

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE ADESÃO INICIAL DE IDOSOS INGRESSANTES EM UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Márcia Cristina ANDREOTTI^{*}
Silene Sumire OKUMA^{**}

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo descrever o perfil sócio-demográfico de 44 idosos (idade média = 69,6 anos) ingressantes no Programa Autonomia para Atividade Física (PAAF/EEFEUSP) em março de 1999, e as razões que os levaram a iniciar o programa. Como instrumento foi utilizado um questionário composto de questões abertas e fechadas, sobre aspectos sócio-demográficos (gênero, idade, grau de instrução, renda, tipo de ocupação, estado civil) e razões para iniciar o PAAF. Os resultados mostram como perfil dos sujeitos: a maior parte dos integrantes é do sexo feminino (72,7%); com predomínio de pessoas casadas (56,8%); 75% são aposentados; apresentam grande variabilidade no grau de instrução e “status” sócio-econômico, já que 52,2% dos sujeitos distribuíram-se até o grau ginásial completo e mais de 30% chegaram a frequentar a faculdade e que a renda mensal do grupo variou entre R\$0,00 e R\$8.500,00. As principais razões apontadas pelos sujeitos para iniciarem o PAAF foram: indicação de amigos, melhora da saúde e busca de convívio social. Pode-se concluir que os sujeitos deste estudo apresentaram um perfil sócio-demográfico de adesão inicial diferente da população mais jovem, havendo necessidade de mais estudos específicos com a população idosa.

UNITERMOS: Adesão a atividade física; Idosos.

INTRODUÇÃO

Muitos estudos têm apontado o importante papel da atividade física (AF) para a aquisição e manutenção da saúde, aptidão física e do bem-estar (Christmas & Andersen, 2000; Dishman, 1981; Dishman & Gettman, 1980; Robertson & Mutrie, 1989). Entretanto, estas razões não parecem ser suficientes para levar indivíduos sedentários a participar de programas de AF, nem tão pouco para manter adesão dos que já participam por um tempo superior a seis meses (King, Blair, Bild, Dishman, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell & Yeager, 1992; Robertson & Mutrie, 1989).

Quando se fala em indivíduos idosos,

há poucos estudos que relatam os padrões de AF dessa população e algumas tendências parecem ser obscuras. Alguns dados mostram que a prática da AF em busca da promoção de saúde declina marcadamente através dos anos de vida (Cousins & Keating, 1995). Young, King e Oka (1995) apontaram que indivíduos mais velhos tinham um estilo de vida bastante sedentário, tendo 42,6% de indivíduos com 65 anos ou mais relatado nenhum tipo de prática de AF. Segundo Caspersen, Merritt, Heath e Yeager (1990), para os homens americanos, a predominância de um estilo de vida sedentário aumentou de 32,7% entre 60 e 64 anos para 48,6% para aqueles com mais de 80 anos,

Centro de Educação e Cultura Universidade São Marcos.

^{**} Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo.

enquanto que um total de 38,5% das mulheres com idade entre 60 e 64 anos eram sedentárias, aumentando para 62,1% para aquelas com mais de 80 anos.

Sallis e Hovell (1990) sugerem que o comportamento para a prática da AF possui quatro grandes fases. Pesquisas sobre os determinantes da AF procuram prever e explicar as transições entre as seguintes fases: do sedentarismo à adoção da AF (adesão inicial); da adoção à desistência ou manutenção; da desistência à retomada da AF.

Segundo Dishman (1993), há um consenso de que variáveis conhecidas que determinam maior ou menor grau de fixação das pessoas aos programas de AF podem ser categorizadas como fatores pessoais passados e presentes, fatores ambientais ou situacionais passados e presentes, fatores comportamentais e fatores relativos ao programa de AF.

Entre os fatores pessoais, pode-se citar, gênero, idade, grau de instrução, renda ("status" sócio-econômico), raça e etnia e estado civil, aspectos que definem o perfil sócio-demográfico do indivíduo; além de saúde e aptidão física percebida, participação anterior em programas de AFs, razões para fazer AF, conhecimento e crenças nos benefícios da AF para saúde, traços psicológicos do praticante, benefícios percebidos com a AF, bem como fatores fisiológicos como peso corporal e problemas médicos gerais. Parece que o hábito de fumar e tipo de ocupação (emprego) fazem parte dos fatores comportamentais. Quanto aos fatores situacionais, encontram-se apoio social e participação da família, falta de tempo percebida, clima, proximidade do local da prática, além das características do programa de AF em si, como intensidade da atividade, programas individuais ou em grupo e características do professor (Dishman, 1993).

Estudos sobre os determinantes do comportamento para a prática da AF devem definir qual a fase de transição de interesse, já que os determinantes são provavelmente diferentes para cada fase e para populações distintas (Martin & Sinden, 2001), assim como para programas supervisionados e sem supervisão (Morgan & O'Connor 1988). Dado que menos de 10% da população americana adulta realiza AF vigorosa, o primeiro ponto de transição (do sedentarismo à adoção da AF) é considerado bastante importante, já que possibilita entender porque as pessoas iniciam um programa.

Em termos de adesão inicial, os determinantes pessoais exercem grande influência sobre este comportamento, além de que permitem traçar um perfil dos praticantes de AFs. De acordo com Dishman (1988), aspectos sócio-demográficos são fatores predisponentes que podem identificar pessoas que provavelmente terão maior resistência para participarem de programas de AF e, assim, tornam-se alvos para intervenções.

Segundo os estudos disponíveis, no que se refere à população adulta, parece que operários, grupos com baixo grau de instrução e baixo nível sócio-econômico, grupos de faixas etárias mais elevadas, e indivíduos com alto risco de doenças coronarianas são relativamente inativos em seu tempo livre e têm pouca probabilidade de participarem de programas supervisionados de AF.

Tendo em vista o intenso processo de envelhecimento populacional e a necessidade de se aumentar o número de idosos participantes de programas de AF devido a sua importância para a manutenção de autonomia e bem-estar físico, psicológico, social e mental para este segmento populacional, há necessidade de se conhecer quem são os idosos que se integram a programas de AF e porquê eles o fazem, de modo que tais respostas dêem sustentação para futuras estratégias de ação para mudar comportamentos e hábitos dos idosos sedentários para comportamento de praticantes. Assim, este trabalho tem por objetivo descrever o perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes no Programa Autonomia para Atividade Física (PAAF) da Escola de Educação Física e Esporte da USP, em março de 1999.

A seguir, uma variedade de fatores que definem o perfil sócio-demográfico dos indivíduos e influenciam o comportamento de adesão inicial a AF serão apresentados.

ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Gênero

Alguns estudos (Cousins & Keating, 1995; King et alii, 1992; Vertinsky, 1995) encontraram níveis de AF auto-gerida mais baixos entre as mulheres do que entre os homens, particularmente em indivíduos mais jovens, persistindo as diferenças para adultos mais velhos, apesar de menos acentuadas. Parece que as diferenças entre os sexos são mais evidentes para atividades de alta intensidade e são menores para

níveis moderados de atividade (Cousins & Keating, 1995). Num estudo de Young, King e Oka (1995), com indivíduos de idades entre 50 e 65 anos, identificou-se que para os homens, 7,8% eram sedentários, 76,7% irregularmente ativos e 15,5% regularmente ativos, enquanto que para as mulheres, 12,2% eram sedentárias, 