40
2 Unidades de Significado do Grupo Público .....	58
3 Unidades de Significado do Grupo Privado .....	58
4 Comparativo das Unidades de Significado entre os sujeitos dos grupos Público e Privado .....	59

## LISTA DE TABELAS

Tabelas	Página
1 Idade das mulheres.....	47
2 Distribuição de Frequência das variáveis sociodemográficas: estado civil, maternidade, renda familiar e ocupação.....	47
3 Distribuição de Frequência dos Problemas de Saúde assinalados pelos voluntários nos Grupos.....	49
4 Distribuição de Frequência das variáveis do comportamento físico quanto a: tempo de permanência em programas de ginástica, tipos de ginástica praticados, frequência semanal e tempo total semanal do tempo de lazer dedicado à prática de exercícios físicos.....	50
5 Avaliação geral da qualidade de vida e saúde.....	51
6 Teste de Normalidade.....	52
7 Confiabilidade Interna.....	53
8 Apresentação dos escores gerais.....	53
9 Comparativo dos domínios dos sujeitos de ambos os grupos.....	53
10 Comparação dos domínios entre os Grupos.....	54

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
2.1 AS INTERFACES DO PROCESSO DE ENVELHECER DA MULHER MADURA .....	23
2.2 OS BENEFÍCIOS DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS .....	26
2.3 QUALIDADE DE VIDA .....	30
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>36</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	36
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	36
3.2.1 Espaço público: ginástica orientada .....	37
3.2.2 Espaço privado: ginástica de academia .....	38
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	39
3.4 COLETA DE DADOS .....	39
3.4.2 Procedimentos de coleta .....	41
3.4.3 Impressões da pesquisadora na coleta de dados .....	41
3.4.3.1 Espaço público .....	42
3.4.3.2 Espaço privado .....	42
3.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	46
4.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL- BREF) .....	51
4.2.1 Teste de normalidade.....	52
4.2.2 Confiabilidade interna.....	52
4.3 ANÁLISE E COMPARATIVA DOS DOMÍNIOS ENTRE OS GRUPOS .....	54
4.4 A INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS DA QUESTÃO GERADORA.....	57
4.4.1 Interpretação de qualidade de vida do grupo público e do grupo privado ....	57



<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As etapas e aspirações de cada momento têm influência determinante para a escolha da problemática a ser investigada na dissertação de mestrado.

O pesquisador, na complexidade de ser, pensar, fazer, conviver e investigar realiza muitas inferências baseadas nos seus significados individuais, como também na realidade a sua volta, vislumbrando, como possibilidade, a realização de grandes descobertas ou a devida adequação e divulgação de ações para contribuir para a resolução de diferentes problemas na sociedade.

Considerando a minha vontade de utilizar a pesquisa como instrumento para melhorar a condição de vida das pessoas, em 2011 ingressei no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Em 2002, terminei minha formação em Educação Física e, a partir daí, atuei em diferentes segmentos da área: educação física escolar, treinamento desportivo e paradesportivo, recreação, ginástica laboral e programas de promoção à saúde, tais como caminhada orientada e ginástica para grupos especiais.

Além da experiência profissional, vivo a Educação Física desde muito cedo. Fui atleta de basquetebol por 16 anos, participei das rotinas de treinamento, das competições e dos ensinamentos do esporte.

Sempre ativa, jogando basquete de maneira recreativa na idade adulta, me vi presa ao comportamento inativo com a chegada dos filhos. Os horários disponíveis nem sempre se enquadravam às disponibilidades do grupo de jogadoras. Se antes o esporte era uma das minhas prioridades, com a maternidade as preferências mudaram.

Os filhos passaram a ser o centro das atenções, e as adversidades com o cuidado deles, principalmente nos primeiros anos de vida, fizeram com que eu excluísse a prática regular de exercícios físicos da minha rotina diária.

O histórico de dois anos sem jogar basquete ou realizar outra prática sistematizada de exercícios físicos resultou em: 30 % de aumento do peso

corporal, elevação de glicemia de jejum, imunidade baixa com grande frequência de doenças respiratórias, dificuldade de concentração e esteatose leve, que me levaram a retomar a prática de exercícios físicos para melhoria da saúde geral e da qualidade de vida.

Com esta realidade, optei pela prática da ginástica (pilates, localizada e aeróbica) em um centro especializado de exercícios físicos, a academia. Embora esse tipo de proposta não fizesse parte de minhas preferências, gostei gradativamente e passei a estabelecer uma rotina dentre os diferentes tipos de ginástica.

Vale pontuar que, dentre alguns motivos de adesão e permanência na prática da ginástica, destaco os resultados relacionados ao condicionamento físico, como melhora da flexibilidade, resistência muscular, agilidade e resistência cardiorrespiratória; melhoras endócrinas nos níveis de glicose sanguínea; diminuição do peso corporal; além dos vínculos estabelecidos com o grupo participante (motivação) e a sensação de bem-estar e prazer advindos do ambiente de forma geral.

Vivenciando a ginástica como prática regular de exercícios físicos, associei esta com a minha temática de estudo para a construção da dissertação de Mestrado.

Na literatura, evidenciei vários estudos relacionando a ginástica com a atividade de promoção à saúde para pessoas idosas, e poucos para a fase anterior, a dos adultos de meia idade ou pessoas em idade madura.

Nahas (2001) classifica a idade madura entre 40 a 59 anos, sendo um período marcado pela ação silenciosa do envelhecimento, em que pode ocorrer o surgimento das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, o início do acompanhamento mais rigoroso de exames específicos de algumas patologias, além das mudanças estéticas.

Seguindo os pressupostos da linha de investigação de formação e ação profissional, optei em desvelar, a partir do olhar dos sujeitos de idade madura que

vivenciam a ginástica, a percepção de qualidade de vida, bem como o significado desse fenômeno para esta faixa etária.

O fato de ser mulher e vivenciar diariamente todas as responsabilidades inerentes a essa condição nas diferentes rotinas, de mãe, de esposa, de profissional e de pesquisadora, me faz perceber o quão difícil é a organização da vida e dos horários para a prática sistemática de exercícios físicos. Foi então que associei a carência dos estudos na idade madura com as mulheres que praticam exercícios físicos regulares. O universo feminino, seja por sua representatividade nos centros especializados em exercícios físicos, seja pelo fenômeno da feminização da velhice, se apresenta como um tema ainda pouco explorado.

Muitas mulheres maduras nas diferentes camadas sociais já conhecem ou foram orientadas a iniciar um programa de exercícios físicos sistematizados, todavia poucas estão em efetiva prática (CARVALHO; MADRUGA, 2011).

As mulheres estão sobrevivendo por mais tempo quando comparadas aos homens, mas será que estão tendo uma melhor qualidade de vida? Estudos destacam que a mulher é mais afetada na sua autonomia para as AVDs (atividades de vida diária), especialmente em idades mais avançadas (> 85 anos), por consequências de agravos prolongados e progressivamente incapacitantes na maioria dos achados da população mundial (EID; KAIRALLA; CAMPORA, 2012).

A Agência Nacional de Saúde (2011) destaca que as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, de maior impacto mundial, possuem, em linhas gerais, quatro fatores de risco em comum: inatividade física, uso abusivo do álcool, tabagismo e alimentação não saudável. A inatividade física gera um elevado risco de acometimento de doenças crônicas degenerativas, uma vez que esses aspectos ambientais se somam à predisposição genética do indivíduo.

O comportamento ativo nas diferentes fases da vida da mulher, sobretudo a partir dos 40 anos, é percebido como uma medida profilática contra o acometimento de doenças e uma possibilidade de vida mais autônoma, independente e funcional. Nesse contexto, compactuo com Stuar-Hamilton (2002,

p.194), que salienta: “Uma boa velhice é uma recompensa, não um direito automático”.

A mudança do estilo de vida das mulheres adultas, principalmente do comportamento sedentário para o comportamento fisicamente ativo, fortalece as perspectivas de se envelhecer com qualidade de vida (COSTA et al., 2011).

Outro fato a ser destacado na condição da mulher são as transformações que a mesma vivencia na idade madura no advento da menopausa. As manifestações durante esse período diferem entre as mulheres e podem ser decorrentes da carência estrogênica, das experiências vividas, das expectativas existentes, de sintomas psicológicos relativos a outros eventos reprodutivos, bem como dos fatores culturais envolvidos com tais experiências, sendo essa uma fase em que são evidenciadas perdas e ameaças, transformando-a num tabu que leva ao constrangimento feminino (ZANOTELLI et al, 2012).

Sendo a idade madura a fase antecessora da velhice e repleta de mudanças naturais, a mulher vivencia múltiplas transformações, associadas às alterações da fase reprodutiva para a senilidade, tais como queda e embranquecimento dos cabelos, aparecimento de rugas, acúmulo de tecido adiposo, diminuição da massa muscular, além de alterações funcionais, em que se percebe uma diminuição no limiar de fadiga e redução progressiva da aptidão de realizar tarefas motoras (NAHAS, 2001).

Berger (2006) evidencia que, no final do século XX e neste século XXI, os fenômenos ligados à melhora da qualidade de vida vigoram mais no campo da informação do que efetivamente da atitude, já que são parte de uma teia dramática vivida pelo ser humano, entre aquilo que deveria ser feito, como, por exemplo, a prática regular de exercícios físicos, alimentação equilibrada e voltada para um consumo maior de alimentos naturais, além da adoção de um estilo de vida menos estressante e prazeroso, e o que realmente se faz.

No que tange a tal tópico, as Recomendações Globais sobre Atividade Física para a Saúde destacam a necessidade constante e longitudinal de se destinar parte do tempo para a prática de atividades físicas, sendo que as pessoas

de 18 a 64 anos devem perfazer 150 minutos de alguma modalidade de exercício físico de intensidade moderada, ou 75 minutos de exercícios físicos de intensidade vigorosa aeróbia durante a semana, ou a combinação equivalente de atividades de moderada a vigorosa intensidade (OMS, 2010).

Nessa mesma direção, a ANS (2011), tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde, percebe também como essencial o desenvolvimento de programas de exercícios físicos sistematizados para diminuir os potenciais impactos dessa realidade na sociedade como um todo.

No entanto, ao considerar que a maioria das pessoas vivencia os exercícios físicos e a prática de esporte na infância e na adolescência e, ainda, desse contato poucas interiorizam ou encontram significados para incorporar a rotina diária, percebe-se o quão difícil é disseminar a prática regular de exercícios físicos entre pessoas acima dos 40 anos (GOMES-VILAS BOAS et al, 2011).

Essa dificuldade se consolida quando são exigidos gestos técnicos e específicos, típicos da maioria dos esportes, às pessoas maduras, já que o grau de complexidade do esporte, quando comparado a algumas ginásticas da área *fitness* e às da área da promoção à saúde, torna-o de difícil disseminação (SANTOS; KNIJNIK, 2006).

A ginástica, com sua ampla variedade de estilos, permite às mulheres maduras a prática de exercícios físicos de baixo impacto e moderada dificuldade de coordenação de movimentos, respeitando as condições que este corpo possui, ou melhor dizendo, respeita o corpo possível, parafraseando Moreira, Nóbrega (2008).

No rol de exercícios físicos orientados e sistematizados, a ginástica, que pode ser realizada em diferentes locais como praças, clubes, associações, parques e academias, utilizando ou não materiais elaborados e equipamentos industrializados, pode ser percebida como um elo entre o que é possível e viável quando se quer atingir um maior número de adeptos.

A ginástica, como ratifica Eiras (2010), no contexto atual, dentro das estratégias de promoção à saúde, pode ser concebida como um grande mecanismo de efetivação da prática de exercícios sistematizados e orientados, cuja execução não requer um ambiente específico o qual, conseqüentemente, adéqua esse espaço com a quantidade de pessoas a serem orientadas, podendo ser desenvolvida ora em espaços públicos, ora em espaços privados.

Considerando estas questões, o objetivo deste trabalho é comparar a percepção e o discurso de qualidade de vida das mulheres de 40 a 59 anos praticantes de Ginástica em espaços públicos e privados da cidade de Uberaba.

Em relação aos objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas (idade, anos de estudo, renda familiar, estado civil, maternidade), de saúde geral (sintomas e morbidades), tipos e frequência semanal aos programas de ginástica, tempo de permanência e tempo semanal gasto em práticas de exercícios físicos;
- Analisar os escores para os domínios subjetivos de análise da qualidade de vida entre os dois grupos estudados;
- Interpretar a concepção de qualidade de vida das mulheres nos dois grupos estudados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 AS INTERFACES DO PROCESSO DE ENVELHECER DA MULHER MADURA

Com o aumento da expectativa de vida da população mundial e especificamente da brasileira, as estratégias de promoção à saúde tendem a focar em grupos específicos para melhor gerenciar suas ações.

Para a saúde da mulher madura, existem diversos mecanismos de promoção da saúde que realizam exames preventivos e atividades voltadas para a conscientização quanto à adoção de um estilo de vida mais saudável. Todavia percebo que muitas mulheres ainda não estão usufruindo adequadamente dessas estratégias de saúde pública.

As projeções estatísticas demonstram o rápido crescimento da população idosa no Brasil. Informações do Censo 2010 disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) indicam que, na primeira década do século 21, a população brasileira cresceu ao menor ritmo já registrado até os dias de hoje, com a média anual de crescimento demográfico de 1,17%, menor que os 1,64%.

Este crescimento é justificado pelo aumento da expectativa de vida, principalmente com o declínio da fecundidade, ficando impossível ignorar o fenômeno do envelhecimento, sendo necessário planejar políticas adequadas para responder às necessidades de apoiar a qualidade de vida desta população.

O processo de envelhecimento traz alterações significativas ao organismo da mulher, em que o declínio de algumas funções, seguido de alterações hormonais e fisiológicas, é percebido diferentemente de mulher para mulher.

Observando especificamente as mulheres em idade madura (40 a 59 anos), percebe-se que o estilo de vida parece determinante ao lado dos aspectos psicológicos, sociais, biológicos e funcionais (GONÇALVES et al, 2011).

A mulher no período do climatério sofre várias modificações endócrinas,



principalmente relacionadas ao fracasso ovariano, sendo este um momento que pode exercer influências na percepção de qualidade de vida.

Uma fase peculiar na mudança da função dos órgãos é a menopausa. Ela é conhecida como uma fase em que a mulher passa da vida reprodutiva para a não reprodutiva devido à depleção de folículos ovarianos e mudanças no sistema nervoso central pelos padrões críticos de secreção do hormônio liberador de gonadotrofina (KOEPPEN, STATON, 2009).

Silverthorn (2003) afirma que a fisiologia da menopausa é complexa e vem sendo muito discutida. Segundo ele, muitos apontam que ela ocorre aproximadamente após 40 anos de ciclos menstruais, decorrente da disfunção dos ovários em não mais poder responder as gonadotrofinas.

Esse advento diminui os níveis de estrógeno, hormônio esse responsável pela longevidade cardiovascular em decorrência de sua ação de aumentar os níveis de lipoproteínas de baixa densidade (HDLs), que protegem o aparecimento da arteriosclerose, deixando a mulher mais vulnerável na pós-menopausa aos problemas cardíacos (SPIRDUSO, 2005).

Algumas manifestações podem ocorrer na menopausa, como a diminuição da libido, irritabilidade, insônia, ressecamento vaginal e o fogacho, sendo este último o principal delas, cuja característica são ondas de calor noturno em diferentes partes do corpo, cabeça-peito que duram de 5 a 30 minutos. Tais manifestações são registradas por cerca de 90% das mulheres, estando relacionados diretamente com a diminuição dos hormônios gonadais (APPOLINÁRIO et al, 2001).

Como em diversas situações os indivíduos são marcados por códigos genéticos diferentes, em relação aos sintomas da menopausa não seria divergente. A evolução dos sintomas é diferente em cada mulher, de acordo com sua individualidade biológica, (características intrapsíquicas), assim como o seu contexto sociocultural.

No entanto, os conflitos e doenças acometidas nessa fase nem sempre se relacionam à menopausa, mas às doenças preexistentes que, devido às

alterações hormonais naturais, tornam-se acentuadas (FAVARATO, ALDRIGHI, 2001).

Já os transtornos de humor, outra ocorrência comum neste período, podem predizer sintomas depressivos em muitas mulheres na menopausa. Em estudo com 43 mulheres menopausadas, de idades entre 45 e 55 anos, identificou-se, nas mesmas, sintomas depressivos (transtornos de humor, tristeza, solidão), além de comportamento neurótico e hipocondríaco (APPOLINÁRIO et al, 2001).

Fernandes, Rozenthal (2008), num estudo transversal com 151 mulheres entre 45 e 65 anos, não encontraram evidências de aumento dos sintomas depressivos em função da menopausa. Para eles, não há associação significativa entre a intensidade de sintomas depressivos e a idade, renda, estado conjugal, escolaridade, paridade, uso de terapia de reposição hormonal, número de gestações, filhos, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias ou obesidade. Neste estudo, o que fora mais evidenciado foi a insônia.

Dessa maneira, percebe-se que a mulher madura de hoje é fruto de suas escolhas e possibilidades encontradas na sua trajetória, em que a mudança de perfil é percebida a cada década. As doenças cardiovasculares, mais acometidas por homens, no passado, hoje têm se elevado significativamente entre as mulheres, em decorrência das pressões e dos seus vários papéis do cotidiano atual (FAVARATO, ALDRIGHI, 2001).

Outra característica típica da mulher que está no processo de envelhecimento é o excesso de peso corporal. Estima-se que 30% das mulheres ocidentais adultas, principalmente nos anos que seguem a menopausa, são obesas. No Brasil, a prevalência entre a população feminina adulta chega a 12,5. Tal situação tem preocupado as autoridades sanitárias mundiais, por sua relação direta com a ocorrência de hipertensão arterial, diabete melitus, doenças cardiovasculares e neoplasias, entre estas o câncer de mama, endométrio e cólon (LINS, SCHIERI, 2001).

Já no campo da sexualidade, a literatura nos apresenta várias situações com relatos de mulheres que perceberam mudanças gerais no período da

menopausa. Em um estudo do tipo qualitativo, realizado com mulheres em média de 47 anos (45-55), foi apontado principalmente o ressecamento vaginal (provocado pela diminuição significativa de estrogênio) e a redução ou ausência do desejo sexual (OLIVEIRA, JESUS, MERIGHI, 2008).

A falta de libido está intimamente associada à atrofia vulvovaginal por hipoestrogenismo, o qual ocasiona a perda da rugosidade da mucosa vulvovaginal, com redução acentuada da lubrificação vaginal e modificações importantes da flora nativa, podendo gerar uma situação desconfortável no ato sexual (VIGETA, BRETAS, 2004).

Nesse contexto, muitas mulheres com aversão sexual e que sofrem com a insistência do parceiro passam a manifestar alguns transtornos, como taquicardia, sudorese e irritabilidade (FERNANDEZ, GIR, HAYASHIDA, 2005; LOPES, 2003).

No entanto, é possível minimizar certos desconfortos físicos por meio de atitudes preventivas regulares, das quais destaco a prática de exercícios físicos.

## 2.2 OS BENEFÍCIOS DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS

O exercício físico proporciona um impacto positivo na qualidade de vida da população geral, independente da idade, sexo, etnia, estado de saúde ou modalidade de exercícios praticada (GONÇALVES et al, 2011; POTTER et al, 2011; GUEDES et al, 2011).

Sua eficácia se torna mais evidente com o processo de envelhecimento, uma vez que irá minimizar o declínio da capacidade funcional, além da sensação de conforto gerada pela liberação de endorfinas pós- treino.

A prática regular de exercícios físicos traz, ainda, inúmeros benefícios em diferentes domínios da qualidade de vida, tais como: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos, religiosos, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias no ambiente em que se vive (VECCHIA, 2005).

Para a mulher no período climatério, a prática regular de exercícios físicos é essencial por amenizar o declínio funcional do processo de envelhecimento (menopausa), além de minimizar adventos negativos, como: surgimento de morbidades ou agravamento de doenças pré-existentes.

Mazo (2006) destaca que as mulheres acima de 40 anos que praticam regularmente atividades físicas possuem uma melhor autoestima e conseqüentemente, uma melhor autoimagem. Isso porque em seus estudos com mulheres idosas, a autora identificou que quanto mais ativas, mais satisfeitas essas mulheres estão com sua autoimagem e sua autoestima, tendo uma menor percepção de sentimentos negativos.

Ferreira, Simões (2011) reafirmam a questão da autoimagem de modo que quanto mais dependente funcionalmente e com menos possibilidades de se movimentar e relacionar em diferentes espaços, menores são suas expectativas e a percepção positiva sobre a vida.

As pessoas, de maneira geral (introvertidas ou extrovertidas), melhoram suas relações sociais com a prática de exercícios físicos em grupo, já que fazem amizades novas, aumentam o ciclo de contatos sociais e convites para eventos de lazer e entretenimento. Isso traz, como consequência, a diminuição dos sintomas depressivos e da solidão, além de aumentar sua capacidade de conviver em sociedade.

A prática orientada e regular de exercícios físicos proporciona também benefícios psicológicos nas pessoas idosas, já que melhora a autonomia, a superação de condições enfermas, a redução no uso de medicamentos, a autoestima, o reconhecimento de sua capacidade de autocuidado e as relações interpessoais (OKUMA, 2002).

Simões, Portes Junior, Moreira (2011) destacam, ainda, que as pessoas ativas (em todas as fases da vida) melhoram o humor, a sensação de bem estar e a interação com o meio social, reduzindo assim o quadro de ansiedade e os níveis de depressão.

Já Deps (1993) ressalta que a promoção do bem-estar emocional das

pessoas, por meio da prática sistematizada de exercícios físicos, pode estar associada ao estabelecimento de amizades espontâneas e desinteressadas, que se estruturam baseadas na afeição.

A prática regular de exercícios físicos influencia na percepção positiva de qualidade de vida das mulheres em idade madura. Esta se torna consequência dos vários benefícios advindos das alterações neuroendócrinas, da composição corporal, da termorregulação e do humor (GONÇALVES et al, 2011; DALEY STOKES-LAMPARD, 2011; CHAOULOFF, 1989).

Estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo força e flexibilidade, para manutenção da capacidade funcional e da autonomia, sendo recomendado um programa estruturado, com exercícios aeróbios e anaeróbios para a manutenção do condicionamento físico e, conseqüentemente, da qualidade de vida (NAHAS, 2001).

Os problemas relacionados à prática regular de exercícios físicos encontram-se associados à falta de orientação e acompanhamento de uma equipe de profissionais especializados, como também a escolha de um tipo de modalidade que vá ao encontro das preferências da praticante.

Powers, Howley (2009) argumentam que a prescrição do exercício físico para diferentes finalidades deve se nortear pela relação entre dose e a resposta do mesmo, sendo que a dose geralmente é caracterizada pela intensidade, frequência, duração e tipo de atividade. Já a resposta como o efeito gerado pela dose de exercícios realizada.

O autor supracitado afirma que a dose do exercício físico deve ser escolhida levando em consideração os objetivos almejados como resposta do treinamento físico, de modo que, se quero, por exemplo, melhorar minha força e densidade óssea, devo seguir os pressupostos e fundamentos dos exercícios com peso.

Dessa maneira, a prescrição de exercícios físicos para as mulheres maduras deve considerar o condicionamento cardiorrespiratório, o treinamento de força e o treinamento de flexibilidade, uma vez que os prejuízos revelados na

maturidade incluem a diminuição da densidade óssea, as alterações cardiovasculares (pressão arterial, frequência cardíaca e débito cardíaco); e, devido ao processo de envelhecimento, a diminuição da amplitude articular (FOSS, KETEVIAN, 2010).

Nesse item, para tais finalidades, cito diferentes opções de exercícios físicos para as mulheres maduras: natação, hidroginástica, caminhada, ginástica, musculação, esportes variados, danças e diversas outras práticas que tenham regularidade e sistematização.

Pensando em uma atividade de grande adesão pelas mulheres na idade adulta, madura e idosa, destaco a ginástica como precursora do treinamento das diferentes valências físicas, resistência muscular localizada, condicionamento cardiovascular, flexibilidade, memória e diferentes componentes psicossociais.

Para Saba (2001), a ginástica é um conjunto de exercícios ritmados e sistematizados por meio de movimentos repetidos, com o intuito de alcançar os objetivos propostos. Segundo este autor, ela utiliza diferentes mecanismos de motivação como a música, a orientação de um profissional e equipamento de maior estimulação localizada.

É relevante pontuar que, nesse mecanismo de sistematizar, repetir e alcançar resultados, a ginástica é compreendida como um conhecimento constituído de exercícios metodologicamente organizados, com objetivos formativos, preventivos, corretivos, compensatórios, estéticos e rítmicos, atendendo o ser humano em sua totalidade com ou sem o uso de aparelhos (LANGLADE, LANGLADE, 1970).

Há de se perceber também que essa modalidade pode alçar diferentes objetivos. Segundo Paoliello (2008), a ginástica possui diferentes campos de ação, tais como: de competição, de demonstração, de conscientização corporal, de reabilitação e de condicionamento físico.

Nesse contexto, a ginástica pode acontecer de maneira orientada por profissionais de Educação Física em dois ambientes: o privado, à luz das academias, estúdios e clubes; e a pública, a ginástica ao ar livre nos ambientes

públicos, nas praças, parques e associações em que é veiculada pelo poder público, de forma gratuita.

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é tema de discussão há várias décadas, sendo um conceito de vida jovem para uma sociedade com tradições e valores antigos. Ela apresenta o significado de uma vida exitosa ou não sob o olhar do próprio sujeito.

No cotidiano há exemplos instigantes de pessoas que levam uma vida com condições sofridas e insatisfatórias, sob a perspectiva financeira, mas que vivem em harmonia e plenitude. Já outras que, aparentemente possuem um modo de vida mais estabilizado, estruturado em diferentes setores da vida, nunca estão satisfeitas, sempre estão aborrecidas e/ou descontentes. O que acontece? Como funciona? Como avaliar quem vive melhor?

Na verdade, quem vive melhor são as pessoas que, em diferentes situações, conseguem administrar suas limitações e enxergar mais aspectos positivos do que negativos. São pessoas que percebem as oportunidades da vida, sentem-se mais felizes e saudáveis, mesmo tendo ou não condições favoráveis (SOUZA, LAUTERT, HILLESHEIN, 2011).

Cabe, então, a cada indivíduo no conjunto de suas estruturas fisiológicas pensantes sentir, escolher ou compreender as diferentes situações enfrentadas ou vivenciadas no decorrer de sua existência. É perceber a qualidade das suas relações e ações no decorrer da sua vida, reconhecendo que: “[...] qualidade é necessariamente uma resposta subjetiva e pessoal, não uma absoluta” (SHARKEY, 2006 p.370).

Considero a reflexão anterior como um importante momento na sociedade, em que um líder político transcende na visão de como mensurar o desenvolvimento de uma nação sem se restringir apenas aos lucros ou investimentos, sendo insustentável o olhar para uma única vertente. Assim, estimar o nível de qualidade de vida do ser humano remete-se à consideração de dados objetivos e subjetivos da existência humana.

A manifestação da qualidade de vida pode ser associada a diversos enfoques como: o acréscimo de experiências relevantes depois que as necessidades básicas estão satisfeitas; a oportunidade de praticar exercícios físicos regularmente visando a saúde e o combate ao estresse; a construção de um novo estilo de vida, em que vivências interiores significativas constituem-se fator de satisfação e felicidade e assim considerar que visualizar qualidade de vida exclusivamente pelo foco de acúmulo de riquezas materiais é correr o risco de desconsiderar as ações humanas e o meio em que nos inserimos (SIMÕES, 2007).

Nos últimos anos, inúmeras pesquisas têm sido realizadas acerca da qualidade de vida do ser humano visando o bem-estar de maneira integral. O termo qualidade de vida está presente em muitos estudos, com abordagens relacionadas ao trabalho, à saúde e à visão holística da vida humana, com conceitos específicos em cada área.

A qualidade de vida deve ser analisada através do desnudamento do ser humano em suas múltiplas facetas, enxergando-o para além de sua condição de vida, mas percebendo como esta age em sua percepção de bem estar, nos seus sentimentos, expectativas, assim como ela o possibilita ou impede de exercer plenamente suas vontades e tarefas. O dizer de Oliveira (2005, p.41), a seguir, apresenta a dimensão dos aspectos subjetivos na busca de compreender esta relação. Para ele,

Parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, inserção social, liberdade, solidariedade, espiritualidade, realização pessoal) e objetivos (satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer) interagem dentro da cultura, para constituir a noção contemporânea de qualidade de vida.

Todavia vale ressaltar que os parâmetros subjetivos muito interferem na percepção das pessoas sobre sua vida e até mesmo de sua saúde. Muitos somatizam problemas que desencadeiam diversos sintomas e morbidades.

A Organização Mundial de Saúde, há mais de 60 anos, reconheceu que a saúde não era simplesmente a ausência de doenças. Ela implicava um estado de



completo bem-estar físico, social e mental (OMS, 1948). Esse reconhecimento instigou as mudanças dos interesses de acordo com as necessidades do que se refere à saúde e à qualidade de vida, de modo que as discussões passam a vigorar com afinco nesta área (SHEPARD, 2003; KAPLAN, 1985).

A partir deste ponto de vista, qualidade de vida se tornou um elemento de referência e pesquisa do "estado de bem-estar" mundial. Trata-se de um conceito vasto, influenciado de forma complexa por múltiplos fatores, entre eles: o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as características do ambiente e a saúde física (FLECK et al, 2000).

A qualidade de vida foi então definida pelo grupo de pesquisadores da Organização Mundial de Saúde (OMS), como “[...] a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Esse constructo conglobera, em um contexto amplo, saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com as características de destaque do meio ambiente de uma pessoa (FLECK et al, 2003).

Para Neri (2000), a qualidade de vida se preocupa com o nível em que o ser humano aproveita as importantes possibilidades da vida. Já Bullinger (1993) considera que a qualidade de vida é geral, sendo influenciada pelos fatores que interferem na percepção do indivíduo quanto aos seus sentimentos e comportamentos, não se limitando apenas à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Segundo Spirduso (2005), uma das maneiras de se analisar a qualidade de vida dos indivíduos é observar se estes possuem uma vida ativa ou se estão somente vivos.

De certa maneira, na maturidade, o ser humano condiciona as formas de qualidade de vida associadas as suas aspirações futuras, e não às atitudes presentes. Essas, por sua vez, são carregadas de rotinas inflexíveis, literalmente domesticadas com muitas responsabilidades no âmbito laboral e familiar,

paralelamente com poucas atividades de lazer e entretenimento (ROSÁRIO, 2007).

Na sociedade também é comum associar a qualidade de vida à aquisição de recursos financeiros. Muitas pessoas acreditam que ter qualidade de vida está atrelado à aquisição de bens, oportunidades e condições para viajar, numa única relação com a aquisição material (SIMÕES, 2007). Mas será que a qualidade de vida é um coeficiente exato, em que ter maiores condições materiais é sinônimo de viver melhor?

Considero fato todo ser humano necessitar de condições dignas de vida, como trabalho, alimentação, moradia, assistência médica, transporte, sendo esses parâmetros objetivos para uma boa qualidade de vida. No entanto, esse ser humano, complexo e desafiador, necessita de mais, necessita de sonhos, amores, alegrias, desafios e muitas outras coisas.

Assim, o perfil do ser humano com uma boa qualidade de vida está voltado para a sua capacidade de equilibrar as relações e condições multifacetárias de sua vida, pautando-se em valores mais humanos, como ter pensamentos positivos, conviver de maneira equilibrada com os outros, cuidar de seu corpo, praticar exercícios físicos regulares, alimentar-se bem, possuir alegria nas realizações do dia-a-dia, na visão de Simões (2007).

Dessa maneira, comungo com as idéias de Moreira (2007), ao atentar que qualidade de vida exige de todos os seres humanos a consciência de cultivar o interesse pela vida dos outros, do planeta, de si mesmo, tanto no momento atual, como nas gerações futuras. Para este autor, “Qualidade de vida é compromisso em aperfeiçoar a arte de viver e conviver” (MOREIRA, 2007, p. 25).

A avaliação da qualidade de vida não pode ser medida linearmente ou de forma compartilhada. Trata-se de um assunto que pressupõe não só maior sensibilidade e subjetividade, mas também objetividade de algo que não pode ser visto, ponderado de uma só perspectiva ou parâmetro, com dimensões tanto positivas como negativas, haja vista estar arraigada nos contextos cultural, social e ambiental.

Há, na verdade, a necessidade de se perceber e utilizar os indicadores no campo populacional, os quais podem auxiliar na qualidade de vida do ser humano, com significados e sentidos de determinados grupos, a fim de compor um maior nível de eficácia nas intervenções.

Todavia, mensurar a qualidade de vida das pessoas é uma tarefa complexa. Pressupõe enxergar os dados de forma contextualizada, valorizar parâmetros objetivos, voltados para a sobrevivência, bem como parâmetros subjetivos voltados para o elixir de sua existência, de modo a correlacionar os indicadores e fatores ambientais com a essência, como significado muitas vezes abstrato da percepção do indivíduo sobre sua vida.

Muitos fatores influenciam a qualidade total de vida de uma pessoa, tais como funcionamento físico, social, cognitivo e emocional, além da produtividade pessoal e privacidade. Todavia, a avaliação mais detalhada da qualidade de vida sugere uma combinação do status funcional quanto aos sintomas percebidos, cujas preocupações funcionais incluem: mobilidade, atividade física e atividade social.

De acordo com Dallanezi (2011); Nobre (1995), a qualidade de vida, sob o ponto de vista das ciências da saúde, pode ser definida como o que cada ser humano considera como indispensável para viver bem, como, por exemplo, gozar de boa saúde e a possibilidade de usufruir momentos de lazer. É a percepção pessoal de aconchego, bem-estar ou felicidade no desempenho de atividades físicas, intelectuais e psíquicas, na perspectiva social, familiar e profissional.

Segundo Spirduso (2005, p.29-30):

Condição de saúde, energia e vitalidade e função física que ajudam na execução de tarefas físicas, geralmente não são valorizadas por uma pessoa jovem; porém o déficit no desempenho, que começa a preocupar os adultos de meia-idade, torna-se uma preocupação maior para os idosos jovens e cresce até se tornar preocupação para alguns idosos e para muito dos "idosos muito idosos. (SPIRDUSO, 2005 p. 29-30)

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um estudo multicêntrico, na década de 1990, para avaliar a qualidade de vida numa perspectiva transcultural. Como resultado, foi elaborado o instrumento de avaliação subjetiva da qualidade

de vida definido como WHOQOL-100, que consiste em 100 perguntas, desenvolvido e testado com a colaboração dos 15 centros, dentre eles o Brasil (FLECK, 1999).

A partir daí, criou-se o WHOQOL-BREF, uma versão abreviada do WHOQOL-100, considerada a mais adequada para utilização na prática de assistência e pesquisa. Derivado do antigo instrumento, contém 26 questões que se referem ao melhor desempenho psicométrico. Apresenta também duas perguntas sobre qualidade de vida em geral, e 24 questões (uma para cada faceta existente no WHOQOL- 100) divididas em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental (FLECK, 1999).

Este instrumento, além de ser prático e de fácil emprego, já foi validado para o português em mulheres brasileiras, principalmente porque foi considerado bem adequado para avaliar populações em idade adulta e madura (FLECK et al, 2000).

Panzini et al (2011); Gonçalves et al (2011), em estudo com populações em idade madura e idosos sobre a qualidade de vida relacionada à prática de atividade física, adotaram o WHOQOL-BREF como instrumento de avaliação e demonstram satisfação na escolha do mesmo. Segundo tais autores, o mesmo é prático e de boa aplicabilidade.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia é uma possibilidade de enxergar determinados dados e fenômenos e gerar evidências científicas que contribuam para a melhor organização social, bem como apresentar maneiras de sistematizar uma investigação científica, sendo base para a realização de estudos, pesquisas e intervenções.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo é do tipo descritivo e comparativo transversal, de natureza mista, amparado pelas abordagens quantitativa e qualitativa.

Vale destacar que, mesmo com as diferenças paradigmáticas das abordagens utilizadas nesta pesquisa, as mesmas contribuíram para melhor caracterizar os sujeitos.

Pope; Mays (2009), Greene; Caracelli (1997) afirmam que não existe uma pesquisa puramente qualitativa ou puramente quantitativa, existe é uma mistura que oportuniza revelar resultados mais reais e melhor delineados sob diferentes vieses.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local de estudo foi o município de Uberaba MG, localizado no Triângulo Mineiro, região oeste do estado, tendo uma área de 4.524 m<sup>2</sup> e bioma cerrado.

A economia do município é a 7<sup>a</sup> do estado de Minas Gerais e a 72<sup>a</sup> do país. O segmento de prestação de serviços é responsável pela maior parcela da movimentação financeira do Município (58,03%), seguido pela Indústria, com 32,80%; e pela Agropecuária, que responde por 9,17% do montante total.

Uberaba tem índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,834 e uma taxa de longevidade de 73,93 anos, sendo uma das maiores do país (DATASUS, 2012).

Tem como religião predominantemente a católica, todavia, é conhecida como a cidade de Chico Xavier, um dos principais líderes da religião espírita.

Possui uma população estimada, em 2010, de 295.988, sendo desse número total 151.527 do sexo feminino (51,20 %); e; desse montante, 39.879 (26,30%) estão na faixa etária de 40 a 59 anos (IBGE, 2011).

A investigação foi realizada especificamente em dois espaços da cidade que ofertam programas de ginástica, incorporando o espaço *público*, com a ginástica orientada, realizada em praças e parques, e a ginástica de academia, ofertada no ambiente *privado* pela maior academia da cidade do município de Uberaba.

### **3.2.1 Espaço público: ginástica orientada**

No espaço público, a investigação foi realizada com as mulheres maduras participantes do programa *Ginástica Orientada*, oferecido pela Prefeitura Municipal de Uberaba. Tal programa acontece na parceria entre as secretarias de Saúde, Educação e Esporte e Lazer. Existe desde 2003, como iniciativa de promoção de hábitos de vida mais saudáveis na população.

O programa *Ginástica Orientada* foi escolhido para compor este estudo, por ser realizado de forma sistemática, regular (duas vezes por semana, com 45 minutos de duração em cada sessão) e com atendimento de profissionais de Educação Física especializados.

É um programa bem difundido na cidade de Uberaba, o qual atende aproximadamente 800 pessoas, na sua maioria de meia idade e idosos (90% composto por mulheres), representando, dessa maneira, as pessoas que usufruem das ações das políticas públicas em prol da prática de exercícios físicos.

As ações são desenvolvidas entre a Secretaria de Esportes, a Secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde, em que atuam com os profissionais do Programa Saúde da Família, cujos grupos são criados mediante as demandas das Unidades Básicas de Saúde nos diferentes bairros da cidade de Uberaba.

Possui, desde setembro de 2012, dezesseis grupos divididos nos diferentes bairros da cidade de Uberaba, tais como: Santa Marta; Tutunas; Abadia/Leblon; Valim de Melo; Cartafina; 4º BPM; Morada do Sol; Uberaba I; Santa Maria; ABCZ; Parque das Américas; Igreja da Alegria; São Cristovão; CRAS Vila Paulista; Morumbi; CRAS Boa Vista.

Desses dezesseis grupos, somente três (Uberaba I, CRAS Vila Paulista e CRAS Boa Vista) ofertam a ginástica apenas 1 vez por semana. Por isso não fizeram parte da investigação, sendo o total de grupos investigados treze.

### **3.2.2 Espaço privado: ginástica de academia**

O espaço privado foi constituído pela maior academia de ginástica da cidade de Uberaba. Possui aproximadamente 2000 alunos, sendo que 150 mulheres estão entre os 40 e 59 anos de idade.

Esta academia funciona dentro de um tradicional clube no perímetro urbano da cidade, possuindo uma alta demanda na modalidade de ginástica. A academia possui 9 anos no mercado, numa área nobre do clube, de frente para o lago, com aproximadamente 2.500 metros de área construída.

Funciona de segunda a segunda, das 07h às 23h, com 9 salas exclusivas, sendo 4 de ginástica, 2 de musculação, 1 de pilates, 1 de artes marciais, 1 de dança e 1 de recreação infantil (local destinado para crianças de 3 a 7 anos).

A equipe profissional é composta por 30 professores de Educação Física, sendo que destes existem profissionais específicos para área de ginástica, nos mais diferentes estilos oferecidos pela academia: aeróbica, jump, localizada, alongamento e spinning.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população deste estudo foi constituída por mulheres de 40 a 59 anos de idade adeptas aos programas de ginástica da cidade de Uberaba.

Para participar da investigação, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- a) Estar participando regularmente do programa de ginástica há mais de seis meses, numa frequência mínima de duas vezes semanais.
- b) Concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Do total de 230 mulheres praticantes de ginástica nos dois centros, atenderam aos critérios estabelecidos 104 mulheres, 52 do programa privado e 52 do programa público.

### 3.4 COLETA DE DADOS

#### **3.4.1 Instrumentos de coleta**

Para a coleta de dados foram aplicados três instrumentos: o questionário sóciodemográfico, a questão geradora e o questionário de análise estatística para a avaliação subjetiva da Qualidade de Vida - *Whoqol-bref*.

O Questionário Sociodemográfico (Apêndice A) teve questões referentes à idade, ao estado civil, à maternidade, à situação ocupacional, ao nível socioeconômico, aos problemas de saúde, aos tipos de prática de ginástica, ao tempo de adesão, aos tipos de ginástica. Esse instrumento foi utilizado para caracterizar os sujeitos da pesquisa.

A questão geradora: “O que é qualidade de vida para você?” apresentou a percepção subjetiva de qualidade de vida dos sujeitos.



Em relação ao Questionário de análise Estatística para a Avaliação Subjetiva da Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF (Anexo B), trata-se de um instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliação subjetiva da qualidade de vida. É um instrumento validado e recomendado pela literatura por avaliar, de forma clara e eficiente, os aspectos subjetivos da Qualidade de Vida em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, contendo 26 questões (WHOQOL GROUP, 1998).

As questões do instrumento WHOQOL-BREF são numeradas de 1 a 26. A letra e o número entre parênteses ao lado do número de cada uma das questões correspondem aos números das questões do WHOQOL-100, o instrumento completo. No quadro 1, são apresentadas as perguntas WHOQOL-BREF e suas correspondentes no WHOQOL-100.

Quadro 1 - Instrumento WHOQOL-BREF e seus respectivos domínios.

Número das questões WHOQOL – 100	Domínios	Números das questões WHOQOL – BREF
G1, G4	Âmbito geral	1 e 2
F1.4, F11.3, F2.1, F9.1, F3.3, F10.3, F12.4	Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
F4.1, F24.2, F5.3, F7.1, F6.3, F8.1	Psicológico	5, 6, 7, 11, 19 e 26
F16.1, F22.1, F18.1, F20.1, F21.1, F17.3, F19.3, F23.3	Meio Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25
F13.3, F15.3, F14.4	Relações sociais	20, 21 e 22

(FLECK et. al, 2000)

Essa versão abreviada do WHOQOL 100 possui 26 questões, sendo que as duas primeiras são genéricas. As demais, divididas, conforme o quadro 1, em quatro domínios: *físico* (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); *psicológico* (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); *social* (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); *ambiental* (segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e

habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte) (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

### **3.4.2 Procedimentos de coleta**

Precedendo à coleta de dados, os protocolos de intervenção do estudo foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Parecer nº 2249/2012) (Anexo A), o qual considerou os princípios éticos de respeito à autonomia das pessoas, de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes da coleta de dados foi realizado um contato prévio com os coordenadores das instituições, oportunidade em que apresentei o estudo e solicitei que divulgassem a data de apresentação do projeto e das coletas.

Os dados foram coletados de outubro até a primeira semana de dezembro de 2012. Cumpre pontuar que, todas as voluntárias assinaram o Termo de Livre Consentimento (Anexo B) e responderam aos instrumentos de investigação do estudo.

### **3.4.3 Impressões da pesquisadora na coleta de dados**

Foram nítidas as diferenças das mulheres diante dos diferentes setores de prática de ginástica. Se de um lado havia mulheres buscando a saúde e a melhora de suas condições de vida, no outro elas objetivavam um corpo mais jovial e a criação de vínculos sociais.

No espaço público havia um grupo mais consistente, que se ajudava e se cuidava. No privado havia pessoas à procura de pertencer a um grupo, embora com mais receios de estabelecer vínculos e falar de suas particularidades.

### 3.4.3.1 Espaço público

No espaço Público adaptei o espaço para que as mulheres pudessem responder os questionários. Mesmo assim nem todas puderam ficar após as aulas para responder. Muitas relatavam afazeres domésticos ou trabalho remunerado fora do ambiente do lar.

Foram treze locais diferentes, em que algumas das voluntárias solicitavam algumas ações para melhorar as suas vidas: ajuda para aposentar, remédios essenciais e pedidos de encaminhá-las para médicos ou psicólogas. Outras já compartilhavam sentimentos e os benefícios da ginástica para suas vidas.

Uma senhora em particular me chamou a atenção após responder o termo e os questionários. Disse que a pesquisa foi muito importante, pois a levou a pensar sobre como está a sua vida, as coisas que precisava ter ou fazer. Uma frase que me marcou foi: *Moça, que bom esse estudo seu! Pude parar um pouco e prestar atenção no que realmente falta na minha vida.*

Nesse espaço me senti, em todos os momentos, muito bem acolhida, tanto pelas voluntárias quanto pelos professores. Pude, nos momentos de coleta, perceber as feições de felicidade e entusiasmo da maioria dos participantes. Um grupo de pessoas que se ajudam se aceitam e que se preocupam umas com as outras.

Vale ressaltar que em todos os locais com predominância de pessoas idosas, as mesmas se ofereciam em participar e perguntavam quando aconteceria a pesquisa com as mulheres acima dos 60 anos.

### 3.4.3.2 Espaço privado

O espaço Privado foi palco de vários depoimentos sobre a disciplina para manter um corpo saudável e bonito. Algumas mulheres foram bem receptivas à pesquisa e disponíveis em participar dos demais estudos. Uma dessas, com idade de 57 anos, mas com a aparência de 40, no momento de me entregar os

instrumentos, disse: *“Muitos admiram a estética do meu corpo mas não conhecem a minha disciplina. Pratico ginástica há mais de 25 anos e, quando vou às festas e me oferecem para repetir o lanche, sempre digo, tenho esse corpo porque não sou como vocês que não se políam. Penso: comi um, já é o bastante”*.

Parte das mulheres desse espaço, aproximadamente 50%, não aceitou participar. As que se prontificavam ficavam receosas quanto à exposição de seus dados, mesmo sendo devidamente explicitados todos os objetivos da pesquisa e suas finalidades.

Percebi que as mulheres neste espaço preferem ficar no anonimato ou, ainda, desfrutar dos relacionamentos com os amigos do que participar das pesquisas. É um ambiente muito cheio de atrativos em que procurei adaptar um local mais tranquilo para que as mesmas respondessem.

Tive a impressão de que o ambiente da academia, para muitas, é uma oportunidade de convivência social e lazer. Utilizam vestimentas mais joviais e muitas iam maquiadas para as sessões de ginástica.

### 3.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados e armazenados por meio de uma planilha eletrônica no programa Excel®. Foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, em que, nas discrepâncias, busquei os documentos originais para as devidas apurações e correções.

Já os dados qualitativos foram tabulados e armazenados em uma tabela simples, no programa Word®.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados armazenados na planilha do Excel® foram transportados para o programa estatístico “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 17.0. Para a análise dos dados de qualidade de vida, foi utilizado o software SPSS.

O instrumento WHOQOL-BREF foi analisado de acordo com sua respectiva sintaxe (Anexo D). Os maiores escores corresponderam a maior qualidade de vida.

Para analisar a normalidade dos dados do WHOQOL-BREF foram utilizados os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Já o índice de *Alpha Cronbach* foi usado para verificar a confiabilidade interna do instrumento e dos domínios do mesmo.

Para comparar as duas questões gerais da qualidade de vida pertencentes ao WHOQOL-BREF, foi utilizado o teste Qui-quadrado (*Chi-Square -  $\chi^2$* ). Na comparação entre os domínios de qualidade de vida, utilizou-se o teste de Friedman (*Friedman Test*), seguido do teste Wilcoxon (*Wilcoxon Signed Rank Test*). Já nas comparações dos domínios pelos grupos (Público x Privado), foi utilizado o teste Mann-Whitney (*Mann–Whitney U test*). Foi adotado o valor de  $p < 0,05$  para identificar diferenças significativas em todas as comparações.

Para analisar as questões sociodemográficas, foi realizada estatística descritiva simples, composta por distribuição de frequência, média e desvio padrão, sendo que o Teste T Independente (*Independent Samples T Test*) fez parte do trabalho para comparar a idade dos participantes entre o grupo privado e público.

A pergunta geradora sobre a concepção de qualidade de vida dos sujeitos dos grupos Público e Privado foi analisada sob a luz da pesquisa qualitativa, através dos pressupostos metodológicos da Análise de Conteúdo: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado de Moreira, Simões, Porto (2005).

Essa proposta é uma técnica que busca compreender e interpretar os relatos dos sujeitos da pesquisa. Ela tem a missão de “[...] desvelar os significados de discursos proferidos por corpos que apresentam experiências significantes, como veículos de comunicação com o mundo, ou mais precisamente, corpos como expressões possíveis de seres-no-mundo”. (MOREIRA, SIMÕES, PORTO, 2005, p. 108)

Nessa técnica, as repostas dadas às perguntas geradoras foram transcritas na íntegra, sendo denominadas como *relato ingênuo*. Num segundo momento, me norteando pela pergunta geradora, abstraí do relato ingênuo os *indicadores*, palavras que expressam a opinião e os conceitos dos sujeitos, sem alterar ou modificar as palavras e o verbo de ação.

Já no terceiro momento, realizei o levantamento das unidades de significado, que são as expressões e palavras que respondem a questão geradora a partir do olhar dos sujeitos e fiz a interpretação, buscando pontos de divergência e ou convergência entre eles.

Após desvelar as unidades de significado de cada grupo, foi apresentado um quadro comparativo entre as unidades de significados dos dois grupos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão dos resultados, esta seção foi subdividida nos seguintes itens:

- a) Descrever as variáveis sociodemográficas das mulheres praticantes de ginástica (idade, estado civil, maternidade, situação ocupacional e nível socioeconômico); variáveis de saúde física (problemas de saúde autorreferidos, morbidades e sintomatologia); prática de ginástica e outras modalidades (tempo de adesão, tipos de ginástica, frequência semanal e tempo total semanal despendido para a prática de exercícios físicos).
- b) Analisar e comparar os escores para os domínios subjetivos de análise da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) entre os dois grupos estudados;
- c) Descrever e comparar os discursos referentes à concepção de qualidade de vida das mulheres nos dois grupos estudados.

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A análise das variáveis sociodemográficas refere-se a 104 mulheres praticantes de ginástica, divididas em dois grupos: Público, com 50% (n=52); e Privado, com 50 % (n= 52). Em relação à idade, a faixa etária avaliada variou entre 40 a 59 anos, sendo que a média geral foi de 51,09 anos e quando analisado individualmente cada grupo, verificou-se média de idade de 53,25 ( $\pm 5,92$ ) anos no Grupo Público e 48,94 anos ( $\pm 5,56$ ) no Uirapuru (Privado), conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1 - Idade das mulheres.

Variável	Geral	Público	Privado	Comparação
Idade	51,09 (±5,92)	53,25 (±5,42)	48,94 (±5,56)	t = 3,965; p = 0,001*

\*  $p < 0,05$ 

Em relação ao estado civil, percebe-se uma similaridade quando se analisa a situação civil de casada e união estável, assim como a maternidade. No grupo Público, somando a variável do estado civil casada e união estável, tem-se um percentual de 65,5%. Já no grupo Privado, 65,4%, sendo este percentual exclusivo da situação casada.

As discrepâncias existem quando se compara a situação civil das *divorciadas*: grupo Público 12,2 % contra 25% do grupo Privado; das *viúvas*, grupo Público 10,2% contra 1,9 % do grupo Privado; e das *solteiras*, o grupo Público conta com 2% contra 7,7% do grupo Privado, conforme tabela 2.

Em relação à maternidade (conforme tabela 2), existe semelhança entre os grupos. No geral, 91,3% das mulheres são mães, sendo que a frequência entre os grupos foi de 90,4 % no grupo Público e 92,2% no grupo Privado.

Tabela 2 - Distribuição de Frequência das variáveis sociodemográficas: estado civil, maternidade, renda familiar e ocupação.

	Geral %	Público %	Privado %
<b>Estado Civil</b>			
Solteira	5,0	2,0	7,7
Casada	62,4	59,2	65,4
Divorciada	18,8	12,2	25,0
Viúva	5,9	10,2	1,9
União Estável	7,9	16,3	0,0
<b>Filhos</b>			
Sim	91,3	90,4	92,2
Não	8,7	9,6	7,8
<b>Renda Mensal</b>			
R\$ 622,00	16,3	30,0	4,3
R\$ 623,00 até 1.246,00	23,3	40,0	8,7
R\$ 1.247,00 até 2.494,00	24,4	17,5	30,4
R\$ 2.495,00 até 6.220,00	33,7	12,5	52,2
Acima de R\$ 6.221,00	2,3	0,0	4,3
<b>Ocupação</b>			
Trabalha fora	58,7	44,2	73,1



Não Trabalha	35,6	48,1	23,1
Aposentada	5,8	7,7	3,8

Já em relação à renda familiar existe diferença. No grupo Público, 70% das mulheres possuem renda de 1,1 a 2 salários mínimos, sendo estas pertencentes à classe econômica C, já no Uirapuru, 86,9% das mulheres são pertencentes à classe econômica A e B.

Essa relação pode ser influenciada ou não pela ocupação. No grupo Privado 73,1% trabalham fora, contra 44,2 % do grupo Público. Dos 55,9% do grupo Público que não trabalham fora, apenas 7,7 são aposentadas. Esse fato poderia indicar a dependência econômica de 48,1% das mulheres dos seus cônjuges, contra 23,1% do grupo Privado.

Essas diferenças encontradas na renda familiar e na ocupação fora de casa das mulheres podem sugerir estudos mais aprofundados nessa questão em que se realize um instrumento mais aprofundado que contemple também questões de escolaridade, profissão etc., para, assim, afirmar uma maior ou menor independência econômica entre os dois grupos de mulheres.

Em relação aos problemas de saúde reportados pelas mulheres, no geral percebe-se que os principais problemas de saúde relatados foram: hipertensão, hipercolesterolemia, coluna, visão e depressão.

Vale destacar que nem todas as mulheres dos grupos investigados relataram algum tipo de sintomatologia ou morbidade. Nesse item, no grupo Público, 5 (9%) respondentes {SP: 2; 17; 20; 40; 41} não mencionaram nenhuma morbidade ou sintomatologia, contra 17 (32%) respondentes (SPR: 5; 7; 8; 13; 16; 17; 23; 25; 27; 28; 30; 32; 33; 38; 40; 44; 45) no grupo Privado.

A maior frequência de doenças autorreferidas pelo grupo Público pode ser justificada pela adesão dessas mulheres à prática de ginástica. O Programa de Ginástica do Grupo Público é direcionado pelas ações públicas de promoção à saúde que visam à minimização dos agravos das DCNTs. Já no Programa de Ginástica do grupo Privado, a adesão é espontânea, depende da iniciativa e da própria mulher em prevenir o surgimento das morbidades e poucas na busca da

minimização dos agravos.

Entre as mulheres que marcaram em uma ou mais alternativas quanto às morbidades e sintomatologias, percebe-se, ao comparar os grupos, que no grupo Público as doenças mais mencionadas foram: hipertensão, colesterol, depressão, coluna e articulações. No grupo Privado, visão, hipertensão, articulações, coluna e obesidade, conforme tabela 4.

Tabela 3 - Distribuição de Frequência dos Problemas de Saúde assinalados pelos voluntários nos Grupos.

	<b>Geral</b> %	<b>Público</b> %	<b>Privado</b> %
<b>Problemas de Saúde</b>			
Estresse	7,46	6,6	9,2
Visão	10,45	8,8	13,8
Surdez	1,00	0,7	1,5
Depressão	8,46	11,0	3,1
Hipertensão	14,93	16,2	12,3
Câncer	2,99	2,9	3,1
Insônia	6,97	8,1	4,6
Coluna	10,95	10,3	12,3
Doença Cardíaca	4,48	5,1	3,1
Diabetes	2,99	2,9	3,1
Doença Hepática	1,49	1,5	1,5
Articulações	9,95	8,8	12,3
Colesterol	11,44	13,2	7,7
Obesidade	4,98	2,2	10,8
Metabólica	1,49	1,5	1,5

Já em relação aos problemas de saúde não citados no questionário, houve um ícone denominado *outros problemas*, em que as mulheres puderam referir as demais sintomatologias e morbidades, cujos resultados foram apresentados em sua frequência absoluta.

No grupo Público, 8 respondentes (15%) relataram outros problemas de saúde: SP33, SP26, SP28, hipotireoidismo; SP 18, osteoporose; SP27, alergia; SPP 8, chagas; SP10, retardo mental; e SP5, AVC. No grupo Privado, 7 respondentes (13%) relataram: SPR2, lúpus; SPR 30, tendinite e esporão; SPR42, menopausa. As respondentes SPR 32, SPR39, SPR40 e SPR45, hipotireoidismo.

De modo que a morbidade hipotireoidismo foi o outro problema de saúde

mais referido em ambos os grupos e as demais morbidades mencionadas diferentes em ambos os grupos.

Tabela 4 - Distribuição de frequência de variáveis do comportamento físico quanto a: tempo de permanência em programas de ginástica, tipos de ginástica praticados, frequência semanal e tempo total semanal do tempo de lazer dedicado à prática de exercícios físicos.

	<b>Geral</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Participação em Programas de Ginástica</b>			
Seis meses			
12 meses	13,5	19,2	7,7
24 meses	7,7	9,6	5,8
+ de 36 meses	14,4	11,5	17,3
	64,4	59,6	69,2
<b>Tipos de ginástica</b>			
Ginástica localizada	15,3	13,0	16,7
Jump	1,1	0,0	1,8
Alongamento	21,3	16,0	24,6
Hidroginástica	4,9	8,7	2,6
Spinning	10,9	1,4	16,7
Aeróbica	6,6	0,0	10,5
Ginástica Orientada	24,6	60,9	2,5
Outro (loga, Pilates)	15,3	0,0	24,6
<b>Frequência Semanal</b>			
02 Vezes	38,2	67,3	7,7
03 Vezes	21,6	17,3	25,0
04 Vezes	27,5	13,5	40,4
+ de 05 Vezes	12,7	1,9	23,1
<b>Tempo total dedicado aos exercícios físicos por semana</b>			
120 minutos			
150 minutos	25,2	32,7	17,6
180 minutos	7,8	9,6	15,9
+ de 240 minutos	17,5	19,2	15,7
	49,5	38,5	60,8

Em relação aos demais tipos de exercícios físicos praticados e mencionados pelos grupos, há 4 (7%) respondentes no grupo Público: SP 6, caminhada; SP 27 e SP 28, musculação; e SP 45, caminhada. E há 26 (50%) respondentes no grupo Privado, sendo que deste total 19 praticam musculação {2;

5; 8; 11; 12; 14; 15; 18; 21; 28; 31; 34; 39; 40; 41; 48; 50}.

Essa realidade encontrada pode ser justificada pelos ambientes de cada qual. No grupo Público, nas ações orientadas e dirigidas pelos profissionais de Educação Física, existe apenas a modalidade de Ginástica Orientada e o encorajamento para demais atividades em outros centros, ou da prática de caminhada.

Já no grupo Privado, existe um leque vasto de possibilidades de outras modalidades direcionadas por professores de Educação Física, além de um espaço apropriado para cada prática, salas específicas e equipamentos adequados.

Segundo Matsudo (2004), a ginástica desenvolve a capacidade cardiorrespiratória, resistência muscular, equilíbrio e flexibilidade, favorecendo a autonomia, a autoestima, dentre outros aspectos que beneficiam a qualidade de vida de seus praticantes.

#### 4.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL- BREF)

Na questão geral sobre avaliação da qualidade de vida do WHOQOL-BRE, ambos os grupos apresentaram uma frequência mais elevada para uma boa e muito boa qualidade de vida, Privado (92,3%) e Público (86,6 %).

Já na questão geral sobre a satisfação com a saúde, observou-se diferença significativa ( $\chi^2= 11,600$ ;  $p = 0,009^*$ ) entre os grupos analisados, em que os itens “estar satisfeito” ou “muito satisfeito” foi de 92, 4% no grupo Privado contra 73,1% no grupo Público.

Tabela 5 - Avaliação geral da qualidade de vida e saúde.

Variável	Geral %	Público %	Privado %	Comparação
----------	------------	--------------	--------------	------------

<b>1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?</b>				
Muito ruim	0,0	0,0	0,0	n = 104 df = 4 $\chi^2 = 4,849$ p = 0,161
Ruim	1,0	0,0	1,9	
Nem ruim nem boa	9,6	13,5	5,8	
Boa	58,7	63,5	53,8	
Muito boa	30,8	23,1	38,5	
<b>2) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?</b>				
Muito insatisfeito	1,9	3,8	0,0	n = 104 df = 4 $\chi^2 = 11,600$ p = 0,009*
Insatisfeito	2,9	1,9	3,8	
Nem satisfeito nem insatisfeito	12,5	21,2	3,8	
Satisfeito	47,1	48,1	46,2	
Muito satisfeito	35,6	25,0	46,2	

#### 4.2.1 Teste de normalidade

A tabela 6 apresenta os testes de normalidade para os domínios do WHOQOL-BREF. Pode se observar que os domínios não apresentaram distribuição normal dos dados, indicando, assim a utilização de testes não paramétricos, para possíveis comparações.

Tabela 6 - Teste Normalidade.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	DF	Sig.	Statistic	DF	Sig.
<b>Domínio Físico</b>	0,161	104	0,000	0,946	104	0,000
<b>Domínio Psicológico</b>	0,113	104	0,002	0,979	104	0,090
<b>Domínio Social</b>	0,155	104	0,000	0,929	104	0,000
<b>Domínio Ambiental</b>	0,082	104	0,079	0,981	104	0,151

#### 4.2.2 Confiabilidade interna

De maneira geral, o instrumento apresentou ótima confiabilidade interna ( $\alpha$  . 904), de acordo com os padrões exigidos na literatura. Entretanto, o domínio

social apresentou índice de confiabilidade interna inferior aos índices de referência para boa confiabilidade, ou seja,  $< .70$ , descrito na tabela 7 abaixo.

Tabela 7 - Confiabilidade interna.

Domínio	Itens	Nº itens	A
Físico	Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18	7	.792
Psicológico	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26	6	.720
Social	Q20, Q21, Q22	3	.481
Ambiental	Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25	8	.775
Instrumento	Q1 à Q26	26	<b>.904</b>

Em relação aos domínios, a amostra geral revela escores mais elevados (tabela 08) e significativos (tabela 09) para os domínios social e ambiental em comparação com os domínios físico e psicológico.

Tabela 08 - Apresentação dos escores gerais.

	Mínimo	Máximo	MD	DP	Friedman Test
<b>Domínio Físico</b>	20,83	100,00	73,44	17,06	n=104 $\chi^2=14,708$ df = 3 p=,002
<b>Domínio Psicológico</b>	8,33	95,83	71,55	14,13	
<b>Domínio Social</b>	25,00	100,00	71,88	16,88	
<b>Domínio Ambiental</b>	34,38	96,88	68,54	14,59	

Tabela 09 - Comparativo dos domínios dos sujeitos de ambos os grupos.

Domínios		Psicológico	Social	Ambiental
<b>Físico</b>	Z	-1,468	-0,851	-3,770
	P	0,142	0,395	0,001*
<b>Psicológico</b>	Z	-	-0,311	-2,653
	P	-	0,756	0,008*
<b>Social</b>	Z	-	-	-2,140
	P	-	-	0,032*

\*  $p < 0,05$

### 4.3 ANÁLISE E COMPARATIVA DOS DOMÍNIOS ENTRE OS GRUPOS

Mesmo os escores do grupo Privado sendo mais elevados em todos os domínios, não houve diferença significativa na análise inferencial, conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 10 - Comparação dos domínios entre os grupos.

Domínios	Local	MD	DP	EPM	Mann-Whitney U	
					Z	P
Físico	Público	66,99	18,13	2,51	-0,765	0,444
	Privado	79,89	13,19	1,83		
Psicológico	Público	70,51	15,43	2,14	-0,791	0,429
	Privado	72,60	12,77	1,77		
Social	Público	69,71	16,26	2,25	-0,418	0,676
	Privado	74,04	17,36	2,41		
Ambiental	Público	62,50	14,10	1,96	-0,064	0,949
	Privado	74,58	12,52	1,74		

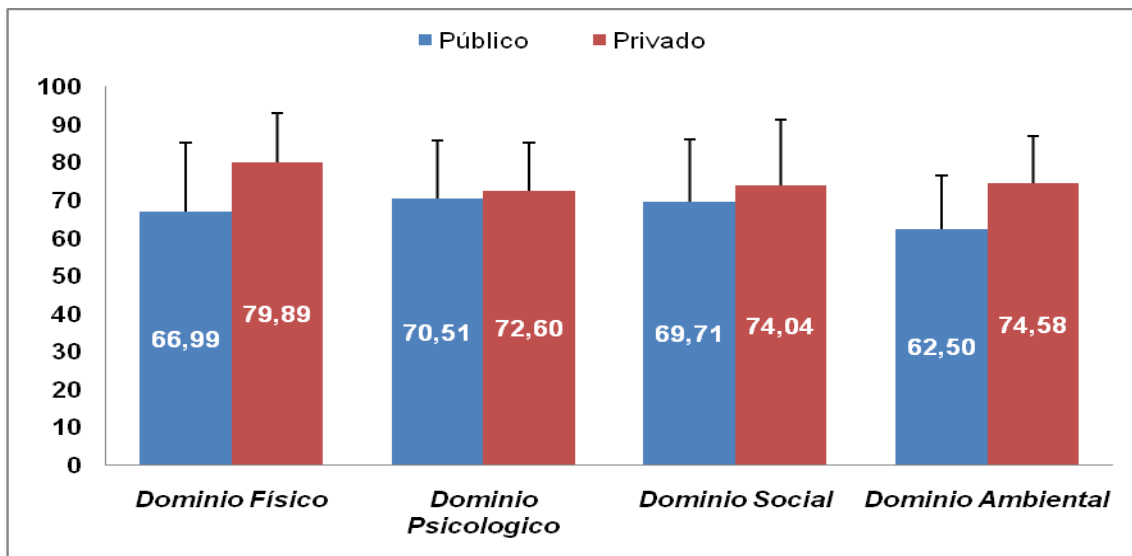


Figura 1 – Análise comparativa dos domínios específicos de qualidade de vida entre os grupos.

O domínio físico foi o escore mais elevado entre os domínios do grupo Privado, resultado esse podendo ser justificado pela frequência e tempo semanal destinado à prática de exercícios físicos. 60% desse grupo realiza mais de 240

minutos de ginástica e demais exercícios físicos, no tempo de lazer numa frequência de 4 a 5 vezes por semana.

Gonçalves (2011), em estudo com 365 mulheres em idade madura, divididas em sedentárias, ativas e muito ativas, identificou o escore médio para Qualidade de Vida através do instrumento WHOQOL-BREF, entre 56,7% para as sedentárias, 60,8% para as ativas e 62,2% para as muito ativas.

O grupo Público, no domínio físico, teve um escore de 66,9% mais baixo que o Privado, porém, superior ao do estudo supracitado, em que, mesmo as muito ativas tiveram uma média de 62,2%.

Vale destacar que, nesse Grupo, 67,3% participam, em média, duas vezes por semana das aulas de ginástica e alguma atividade complementar no mesmo dia, sendo que os tempos médios destinado às práticas são: 32,7%, 120 minutos; 9,6%, 150 minutos; 19,2%, 180 minutos; e 38,5%, 240 minutos. Além disso, é o grupo mais acometido por dores e morbidades, necessitando de uso contínuo de medicamentos.

No domínio psicológico houve maior semelhança entre os grupos: 70,51% para o grupo Público e 72,60% para o grupo Privado. Tal semelhança foi também observada em seus discursos na questão geradora, em que percebi a maneira de enxergar a vida e sentimentos positivos perante as interfaces com a qualidade de vida.

Para Gonçalves (2011), a prática regular de ginástica e demais exercícios físicos proporciona benefícios neuroendócrinos e sociais às mulheres, contribuindo assim para o bem estar e elevação da autoestima.

No domínio social, o grupo Público obteve escore de 69,71% contra 74,04% do Privado. Ambos os grupos apresentam uma boa relação social em que, nos apontamentos, na questão geradora, relacionam a necessidade das boas relações e da convivência nos grupos de ginástica para a boa qualidade de vida.

Trata-se de mulheres com independência para se locomover e realizar suas tarefas de vida diária. Além disso, é um grupo seletivo da população que encontra disposição para sair de suas casas para se exercitar.



No domínio ambiental, houve diferença entre os escores. O grupo Público obteve 62,50% e o grupo Privado, 74,58%. Esse resultado é também fruto da discrepância socioeconômica entre os grupos, em que o grupo Público, em sua maioria, vive com um a dois salários mínimos, enquanto o grupo Privado, com seis a dez salários mínimos.

A oportunidade de informação, lazer e recursos financeiros, entre outros, influencia nos escores deste domínio, fruto das questões sociais que envolvem essas mulheres.

As boas condições ambientais favorecem a percepção positiva da qualidade de vida, compensando as disfunções funcionais, sensoriais, prevenindo acidentes, diminuindo o estresse e a depressão. Conviver num ambiente agradável, tranquilo e estruturado estimula a independência funcional e psicossocial (NERI, 2001).

#### 4.4 A INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS DA QUESTÃO GERADORA

##### 4.4.1 Interpretação de qualidade de vida do grupo público e do grupo privado

Nos discursos de ambos os grupos, foi perceptível a semelhança entre os pensamentos e ideais para compor a percepção de qualidade de vida. Por se tratarem de mulheres ativas e, de certa maneira, preocupadas com as questões inerentes aos cuidados com a saúde e a busca de uma melhor qualidade de vida, no decorrer de suas falas foi predominante a semelhança entre os grupos.

Simões (2007) ratifica que a manifestação da qualidade de vida se associa nos diversos enfoques da vida que conduzem para a plenitude e o equilíbrio para se viver bem, tais como: o acréscimo das experiências relevantes depois que as necessidades básicas estão satisfeitas; a oportunidade de se praticar atividades físicas regulares visando à saúde e ao combate do estresse; o estabelecimento de acontecimentos necessários ao consumo de produtos especializados, para a construção de um novo estilo de vida, em que as experiências interiores significativas sejam alicerce para a satisfação e a felicidade.

Mesmo que pertencentes à classes sociais diferentes e espaços de prática de ginástica distintos, a essência das falas mostrou equilíbrio em que muitas vezes, a fala de um grupo era semelhante ou completava a do outro.

Para revelar a percepção de qualidade de vida dos sujeitos do grupo Público, foram elaboradas 5 unidades de significado, que são: **viver bem e em equilíbrio** (29); **saúde** (24); **hábitos de vida saudáveis** (23); **convivência** (10) e **lazer** (8), como mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Unidades de Significado do Grupo Público.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	SUJEITOS	N	%
1 <b>Viver bem e em equilíbrio</b>	1; 4; 5; 7; 9; 10; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 22; 24; 25; 27; 29; 30; 31; 32; 41; 42; 43; 47; 49, 50; 51.	29	55
2 <b>Saúde</b>	1; 3 ;5; 6; 8; 10 ;12 ;13; 14 ;15 ;16 ;17;20 ; 21; 27; 30 ; 33; 34; 37 ; 39; 44 ;46; 51; 52	24	46
3 <b>Hábitos de vida saudáveis</b>	2; 3, 4; 7, 8, 9; 11, 15; 18, 19, 20, 25, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36;40, 41, 42, 45.	23	44
4 <b>Convivência</b>	1, 2, 3, 8, 15, 17, 29, 20, 35, 37.	10	19
5 <b>Lazer</b>	6; 7; 21; 28; 35; 36; 37; 40.	8	15

Os discursos do grupo Público se pautavam na afirmação de medidas profiláticas em prol da promoção da saúde, nas entrelinhas, a busca de um estilo de vida mais saudável.

Além disso, buscam os cuidados com a saúde com o objetivo de ter maior autonomia para as atividades de vida diária, bem como minimizar os agravos das doenças pré-existentes. Algumas revelam em seus discursos a necessidade de se ter mais saúde para assim melhorar a qualidade de vida, bem como desfrutar de momentos de lazer na convivência de amigos e familiares.

No grupo Privado, a qualidade de vida também foi desvelada através de 5 unidades de significado: **viver bem e em equilíbrio** (36); **saúde** (25); **hábitos de vida saudáveis** (17); **convivência** (11) e **lazer** (8), como mostra o quadro 3. Vale ressaltar que todas as participantes responderam a questão geradora.

Quadro 3 - Unidades de Significado Grupo Privado.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	SUJEITOS	N	%
1 <b>Viver Bem e em Equilíbrio</b>	1; 2; 3;4; 5; 6; 9; 10; 11; 12; 13; 15; 16; 17; 18;19; 20; 22; 23; 25; 26; 27; 29; 34; 35; 37; 38; 39; 41; 43; 45; 46; 47; 48; 49, 51.	36	69
2 <b>Saúde</b>	1; 5; 7; 8; 9; 11; 16; 17; 19; 20; 22; 24; 26; 28; 29; 33; 36; 38; 42; 44; 46; 48; 50; 51; 52.	25	48

3	<b>Hábitos de vida saudáveis</b>	1; 2; 4; 6; 7; 8; 10; 13; 14; 21; 30; 31; 32; 36; 40; 44; 47.	17	32
4	<b>Convivência</b>	2; 8; 12; 13; 19; 22; 31; 32; 35; 51; 52.	11	21
5	<b>Lazer</b>	4; 8; 13; 14; 30; 31; 44; 47	08	15

Nesse grupo ficou explícita a busca do equilíbrio para alcançar a qualidade de vida, mesmo possuindo mais possibilidades quanto a diversidade de atividades e tempo destinado às ginásticas.

Importante destacar que mesmo dividindo as unidades de significado para melhor delineamento e apresentação dos resultados, os sujeitos de ambos os grupos expressaram a qualidade de vida em mais de uma unidade de significado.

Quadro 4 - Comparativo das Unidades de Significado entre os sujeitos dos grupos Público e Privado.

UNIDADE DE SIGNIFICADO	MD %	Público n=	%	Privado n=	%
1 <b>Viver bem e em equilíbrio</b>	62	29	55	36	69
2 <b>Saúde</b>	47	24	46	25	48
3 <b>Hábitos de vida saudáveis</b>	38	23	44	17	32
4 <b>Convivência</b>	20	10	19	11	21
5 <b>Lazer</b>	15	08	15	08	16

A unidade *Viver Bem e em equilíbrio* foi a unidade de significado com maior convergência entre os grupos, sendo que o Privado obteve 69% das respondentes referindo-se à qualidade de vida através dessa unidade. Em suas falas, o verbo “ter” foi muito utilizado, apontando para algo a ser conquistado de forma mais objetiva, sendo que o verbo “ser” poderia dar maior significado ao viver bem.

A *Saúde* foi muito referida nos discursos para revelar a percepção de qualidade de vida. A maioria das mulheres mencionou a necessidade dos cuidados com a saúde, viver com saúde e a saúde como condição para se ter uma boa qualidade de vida.

Os *Hábitos de vida saudáveis*, caracterizados pela alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos e o dormir bem, estiveram presentes nos discursos em ambos os grupos, sendo que o grupo Público obteve o maior número de mulheres mencionando a importância dos mesmos.

A *Convivência* esteve presente de forma semelhante em ambos os grupos, apresentando a importância que as mulheres dão aos seus relacionamentos interpessoais, como as amigas, a família, a sociedade e os colegas de trabalho e de grupos de ginástica.

O *Lazer* foi uma unidade de significado apontada por ambos os grupos nos discursos, em que a qualidade de vida esteve relacionada à necessidade de passear, viajar, divertir, dançar e visitar parentes. Muitas respondentes relataram a necessidade de lazer para aliviar o estresse da vida diária.

#### ▪ **VIVER BEM E EM EQUILÍBRIO**

A unidade de significado **VIVER BEM E EM EQUILÍBRIO** foi a unidade de maior incidência entre os grupos, correspondendo a 55% dos discursos do grupo Público e 69% do grupo Privado.

O grupo Público abrange discussões sobre: é viver bem; ter equilíbrio físico, psicológico e espiritual; ser feliz; estar de bem com a vida; ter tranquilidade; fazer o que gosta. Já para o grupo Privado, essa unidade de significado está relacionada aos aspectos: é viver em equilíbrio físico, espiritual e emocional, ter paz, tranquilidade e felicidade, de fazer o que gosta e viver bem.

No grupo Público, **VIVER BEM E EM EQUILÍBRIO** refere-se aos discursos de 29 respondentes: 1; 4; 5; 7; 9; 10; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 22; 24; 25; 27; 29; 30; 31; 32; 41; 42; 43; 47; 49, 50 e 51. Já no grupo Privado, há 36 respondentes: 1; 2; 3;4; 5; 6; 9; 10; 11; 12; 13; 15; 16; 17; 18;19; 20; 22; 23; 25; 26; 27; 29; 34; 35; 37; 38; 39; 41; 43; 45; 46; 47; 48; 49 e 51.

Nessa unidade de significado houve uma diferença de 14% entre os grupos. O grupo Privado obteve uma maior convergência entre os voluntários: 36 contra

29 do grupo Público.

Viver bem, viver em equilíbrio é a capacidade individual que o ser humano tem em lidar com os acontecimentos diários, bons ou ruins, sob o olhar positivo e transcendente. É necessário um ponto de equilíbrio no modo de viver a vida e de reagir as situações estressantes com tranquilidade, pois é a maneira como se reage aos acontecimentos estressantes ou não que prediz o viver bem. (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Para SPR 20, qualidade de vida é “ *o equilíbrio entre saúde e bem estar possibilitando assim uma melhor condição de vida. Esse bem estar estaria envolvendo o bem físico, mental, emocional e espiritual.*”

Em ambos os grupos, Privado e Público, a qualidade de vida também está relacionada com o bem-estar interior, com a satisfação pessoal. *É estar em harmonia comigo mesma, é ter equilíbrio físico, espiritual e emocional (SPU 49).* Dejours (1986) afirma que viver bem é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem estar físico, psíquico e social.

Qualidade de vida é “(...) *viver bem e também entender a vida e aceitar as coisas como elas são (SPU 48)*”. Interpreto que viver bem é saber viver, ponderando e compreendendo a complexidade da vida, respeitando e convivendo com as diferenças e as divergências do cotidiano.

Outra expressão utilizada entre os grupos, principalmente no grupo Público, foi *estar de bem com a vida*, sendo manifestada entre seis respondentes: SPU 14; SPU 29; SPU 31; SPU 42; SPU 50 e SPR 2. Estar de bem com a vida é um estado complexo que envolve a capacidade do ser humano de estar bem realizado nas diferentes facetas da complexidade humana, não significando apenas saúde, mas um bem estar.

O bem-estar é uma experiência positiva interna de cada indivíduo e possui três características fundamentais: a subjetividade, medidas positivas e uma avaliação global dos diversos aspectos da vida de uma pessoa (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Para os autores supracitados, expressar aspectos positivos não implica exatamente na ausência de fatores negativos, mas sim na predominância dos

afetos positivos sobre os afetos negativos. “*É Viver de bem com a vida, (...), feliz, alegre, driblando os aborrecimentos da vida e sempre sorrindo (SPU, 42)*”.

A maneira positiva de enxergar a vida pode ser influenciada pela espiritualidade do indivíduo. A espiritualidade favorece uma ótica positiva frente à vida que funciona como um guarda-chuva contra o estresse. A pessoa com bem-estar espiritual provê significados às experiências vividas e as redireciona para rumos positivos e produtivos para si e para os outros. Esses sentimentos e essa maneira de lidar com as adversidades da vida podem estar relacionados com a sua intimidade com o absoluto, com sua essência ou com Deus (MARQUES, 2003). “*Sentir bem consigo mesmo, emocionalmente, espiritualmente e fisicamente (SPU 18)*”; (...) “*É viver bem, com compromisso e intimidade com Deus (SPU 28)*”.

O viver bem e em equilíbrio também advém da autonomia que o indivíduo possui para conduzir a sua vida de maneira independente. “*É fazer o que gosta com disposição, vivendo bem (SPR 34)*.” Ter disposição e autonomia está intimamente ligado ao desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVDs) e a sua independência pessoal. O engajamento nas AVDs é considerado um fator de independência para a realização de múltiplos papéis da vida humana, em que a disposição favorece o desenvolvimento e o exercício das habilidades pessoais e assim a inclusão social (DIAS et al., 2011).

A autonomia do ser humano em conduzir sua vida contribui para o seu equilíbrio intrapessoal. Qualidade de vida, então, para o grupo Público, é “*(...) conseguir encontrar um equilíbrio tanto no nível físico, mental e espiritual (SPU 49)*”; E para o Grupo Privado é: “*ter equilíbrio entre saúde e bem estar (físico, mental, emocional e espiritual) (SPR 20)*”.

Esse equilíbrio está voltado também para os sentimentos positivos e para a maneira de enxergar as múltiplas possibilidades da vida em que estão intimamente ligadas a autoestima. Segundo Spirduso (2005), a autoestima é o grau de positividade que o indivíduo tem em relação a si mesmo, é o respeito e a apreciação que os indivíduos têm deles mesmos ou a extensão pela qual eles

sentem positividade. Sendo multidimensional, abrange a percepção nos aspectos psicológicos, sociais, intelectuais e físicos.

A qualidade de vida deve estar voltada para o “ser”, voltada para o bem-estar geral em todos os seus aspectos (saúde, educação, meio ambiente, lazer, relações sociais e tranquilidade) em relação à satisfação e à alegria de estar vivo (DEMO, 1994).

Assim, a qualidade de vida, para ambos os grupos, é estar em equilíbrio nos diferentes aspectos da vida humana. Os discursos revelam a necessidade de se destacar o bem viver e o equilíbrio entre as necessidades objetivas e subjetivas que envolvem a vida. É “*fazer o que é bom para o corpo e para mente (SPU 15)*”. É, sobretudo, desfrutar do viver em plena corporeidade, em que o ser humano é fruto das relações estabelecidas consigo mesmo, com os outros e com o mundo (MERLEAU-PONTY, 1994).

## ▪ SAÚDE

Saúde é uma condição multidimensional e remete à conjuntura social, econômica, política e cultural. Ela não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Depende sempre do momento histórico, do lugar, da classe social, além de valores individuais, como as concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007).

A unidade de significado **SAÚDE** apresentou 46% de convergência no que diz respeito a como as mulheres do grupo Público concebem a qualidade de vida. Neste grupo, essa unidade de significado corresponde aos argumentos de 24 respondentes: 1;3;5; 6; 8; 10 ;12 ;13; 14 ;15 ;16 ;17;20 ; 21; 27; 30 ; 33; 34; 37 ;39; 44 ;46; 51 e 52.

No grupo Privado, a **SAÚDE** apresentou 48% de convergência, num total de 25 sujeitos, a saber: 1; 5; 7; 8; 9; 11; 16; 17; 19; 20; 22; 24; 26; 28; 29; 33; 36; 38; 42; 44; 46; 48; 50; 51 e 52.

No grupo Público estão associados a essa unidade de significado aspectos como: ter acesso à saúde; ir sempre ao médico; ter plano de saúde; ter boa



saúde; ausência de dores e doenças; ter moradia. Já no Privado: ter saúde; saúde do corpo e da mente;

A voluntária 3 do grupo Público revela que qualidade de vida é ter uma boa saúde e plano de saúde para fazer visitas frequentes ao médico. Em sua fala, percebe-se a saúde encarada pela condição favorável de se possuir o acesso à saúde privada, mais precisamente da necessidade do acompanhamento médico para se ter uma boa qualidade de vida.

Essa mesma voluntária faz parte dos 12, 5% de mulheres que possuem renda familiar de 4 a 6 salários mínimos, sendo casada e não exercendo atividade laboral remunerada fora de casa. Mas, mesmo com essa condição econômica favorável, participa das ações públicas por ser hipertensa e praticar exercícios físicos apenas através da ginástica orientada.

Mesmo usufruindo de parte das ações públicas via PSF (Programa de Saúde da Família), através dos projetos e programas de monitoramento e da prática de exercícios físicos para as pessoas com doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, a mesma acredita que o fato de ter o plano de saúde privado possibilita uma melhor intervenção médica para o tratamento e minimização dos agravos de sua morbidade.

Por se tratar de uma pessoa inserida no Programa Saúde da Família, percebo aí divergências quando reflito sobre as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB, 2006) que garante o acesso e o cuidado integral das pessoas, através do sistema público de saúde.

Matos (2004) ainda reforça que um dos sentidos para resolução dos problemas de saúde pública está na abrangência, a fim de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. De modo que Tavares et al. (2009) evidenciou, em sua investigação, que as usuárias atendidas pelo PSF têm o sentimento de precariedade do sistema de saúde pública como um todo, destacando a falta de coordenação e integração da rede como um todo.

No grupo Privado uma única fala que ratifica as questões relacionadas às condições de saúde e aos parâmetros objetivos da qualidade de vida está assim

redigida: “*É ter condições de Saúde (SPR 3)*”. Completando o discurso e ainda reforçando a discussão anterior, a voluntária do grupo Público destaca a necessidade das condições básicas de vida humana para se ter uma boa qualidade de vida, que, segundo ela, é: “(...) *ter acesso de saúde, transporte e moradia (...)(SPU15)*”.

Esses discursos corroboram com os parâmetros objetivos da qualidade de vida, que são o transporte, o acesso à saúde, à alimentação, à moradia e ao trabalho como aspectos voltados para as condições de sobrevivência do ser humano, que podem influenciar na autopercepção do sujeito em relação a sua saúde e sua vida (SEIDL, ZANNON, 2004).

Em muitos discursos (17% do grupo Público e 19% do grupo Privado), o verbo “*ter*” veio como verbo de ação da unidade de significado saúde. As voluntárias do grupo Público: 3; 8; 14; 21; 30; 37; 44; 46 e 51; e as voluntárias do grupo Privado: 1; 8; 11; 17; 19; 24; 29; 33; 42 e 52 colocam a condição *ter saúde* como essencial para a qualidade de vida, que a respondente do Grupo Privado aponta que: “*Ter saúde e motivação para realizar minhas atividades (SPR 11)*”.

Já nos discursos do grupo Público, *Ter Saúde* refere-se à qualidade de vida como o quanto de saúde que se têm: “*É ter mais saúde (...)(SPU 54)*”. Apresentando uma expressão de quantidade para saúde. Essa fala pode ser justificada pelas morbidades associadas que a mesma é acometida: hipertensão, obesidade, depressão, artrose e hipercolesterolemia.

O sentido de se *ter mais saúde* é permeado pelo sentimento de não estar tão satisfeita com sua saúde. Ponto esse que também converge com a resposta dada para a segunda questão genérica do WHOQOL-BREF sobre a saúde, em que marca no instrumento a alternativa “não está nem satisfeita e nem insatisfeita”. Já em relação a sua percepção de qualidade de vida, a mesma considera boa, tendo assim um olhar mais positivo.

Outros discursos no grupo Público relacionam a qualidade de vida com a questão de possuir uma melhor saúde. As respondentes 32 e 50 concebem a qualidade de vida como a ausência de dores e morbidades. “*É poder acordar e*

*sentir bem sem dor, sem depressão SPU 50”.*

Sadock (2007) coloca que a dor é um acometimento à saúde, provoca fadiga física e emocional, atrapalha os idosos na realização de suas atividades da vida diária e sociais, além de alterações no sono, depressão e solidão.

Superando a visão de saúde focada apenas nos aspectos ligados à condição física, os sujeitos do grupo Privado relacionam a qualidade de vida com a saúde mental e física, apresentando em suas falas a necessidade de se ter uma saúde geral: “(...) *ter saúde mental e física (SPR 7)*”.

A OMS (2010) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Uma segunda definição de saúde utilizada pela OMS (2010) é:

A medida que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

O relatório de Lalonde (1974) apresenta os quatro determinantes gerais para a saúde: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a assistência médica. Salientando que a saúde pode ser mantida e melhorada, não só através da promoção e aplicação da ciência da saúde, mas também através dos esforços e escolhas de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade.

Como neste estudo os sujeitos são pessoas que praticam regularmente ginástica, os seus discursos condizem com os determinantes elencados anteriormente citados, sendo a saúde e suas facetas eixo fundamental para a construção da percepção das mesmas sobre qualidade de vida.

## ▪ **HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS**

A unidade de significado **HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS** apresentou 44% de convergência entre os depoimentos das mulheres do grupo Público e 32% no grupo Privado. Essa unidade se refere aos aspectos: prática de exercícios físicos,

alimentação balanceada e dormir bem.

No grupo Público, a unidade de significado corresponde aos argumentos de 23 respondentes: 2; 3, 4; 7, 8, 9; 11, 15; 18, 19, 20, 25, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36; 40, 41, 42 e 45. Já no grupo Privado, refere-se a 17 sujeitos: 1; 2; 4; 6; 7; 8; 10; 13; 14; 21; 30; 31; 32; 36; 40; 44 e 47.

Nessa unidade de significado houve uma diferença de 12% entre os grupos em que o grupo Público teve uma maior convergência entre os voluntários: 23 contra 17 do grupo Privado.

Os bons hábitos de vida estão intimamente associados às escolhas saudáveis que as pessoas fazem no seu dia a dia. *“É você dormir bem, se alimentar bem, comendo frutas, verduras, vegetais, legumes, beber bastante água, exercitar (...) (SPU 2)”*. De modo que esse discurso traduz toda a simplicidade e complexidade que envolvem esses comportamentos humanos.

Os hábitos de vida saudáveis são amplamente estudados na literatura, por serem a chave para o envelhecimento saudável e longo. Um estudo com caráter de delineamento amostral para tabagismo, inatividade física no lazer e hábito alimentar inadequado com 2.732 pessoas, sendo desses 57,9% (1.581) constituído por mulheres (sujeitos esses que detalho nos resultados), identificou que 81,2% é inativa fisicamente, seguido de consumo excessivo de gorduras da carne (41,8%) e, por último, o hábito de fumar (18, 4%).

Esses dados revelam que o acúmulo de fatores de risco comportamentais para doenças cardiovasculares é elevado nessa população e sugerem intervenções públicas capazes de prevenir a ocorrência simultânea desses fatores (MUNIZ et al, 2012).

A adoção de um estilo de vida saudável está permeada pela decisão das melhores opções para o bom funcionamento corporal e mental, em que a respondente do grupo Privado menciona que: *“É ter uma alimentação saudável associada à prática de atividades físicas, bom sono, sem uso de drogas e bebida alcoólica (SPR 40)”*.

Assim, tanto a manutenção quanto a melhora da saúde estão intimamente

ligadas aos bons hábitos de vida. A OMS (2005) reforça que o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias (associadas principalmente ao consumo excessivo de gorduras de origem animal) correspondem a um conjunto de fatores de risco modificáveis responsável pela maioria das mortes e do surgimento e agravamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Sendo essa investigação composta apenas por mulheres que praticam regularmente ginástica, é interessante descrever que essa prática e demais exercícios físicos é parte da concepção de qualidade de vida para 16 das 23 respondentes do grupo Público: 3; 7; 8; 11; 18; 19; 20; 25; 28; 30; 33; 34; 35; 40; 41; 45; e de 11 respondentes do grupo Privado: 1; 4; 6; 10; 14; 21; 30; 31; 32; 40; 47.

A SPU 25 reforça que qualidade de vida é “(...) *praticar minha ginástica e minhas caminhadas*”. Para a respondente do grupo Privado: “(...) *ter acesso à prática de ginástica para ficar mais bonita e magra. (SPR 47)*”.

Em estudo com 265 mulheres idosas, identificou-se a prevalência de sobrepeso em metade das idosas, revelando a associação entre sobrepeso e insatisfação corporal. Foi percebida a necessidade de programas direcionados ao controle de peso corporal, em busca de melhor estado nutricional que minimize a insatisfação corporal (TRIBESS; VIRTUOSO JUNIOR; PETROSKI, 2010). O acesso aos programas de ginástica e seus resultados podem melhorar a imagem corporal e a satisfação das mulheres quanto ao seu corpo e sua qualidade de vida.

A prática de exercícios físicos é destacada na atualidade como fator de prevenção primária, sendo base para um tratamento não medicamentoso para diversas morbidades crônicas. É positiva a influência da atividade física aeróbica para a prevenção e controle da obesidade, principalmente quando associada a uma alimentação balanceada (COSTA et al., 2009).

No grupo Privado, uma das respondentes coloca os bons hábitos da alimentação, do exercício físico, de dormir bem, além de aspectos ligados aos aspectos emocionais/ psicológicos. Para esta respondente, qualidade de vida é:

*“Viver tranqüila, sem estresse, alimentar bem, praticar exercícios físicos e dormir bem (SPR 10)”.*

Marques (2003) e Cury (2004) destacam que o modo de viver da sociedade moderna tem gerado aumento da tristeza, da angústia e da solidão. A vida com excesso de atividades e pouca tranquilidade tem levado à deterioração da qualidade de vida da população que, mesmo contando com o avanço da medicina, da psicologia e da psiquiatria, apresenta uma saúde comprometida devido aos comportamentos de ansiedade e estresse.

Já em relação ao hábito de vida, *dormir bem*, 8 respondentes do grupo Público (2; 3; 4; 9; 11; 34; 35; 36) relacionam a qualidade de vida com o sono. Dentre os discursos, a respondente 4 discursa que qualidade de vida é *“(...) dormir bem sem estresse (...)”*. Esse hábito é muito influenciado pelo estilo de vida das pessoas. O sono é essencial para todas as pessoas sendo que existe associação entre distúrbios do sono e as muitas morbidades, e dormir mal, além de ser desagradável, tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar, durante as atividades diárias (CEOLIM; DIOGO; CINTRA, 2001; CORRÊA; CEOLIM, 2008).

Os hábitos de vida saudáveis têm a premissa, segundo Dejours (1986), de suprir todas as necessidades fisiológicas do corpo, repousar, alimentar, dormir e se exercitar, para propiciar o equilíbrio do ser humano nas suas múltiplas facetas da vida.

#### ▪ CONVIVÊNCIA

A unidade de significado **CONVIVÊNCIA**, para o grupo Público, abrange discussões sobre boa convivência social e ter boas amizades. As 10 respondentes são: 1, 2, 3, 8, 15, 17, 29, 20, 35, 37. Já para o grupo Privado, essa unidade de significado está relacionada aos aspectos: boa convivência social, ter boas amizades, namorar. Refere-se a 11 respondentes: 2; 8; 12; 13; 19; 22; 31; 32; 35; 51 e 52.

A mulher é um ser de relações e, por meio delas, dá-se conta de seu corpo coexistindo com outros no convívio social, na corporeidade, no movimento que aproxima e distancia o corpo de si mesmo, de nós mesmos e do mundo que habitamos (GONÇALVES; MERIGHI, 2005).

A percepção de qualidade de vida das mulheres em ambos os grupos aponta que o conviver com diferentes pessoas e grupo torna a vida mais agradável e feliz, estando vinculada à família, aos amigos, aos colegas de trabalho e aos colegas dos grupos de ginástica.

A respondente do grupo Público discursa que qualidade de vida é “(...) *é ter prazer em conviver com as pessoas ao seu redor e também com todas da sociedade (SPU29)*”. No grupo Privado, uma das respondentes discursa que: “*É ter condições físicas e emocionais de participar da vida social e familiar (SPR 27)*”. Qualidade de vida, então, é dispor de uma rede social de suporte sólida, associada à saúde física e mental (VECCHIA, et al., 2005).

A boa convivência social é fruto também das amizades verdadeiras. Essas têm o papel de melhorar o olhar das pessoas frente a sua vida. Para a respondente “SPU 35, qualidade de vida é “(...) *ter boas amizades e rir muito.*” O sorriso é a distância mais curta entre duas pessoas. É importante para a construção de vínculos com a população nos serviços de saúde, entre os amigos e os familiares. Ele desarma, aproxima, quebra barreiras e estimula a capacidade de reflexão (MATRACA; WIMMER; ARAÚJO-JORGE, 2011).

O ato de sorrir e gargalhar estão intimamente ligados com o estado de satisfação pessoal, alegria e boa relação interpessoal entre as pessoas, principalmente em adultos, que têm uma vida repleta de responsabilidades e compromissos. As boas amizades são fruto da capacidade de se relacionar bem e as considero um tesouro, um verdadeiro remédio contra os problemas diários e também a possibilidade de ter outro olhar sobre os acontecimentos vivenciados.

Egito; Matsudo; Matsudo (2005) afirmam que a prática regular de exercícios físicos leva à melhora da autoeficácia física e do controle corporal, aumenta o poder (controle) geral e propicia um sentimento de amor próprio e elevação da

autoestima, sendo que uma pessoa com a autoestima mais elevada se relaciona melhor e tem um olhar mais positivo frente à vida.

Outro aspecto mencionado no grupo Privado foi o namorar. Para a respondente desse grupo, qualidade de vida é: “(...) *é ter boas amizades, é namorar (SPR 31)*”.

Para mulher que passa a ter um novo estado civil na maturidade, a criação de novos vínculos como amizades e namoro faz com que muitas se sintam mais felizes e realizadas. É como se renovassem, já que os anos finais de um casamento são difíceis por diversas circunstâncias, como filhos, renda familiar, amparo e o julgo da sociedade.

Assim como para as mulheres casadas, nessa fase da vida com os filhos já criados, as possibilidades de namorar e ter maior intimidade com o cônjuge contribuem para a sua qualidade de vida e seus relacionamentos com as demais pessoas.

Fernandez; Gir; Hayashida (2005) relatam que o bom estado psíquico da mulher e da boa relação com o marido ou parceiro a conduz a ter maior interesse pelo sexo. A mulher precisa estar bem consigo mesma. Quando a mesma está deprimida, irritada e insegura, não há probabilidade de estar muito interessada em sexo ou em namoro.

O interesse pelo namoro e associação com a qualidade de vida dessas mulheres revelam ainda sua boa relação afetiva, autoestima elevada e autoimagem. Revela um grupo que sabe viver a vida e desfrutar das possibilidades de convivência e saúde.

#### ▪ LAZER

A unidade de significado **LAZER**, para o grupo Público, abrange discussões sobre divertir, dançar e viajar. As 8 respondentes são: 6; 7; 21; 28; 35; 36; 37 e 40. Já para o grupo Privado, essa unidade de significado está relacionada aos aspectos: acesso à cultura e lazer, viajar, passear, ver bons filmes e dançar.



Refere-se a 8 respondentes: 4; 8; 13; 14; 30; 31; 44 e 47.

O lazer é uma área da vida em que várias pessoas destacam a sua importância devido a sua falta de dispêndio de tempo para vivê-la. É comum ouvir e dizer, que precisa ter mais lazer ou que não se tem lazer algum.

A verdade é que muitas pessoas, ao pensarem em lazer, pensam em passeios ou atividades que gostariam de fazer, mas que não podem. Ou ainda é a primeira atividade que, com as dificuldades financeiras, são cortadas do orçamento.

Como trato de grupos com realidades financeiras bem distintas, o lazer mencionado nos discursos pode se referir também a aspectos de anseios e desejos.

No grupo Público, uma das respondentes discursa que qualidade de vida é: *“Poder sair, divertir, dançar, sair com amigos, ir à casa de parentes. Viajar quando dá, pois o dinheiro é curto, mas é preciso viajar, para ser feliz e desestressar (SPU 6).”*

As opções elencadas pela respondente 6 demonstra como o lazer é importante para sua qualidade de vida. As pessoas com menos recursos financeiros, reconhecem o lazer nas mais variadas esferas. São ainda menos contaminadas pela mídia avassaladora, que apresenta o mesmo ligado ao poder de consumo.

Elas possuem uma percepção também voltada para os valores. Para Marcelino (2007), o lazer deve levar em conta a cultura vivenciada (praticada, fruída ou conhecida) no tempo disponível das obrigações profissionais, familiares, sociais, associando os aspectos tempo e atitude.

Além disso, outra questão que me chama atenção nesse discurso é que a mesma reconhece a necessidade de viajar para aliviar o estresse, mas apresenta também suas dificuldades para tal.

No grupo Privado, a respondente discursa que qualidade de vida é *“(…) poder passear e às vezes sair para dançar e descontraír (SPR 30)”*. O dançar em um estudo com mulheres em idade madura mostrou como ele pode auxiliar no

bem estar, na saúde psíquica e na prevenção da doença de Alzheimer (GONÇALVES, 2011).

O simples fato de sair para dançar e se descontraír auxiliam na percepção e no modo de viver a vida com mais alegria e significado. O passeio, a interação com novas pessoas e ambientes também melhoram a capacidade de criar e desenvolver novas atividades.

O acesso ao lazer e à cultura foram mencionados pela respondente *SPR 8*. Para ela qualidade de vida é *“ter acesso à cultura, teatro, cinema, boa música assim como ter condições financeiras e de tempo para lazer”*.

A acessibilidade, quando se pensa nesses mecanismos de lazer apontados pela respondente acima, é algo a ser repensado e discutido enquanto políticas públicas para democratizar os mesmos. Muito se fala que a população deveria investir mais em passeios culturais, mas pouco se contabiliza o custo de um passeio ao teatro, por exemplo, para uma família com 5 pessoas. Com modéstia, pensando apenas nas entradas, a quantia pode chegar a duzentos reais, aproximadamente um terço do salário mínimo.

Para Marcelino (2007), o lazer precisa de políticas públicas sérias e que não sejam políticas de atividades. O lazer tem especificidades, inclusive como política pública, mas não pode ser tratado de forma isolada de outras questões sociais.

Para vivenciar o lazer, é preciso que haja tempo para tal. A mulher madura, nas suas múltiplas funções desempenhadas nessa sociedade do século XXI, no seu tempo de lazer, faz sua segunda jornada com os cuidados domésticos e também com os filhos (lições escolares, higiene e educação). Para a respondente do grupo Privado, qualidade de vida é: *“ter tempo para lazer em meio a trabalho, família e aperfeiçoamento profissional (SPR 13)”*.

Na atualidade, muitas pessoas já reconhecem a necessidade do tempo de lazer para ser vivenciado das mais diferentes maneiras no lar, nos pequenos passeios em praças e parques, mas ainda se veem presos à necessidade de fazer tudo e ao mesmo tempo, e pouco em se tratando de lazer.

Vive-se numa sociedade estressada e repleta de valores voltados para os bens de consumo, embora pouco para essência das pequenas e saudáveis atividades do cotidiano.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados apresentados, chego às seguintes conclusões em relação à comparação da percepção e o discurso de qualidade de vida das mulheres de 40 a 59 anos praticantes de ginástica em espaços públicos e privados da cidade de Uberaba/MG:

- a) Em relação às variáveis sociodemográficas, a média de idade geral foi de 51,09 anos; houve similaridade no estado civil casada e união estável, sendo o que mais se destaca; à renda familiar entre os grupos existe diferença, sendo que 70% das mulheres do grupo Público pertencem à classe econômica C e 86,9% do grupo Privado são mulheres pertencentes à classe econômica A e B. Em relação aos problemas de saúde reportados pelas mulheres de ambos os grupos, no geral percebe-se que os principais problemas de saúde relatados foram: hipertensão, hipercolesterolemia, coluna, visão e depressão.
- b) Os resultados do WHOQOL-BREF mostram que, no domínio físico, o Grupo Privado apresentou escores de 79,89% contra 66,99% do Grupo Público; No domínio psicológico, 72,60% no Grupo Privado e 70,51% no Grupo Público; No domínio social, 74,04% foi no Grupo Privado e 71% no Grupo Público; No ambiental o Grupo Privado obteve 74,58% e o Grupo Público 62,50%.
- c) Os dados revelam escores mais elevados em todos os domínios da Qualidade de Vida para o Grupo Privado, porém, não houve diferença significativa em nenhum dos domínios na análise inferencial e a percepção subjetiva de qualidade de vida não apresentou discrepâncias em ambos os grupos.
- d) Na interpretação da pergunta geradora foram identificadas cinco unidades de significado: viver bem e em equilíbrio, saúde, hábitos de vida saudáveis, convivência e lazer, sendo que a unidade de significado: *Viver Bem e em Equilíbrio*, foi à unidade de maior convergência entre os grupos, além disso,

o comparativo entre os discursos dos grupos mostra similaridade nas respostas.

- e) Ficou compreensível que as mulheres praticantes de ginástica em academias (na iniciativa privada) ou em praças e parques (na iniciativa pública) possuem uma percepção satisfatória de qualidade de vida nos diferentes domínios.

Além disso, conclui-se que, por se tratar de mulheres adeptas da prática de ginástica, independente do local em que participam, há uma percepção de qualidade de vida positiva, alicerçada por parâmetros subjetivos e objetivos. Do mesmo modo, as mulheres, em ambos os grupos, nos seus discursos, revelaram questões inerentes aos comportamentos profiláticos para alcançar uma melhor qualidade de vida.

Os resultados da presente pesquisa reafirmam a importância da prática regular de exercícios físicos para o envelhecer com uma melhor Qualidade de Vida e longevidade; também somará aos trabalhos apresentados na literatura relacionados à temática abordada, visto que a atividade física é considerada um comportamento saudável imprescindível, que faz parte das políticas de saúde para promoção e prevenção tanto dos órgãos públicos quanto privados em todo mundo.

## 6 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)**. – 4. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : ANS, 2011.

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T.. Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Mai-Ago 2004, Vol. 20 n. 2, pp. 153-164

APPOLINÁRIO J. C.; MEIRELLES, R. M.R.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L. C. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. vol.45, nº.4, São Paulo, aug. 2001

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo. I – Fatos e mitos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

BERGER, M. **Corpo e identidade feminina**. Tese de Doutorado aprovada pelo Programa de Pós Graduação em Antropologia da USP, 2006. 295 p.

BIRMAN, J. **Gramáticas do erotismo – a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BUTTER, R.N. Quality of life: Can it be an end-point? **American Journal of Clinical Nutrition** 55: 1267S-1270S, 1992.

CARVALHO, R. B. C.; MADRUGA, V. A. Envelhecimento e prática de atividade física: a influência do gênero. **Motriz**, Rio Claro Vol. 17, nº 2 p.328-337, abr./jun. 2011.

CEOLIM, M.F.; DIOGO M. J.D.; CINTRA, F. A. Qualidade do sono de pessoas idosas atendidas no Grupo de Atenção à Saúde do Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. **Nursing (São Paulo)**. 2001;4(33):25-9.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M.P.A. Desenvolvimento do WHOQOL BREF. p.74- 82. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHAOULOFF, F. Physical exercise and brain monoamines: a review. **Acta Physiologica Scandinavica**. 137(1):1-13, 1989.

CORRÊA, K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**. USP, Mar 2008, vol.42, no.1, p.12-18. ISSN 0080-6234

CORTEZ, P.H.P.; CORTEZ, J.A.A.; SIMÕES, A.C. Mulher e exercício físico. 193-203 p. In: SIMÕES, A.C.(org.) **Mulher e esporte: mitos e verdades**.

COSTA, J. A.; BALGA, R. S.M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, nº.3, Rio de Janeiro, Mar. 2011.

COSTA, P. R. F.; ASSIS, A.M. O. A.; SILVA, M. C. M.; SANTANA, M. L. P.; DIAS, J. C.; PINHEIRO, S. M. C.; SANTOS, N. S. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1763-1773, ago, 2009.

CURY, A. **12 Semanas para mudar uma vida**. Colinas: Editora Academia de Inteligência; 2004.

DALEY A.; STOKES-LAMPARD, H.; MACARTHUR, C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. **Cochrane Database System Review**. Vol.11, nº5, 2011.

DALLANEZI, G. et al. Qualidade de vida de mulheres com baixa massa óssea na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Vol.33, nº.3, Rio de Janeiro, mar. 2011.

DATASUS. **Dados censitários dos municípios brasileiros**. Uberaba, MG: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 10 março de 2012.

DEL PRIORE, M. **Histórias do cotidiano**. São Paulo: Contexto, 2001.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

DEPS, V. L. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In.: NÉRI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. p. 57-82.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O.; ALMEIDA, M. H. M.; LEBRÃO, M. L. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 45-51, jan./abr. 2011.

EGITO, M.; MATSUDO, S.; MATSUDO, V. Auto-estima e satisfação com a vida de mulheres adultas praticantes de atividade física de acordo com a idade cronológica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 2005; 13(2):7-15.

EID, N. T.; KAIRALLA, M.; CAMPORA, F. C. Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, Vol.1, nº1,19-23, 2012.

EIRAS, Suéllen Barbosa et al. Fatores de Adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. vol. 31, nº2, p.75-89, 2010.

FAVARATO, M.E.C.S.; ALDRIGHI, J.M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**.Vol.47, nº.4, p.339-345, 2001.

FERNANDES, R. C. Significados da ginástica para mulheres praticantes em academia. 2005, **Motriz**, Rio Claro, vol.11, nº.2, p.107-112.

FERNANDEZ, M. R.; GIR, E.; HAYASHIDA, Miyeko; Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, Vol.39, nº.2, 129-135, 2005.

FLECK, M.P.A., CHACHAMOVICHE, E., TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**;37:793-799, 2003.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 21, nº 1, 1999.

FLECK, M., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**. Vol. 34, 178-183, 2000.

FOSS, M. L.; KETEYIAN, S. J. **Fox Bases fisiológicas do exercício e do esporte**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GOELLNER, S. V. A Educação Física e a construção de imagens feminilidade no Brasil dos anos 30 e 40. **Revista Movimento**. Vol. 7, n. 13, p.61-70, 2002.

GOMES- VILAS BOAS, L. C. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das



peessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**. Iorianoópolis, vol.20, nº2, 2011.

GONÇALVES, A.K.S; CANÁRIO, A.C.G.; CABRAL, P.U.L.; SILVA, R. A. H.; SPYRIDES, M.H.C.; P. C GIRALDO; J, ELEUTÉRIO JR. Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. vol.33 nº.12 Rio de Janeiro dez. 2011.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005 nov-dez; 58(6):692-7.

GREENE, J.C e CARACELLI, V.J. Defining and describing the paradigm issue in mixed-method evaluation. In: Greene J.C e Caracelli V.J.eds. **Advances in Mixed-Method Evaluation: The Challenges and Benefits of Integrating Diverse Paradigms**. Jossey-Bass Publishers, San Francisco: 5- 17,1997.

GUEDES, D.P. et al. **Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older Adults**. J Aging Health. 2011.

IBGE. **Censo Demográfico: Tendências de 1950- 2000**. Acessado em 06 de Julho de 2012. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo\\_2000/tendencias\\_demograficas/comentarios.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo_2000/tendencias_demograficas/comentarios.pdf)

\_\_\_\_\_. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados**. Acesso em: 27 de julho de 2011. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf) > Acesso em: 27 julho de 2011.

KAPLAN, R.M. Quantification of health outcomes for policy studies in behavioral epidemiology. In: R.M. Kaplan and M. Criqui (Eds.), **Behavioral epidemiology and disease prevention** (pp. 31-54). New York: Plenum Press, 1985.

KOEPPEN, B. M.; STATON, B. A. **Berne & Levi: Fisiologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

LALONDE, M. **Uma nova perspectiva da saúde de canadenses**. Ottawa: Governo do Canada, 1974.

LANGLADE, A.; LANGLADE, N. R. **Teoria general de la gimnasia**. Buenos Aires: Stadium, 1970.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de

Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, G. B.; MONTEIRO, A. **Mulher da luta e dos direitos**. Instituto Teotônio Vilela, Brasília. Coleção, 3ªed. 1998, 64 p.

LINS, A. P. M.; SICHIERI, R. Influência da menopausa no índice de massa corporal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Vol.45, nº3, 265-70, 2001

LOPES, G.P. Sexualidade: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. In: FERNANDES C.F. **Menopausa: diagnóstico e tratamento**. São Paulo (SP): Segmento; 2003. p.117-23.

LOURO, G. L. **Gênero, Sexualidade e Educação: uma Perspectiva Pós-Estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia ciência e profissão**. v.23 n.2 Brasília jun. 2003.

MATRACA, M. V. C.; WIMMER, G. ; ARAÚJO-JORGE, T. C. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.16 nº.10 Rio de Janeiro Oct. 2011.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. 2004; 20:1411-6.

MAZO, G.Z., CARDOSO, F. L.; AGUIAR, D. L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Vol.8, nº2, p.67-72, 2006.

MERLEAU- PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MOREIRA, W. W. Qualidade de Vida: como enfrentar esse desafio? In: Moreira, W.W. (Org). **Qualidade de vida: Complexidade e educação**. 3ªed.,Campinas: Papirus, 2007.

MOREIRA, W. W.; NÓBREGA, T. P. Fenomenologia, educação física, desporto e motricidade: convergências necessárias. **Revista CRONOS**, Natal, v.9, nº2, p.349-360, jul/dez.2008.

MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R.; PORTO, E. Análise de Conteúdo: técnica de elaboração e análise das unidades de significado. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. V.13, nº 4, 107-114. 2005.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Vol. 17, nº2, 177-187, 2004.

MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I. C. M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, Jun 2012, vol.46, no.3, p.534-542.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf; 2001.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do Bem Estar- Base Conceitual para avaliação do estilo de vida dos indivíduos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. V. 5, nº 2, 2000.

NERI, A. L. **Maturidade e velhice**. Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papyrus; 2001.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP, 1993.

NOBRE, M.R.C. Qualidade de vida. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Vol. 64, nº4, 299-300, 1995.

OKUMA, S. **O idoso e a atividade física**. 2ª Ed. Campinas: Papyrus, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Genebra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Recomendações Globais sobre Atividade Física para a Saúde**. Genebra, 2010.

OLIVEIRA, D. M; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Vol.17, no.3, p.519-526, Set 2008.

OLIVEIRA, R.D. **Elogia da diferença- O feminino emergente**. São Paulo, Brasiliense, 1991.

OLIVEIRA, R. J. **Saúde e Atividade Física: Algumas abordagens sobre atividade física relacionada à saúde**. Rio de Janeiro: Shape, 2005.

PANZINI, R.G.; MAGANHA, C.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R; FLECK, M.P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião

e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**. Vol.45, nº 1, São Paulo, 2011

PAOLIELLO, E. **Ginástica geral: experiências e reflexões**. São Paulo: Phorte, 2008.

PEGORARO, E. Elas, silenciosas ou ousadas: a publicidade e as diferentes percepções acerca da mulher (1940-1950). **Revista História, imagem e narrativas**. Abril/2011, nº 12.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, M. I. S. de e SOIHET, R. (orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Unesp, 2003. p.13-27.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POTTER, R. et al. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 2011;26(10):1000-11

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do Exercício: Teoria e Aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 6ª Ed. Barueri: Manole, 2009.

ROSARIO, Trovão do. Qualidade de vida: juventude, idade adulta e educação. In: Moreira, W.V. (Org). **Qualidade de vida: Complexidade e educação**. 2ª Ed. Campinas: Papyrus, 2007.

SABA, F. **Aderência: À Prática do Exercício Físico em Academias**. São Paulo, Manole, 2001.

SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, S. C.; KNIJINIK, J. D. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e esporte**. Vol. 5, nº1, 2006. p.23-34.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, 20(2): 580-588 2004.

SHARKEY, B. J. **Condicionamento físico e saúde**. 5ª Ed. Artmed, Porto Alegre, 2006. 400p.

SHERPARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte,

2003.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana: Uma Abordagem Integrada**. 2ª Ed. Barueri, SP, Manole, 2003.

SIMÕES, R.; PORTES JUNIOR, M.; MOREIRA, W.W. Idoso e hidroginástica: corporeidade e vida. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Taguatinga, v. 19, n. 4, p. 40-50, 2011.

SIMÕES, R. (Qual)idade de vida na (qual)idade de vida. In: Moreira, W.V. (Org). **Qualidade de vida: Complexidade e educação**. 3ª ed. Campinas: Papyrus, 2007.

SIMÕES, R.; MOREIRA, W. W. Evas ou Marias: o corpo mulher na antigüidade e Idade Média. In: **Congresso Latino Americano de Educação Motora e Congresso Brasileiro de Educação Motora**, Foz do Iguaçu. Anais. Campinas: DEM – FEF - Unicamp, 1998.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Qualidade de vida e trabalho em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol.45, nº 3. São Paulo: Junho, 2011.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, SP: Manole, 2005.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.25, no.5, p.1054-1062, Maio 2009.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; PETROSKI, É. L. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (1): 31-38-2112, 2010.

VECCHIA, R.; RUIZ, T. ; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol.8, nº3, 246-52, 2005.

VIGETA, S.M.G; BRETAS A.C.P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Caderno de Saúde Pública**. 2004 Nov-Dez; 20(6):1682-9.

VITTA, A. Atividade Física e bem-estar na velhice. In: FREIRE, S. A. e NERI, A. L., **E por falar em Boa Velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of life Assesment WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Sciencia and Medicine**.Vol 12, n.46, 1569-85, 1998.

ZANOTELLI, S.S., RESSEL, L. B., BORGES, Z. N., JUNGES, C. F., SANFELICE, C. Vivências de Mulheres Acerca do Climatério em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, jan./mar. Vol.4, nº1, 2012.

# ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**  
 Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia  
 38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
 E-mail: [cep@pesqpgg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpgg.uftm.edu.br)

### IDENTIFICAÇÃO

**TÍTULO DO PROJETO:** GINASTICA NA IDADE MADURA: DA MOTIVAÇÃO À PERCEPÇÃO DE CORPO E QUALIDADE DE VIDA  
**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** REGINA SIMÕES  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 28/2/2012  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 2249

### PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 15 de junho de 2012.

Prof.<sup>a</sup> Ana Palmira Soares dos Santos  
 Coordenadora do CEP/UFTM



**ANEXO B- WHOQOL-BREF****WHOQOL – ABREVIADO - Versão em Português****Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua **qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida**. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre qual resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parecer mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que melhor responda.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Comple- tamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
22	Quão satisfeito (a) você está como o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se à frequência com que você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Você tem algum comentário? \_\_\_\_\_

## **ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE (Versão de junho/2011)**

Título do Projeto: **A QUALIDADE DE VIDA AUTORREFERIDA DAS MULHERES MADURAS PRATICANTES DE GINÁSTICA EM PRAÇAS, PARQUES E ACADEMIAS DA CIDADE DE UBERABA**

#### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo *Os motivos de adesão e a qualidade de vida autorreferida das mulheres maduras praticantes de ginástica em praças, parques e academias da cidade de Uberaba*, **por praticar ginástica regularmente e estar na faixa etária de 40 a 59 anos**. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é **perceber a influência da prática sistematizada de ginástica na qualidade de vida das mulheres maduras, observando os pontos divergentes e convergentes das mulheres em relação aos locais em que se exercitam, academias e praças/ parques**. E, caso você participe, **será necessário responder as perguntas sobre o assunto**. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

**Título do Projeto: A QUALIDADE DE VIDA AUTOREFERIDA DAS MULHERES MADURAS PRATICANTES DE GINÁSTICA EM PRAÇAS, PARQUES E ACADEMIAS DA CIDADE DE UBERABA**

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador/orientador

### Telefone de contato dos pesquisadores

Simone Maria Castellano	simonemcastellano@gmail.com (34) 3316-0408 (34) 8812-8982
Profª Dra. Regina Simões	rovigatisimoes@uol.com.br (34) 33335126 (34) 7811-0686

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

## ANEXO D- Sintaxe do WHOQOL-BREF

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) \* 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) \* 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) \* 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) \* 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) \* 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) \* (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) \* (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) \* (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) \* (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) \* (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) \* (100/16).

# APÊNDICES



## APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Pesquisadora: Simone Maria Castellano

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.3 Estado civil: ( ) Solteira; ( ) Casada; ( ) Divorciada; ( ) Viúva; ( ) União Estável

1.4 Você trabalha? ( ) Sim. Em quê? \_\_\_\_\_ ( ) Não.

É aposentada? ( ) Sim ( ) Não.

1.5 Qual a sua renda mensal?

( ) R\$ 622,00 ( ) R\$ 623,00 até R\$ 1.246,00 ( ) R\$ 1.247,00 até R\$2.494,00

( ) R\$2.495,00 à R\$ 6.220,00 ( ) + de R\$ 6.221,00

1.6 Você tem filho (s)? ( ) Sim ( ) Não

2. Você tem ou teve problemas de saúde:

( ) Estresse ( ) Visão ( ) Surdez ( ) Depressão ( ) Hipertensão/Pressão alta

( ) Câncer ( ) Insônia ( ) Coluna ( ) No coração “cardíaca” ( ) Diabetes ( ) No

fígado “hepática”( ) No pulmão “pulmonar” ( ) Nos músculos, articulações, nervos

(hérnia de disco, artrose, lombalgia)( ) Colesterol ( ) Obesidade ( ) Metabólica

( )Outro(s) Especifique:\_\_\_\_\_

3. Você participa regularmente de programas de ginástica há quanto tempo (meses, anos)?( ) seis meses ( ) 12 meses ( ) 24 meses ( ) mais de 36 meses

3.1 Quais os tipos de ginástica? ( ) Ginástica localizada ( ) Jump ( )

Alongamento ( ) Hidroginástica ( ) Spinning ( ) Ginástica Aeróbica ( ) Ginástica Orientada “Praças” ( ) Outro(s) Especifique: \_\_\_\_\_

**3.2 Quantas vezes por semana você pratica ginástica?**

( ) Duas vezes ( ) Três vezes ( ) Quatro vezes ( ) Acima de cinco vezes semanais

**3.3 Além da ginástica você faz outro tipo de exercício físico? ( ) Sim ( ) Não**

**Qual ?** ( ) Caminhada ( ) Natação ( ) Voleibol ( ) Musculação ( ) Peteca ( ) Dança ( ) Outro(s) Especifique: \_\_\_\_\_

**3.4 Qual o tempo total dedicado aos exercícios físicos por semana? (somar os minutos/horas de cada dia de prática: 2ª a domingo realizados na semana)**

( ) 120 minutos ( ) 150 minutos ( ) 180 minutos ( ) mais de 240 minutos

**4. O que é qualidade de vida para você? \_\_\_\_\_**

---

---

---

---

---

---

---

---

**APÊNDICE B- INDICADORES DA PERGUNTA GERADORA**

*O que é qualidade de vida para você?*

**SPU = Sujeito do Grupo Público****SPU 1**

- 1) estar bem comigo mesma e com os outros
- 2) saúde
- 3) felicidade

**SPU 2**

- 1) é dormir bem
- 2) se alimentar bem com frutas verduras e água
- 3) conviver com as outras pessoas

**SPU 3**

- 1) ter boa saúde e alimentar bem
- 2) praticar exercícios físicos e dormir bem
- 3) ir sempre ao médico e ter plano de saúde
- 4) morar bem
- 5) ter boas amizades

**SPU 4**

- 1) dormir bem sem estresse
- 2) ser tranquila
- 3) alimentação qualificada e balanceada
- 4) viver bem

**SPU 5**

- 1) viver bem
- 2) saúde

**SPU 6**

- 1) poder sair, divertir, dançar e viajar
- 2) me sinto feliz
- 3) ótima saúde

**SPU 7**

- 1) mudar de hábitos
- 2) fazer atividades físicas
- 3) alimentação balanceada
- 4) ter lazer
- 5) evitar o estresse da vida

**SPU 8**

- 1) participar dos grupos de ginástica
- 2) ser amiga
- 3) ter saúde
- 4) vida

**SPU 9**

- 1) alimentar bem
- 2) ser feliz
- 3) dormir bem
- 4) ser alegre e comunicativa

**SPU 10**

- 1) saúde
- 2) viver bem

**SPU 11**

- 1) fazer exercícios físicos
- 2) alimentar certo
- 3) dormir bem

**SPU 12**

- 1) Saúde
- 2) bem estar
- 3) equilíbrio
- 4) harmonia comigo mesma

**SPU 13**

- 1) viver bem,
- 2) viver com saúde
- 3) feliz

**SPU 14**

- 1) é sentir bem
- 2) ter saúde
- 3) ser alegre
- 4) viver de bem com a vida

**SPU 15**

- 1) fazer o que é bom para o corpo e para mente
- 2) boa alimentação
- 3) ter acesso a saúde
- 4) fazer bem ao próximo

**SPU 16**

- 1) viver a vida em paz
- 2) ter saúde

**SPU 17**

- 1) saúde
- 2) equilíbrio
- 3) amizade
- 4) postura




**SPU18**

- 1) é ser ativo
- 2) alimentar bem
- 3) equilíbrio espiritual, físico e emocional

**SPU19**

- 1) viver bem
- 2) é ser ativa
- 3) ter alimentação

**SPU20**

-  ① cuidar da saúde
-  ① fazer exercícios
-  ① tomar muita água

**SPU21**

- 1) é ter saúde e amor;
- 2) é ter lazer

**SPU22**

- 1) cuidar-se
- 2) sentir bem

**SPU23**

não respondeu a pergunta

**SPU24**

- 1) é sentir bem mesmo com problemas
- 2) estar sempre tentando melhorar

**SPU25**

- 1) é poder fazer o que eu gosto
- 2) praticar minha ginástica e minhas caminhadas

**SPU26**

não respondeu a pergunta

**SPU27**

- 1) viver com saúde
- 2) prazer e paz na vida
- 3) alimentar bem

**SPU28**

- 1) fazer o que gosta
- 2) praticar esportes
- 3) viajar e ter amizades
- 4) viver bem, compromisso e intimidade com deus

**SPU29**

- 1) estar de bem com a vida e agente mesmo
- 2) superar dificuldades
- 3) aceitar a vida como ela é
- 4) é ter prazer em conviver com as pessoas

**SPU30**

- 1) é o bem estar da minha família
- 2) é sentir bem consigo mesma
- 3) é praticar exercícios
- 4) é ter saúde

**SPU31**

- 1) é viver de bem com a vida e com responsabilidade
- 2) cuidar dos nossos deveres
- 3) amenizar as dificuldades
- 4) tratar corpo e mente

**SPU32**

- 1) viver bem sem dor alguma

**SPU33**

- 1) é não ser sedentária
- 2) fazer coisas que fazem bem a saúde

**SPU34**

- 1) dormir bem
- 2) alimentar bem
- 3) fazer exercícios
- 4) cuidar da saúde

**SPU35**

- 1) cumprir bem todas as minhas obrigações diárias
- 2) dormir bem
- 3) alimentar bem



- 4) ter lazer e praticar exercícios
- 5) ter boas amizades e rir muito

**SPU36**

- 1) boa alimentação
- 2) dormir bem
- 3) lazer
- 4) viajar nas férias

**SPU37**

- 1) ter boa saúde
- 2) ter lazer
- 3) ter bons amigos

**SPU38**

não respondeu a pergunta

**SPU39**

- 1) saúde

**SPU40**

- 1) praticar exercícios
- 2) viajar e conhecer lugares
- 3) comer com disciplina

**SPU41**

- 1) é fazer coisas para nosso benefício, o que gosta
- 2) alimentar bem
- 3) fazer exercícios

**SPU42**

- 1) viver de bem com a vida
- 2) comer correto
- 3) driblar os aborrecimentos da vida
- 4) estar feliz e sempre sorrindo

**SPU43**

- 1) é equilíbrio

**SPU44**

- 1) é ter mais saúde
- 2) ter mais dinheiro
- 3) ter mais alegria

**SPU45**

- 1) fazer exercícios físicos

**SPU46**

- 1) ter saúde

**SPU47**

- 1) disciplina

**SPU48**

- 1) viver bem
- 2) entender a vida e aceitar as coisas como elas são

**SPU49**

- 1) é ter equilíbrio físico, espiritual e emocional

**SPU50**

- 1) é poder acordar e sentir sem dores e sem depressão
- 2) estar de bem com a vida
- 3) Feliz

**SPU51**

- 1) ter saúde
- 2) disposição para as tarefas diárias
- 3) fazer o que gosta

**SPU52**

- 1) saúde

**SPR= Sujeito do Grupo Privado****SPR 1**

- 1) estar bem
- 2) ter saúde
- 3) alimentar se bem
- 4) fazer exercícios

**SPR 2**

- 1) alimentação balanceada
- 2) estar de bem com a vida
- 3) gostar da minha família

**SPR 3**

- 1) estar bem fisicamente e espiritualmente

**SPR 4**

- 1) alimentação balanceada
- 2) Ser feliz
- 3) Lazer
- 4) Exercitar

**SPR 5**

- 1) saúde
- 2) tranquilidade
- 3) serenidade

**SPR 6**

- 1) boa alimentação
- 2) exercícios físicos
- 3) bem estar
- 4) alto astral

**SPR 7**

- 1) Boa alimentação
- 2) saúde mental e física
- 3) evitar o estresse da vida

**SPR 8**

- 1) ter saúde
- 2) acesso a cultura e lazer
- 3) boa alimentação
- 4) ter amigos
- 5) relação familiar harmoniosa

**SPR 9**

- 1) Viver com prazer em tudo que se faz
- 2) Saúde
- 3) Bem estar

**SPR10**

- 1) Viver tranqüila sem estresse
- 2) Alimentar bem
- 3) Praticar exercícios
- 4) Dormir bem

**SPR11**

- 1) Ter saúde
- 2) Motivação para realizar as minhas atividades

**SPR12**

- 1) Disposição física e mental
- 2) Bom humor
- 3) Boa convivência social

**SPR13**

- 1) Boa alimentação
- 2) Tempo para lazer
- 3) Tempo para família
- 4) Tempo para relaxar

5) Trabalhar com equilíbrio sem exageros

#### **SPR14**

- 1) Alimentação equilibrada
- 2) Fazer exercícios físicos
- 3) Viajar, passear, ver bons filmes
- 4) Ter fé

#### **SPR15**

- 1) Ótima

#### **SPR16**

- 1) Viver bem
- 2) Saúde

#### **SPR17**

- 1) Viver bem
- 2) Ter Saúde
- 3) viver com Prazer

#### **SPR18**

- 1) Sentir bem consigo mesmo, emocionalmente e fisicamente

#### **SPR19**

- 1) Ser feliz
- 2) Ter saúde
- 3) Harmonia

**SPR20**

- 1) Equilíbrio entre saúde e bem estar (físico, mental, emocional e espiritual)
- 2) Melhor condição de vida
- 3) Estar bem consigo mesma

**SPR21**

- 1) Alimentação saudável
- 2) Fazer exercícios regulares

**SPR22**

- 1) Ter condições de viver em equilíbrio mental, físico e emocional
- 2) Me socializar
- 3) Ter condições de saúde
- 4) Educação

**SPR23**

- 1) Viver bem

**SPR24**

- 1) Ter saúde

**SPR25**

- 1) Equilíbrio nas relações e escolhas
- 2) Ser feliz

**SPR26**

- 1) Viver bem
- 2) Saúde
- 3) Tranquilidade

**SPR27**

- 1) É ter condições físicas e emocionais de participar da vida social e família

**SPR28**

- 1) Ter vida saudável

**SPR29**

- 1) Ter saúde
- 2) Vida prazerosa
- 3) Poder fazer o que acha bom

**SPR30**

- 1) Fazer exercícios físicos
- 2) Passear
- 3) Sair para dançar



**SPR31**

- 1) Dormir bem
- 2) Alimentação saudável
- 3) Boas amizades
- 4) Dançar
- 5) Namorar

**SPR32**

- 1) Boa alimentação
- 2) Exercícios físicos
- 3) Bom relacionamento com a família e amigos

**SPR33**

- 1) Ter saúde do corpo e da mente

**SPR34**

- 1) É fazer o que gosta com disposição

**SPR35**

- 1) Viver bem com saúde
- 2) União familiar
- 3) Dignidade

**SPR36**

- 1) Saúde
- 2) Trabalho
- 3) Alimentação
- 4) Lazer

**SPR37**

- 1) É ter hora para tudo: alimentar, trabalhar, dormir e divertir

**SPR38**

- 1) Boa saúde
- 2) Diversão
- 3) Muito amor

**SPR39**

- 1) Estar bem: físico e espiritual

**SPR40**

- 1) Alimentação saudável
- 2) Praticar exercícios físicos
- 3) Bom sono
- 4) Sem uso de álcool e drogas

**SPR41**

- 1) Estar bem consigo mesmo

**SPR42**

- 1) Ter saúde

**SPR43**

- 1) Equilíbrio da parte física com a espiritual

**SPR44**

- 1) Dormir bem
- 2) Viajar muito
- 3) Saúde na família
- 4) Conforto

**SPR45**

- 1) Ter lucidez e discernimento em tudo que pensa, faz e sente

**SPR46**

- 1) Disposição
- 2) Alegria
- 3) Saúde

**SPR47**

- 1) É viver em equilíbrio e ter uma família com saúde
- 2) Ter acesso a prática de ginástica para ficar mais bonita e magra.

- 3) Viajar muito e espairecer

**SPR48**

- 1) Sentir bem com o corpo
- 2) Ser saudável
- 3) Ter energia

**SPR49**

- 1) Equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual

**SPR50**

- 1) Corpo e mente saudável

**SPR51**

- 1) Saúde
- 2) Paz
- 3) Ter harmonia conjugal

**SPR52**

- 1) Ter saúde
- 2) Alegria
- 3) Felicidade
- 4) Amigos
- 5) Família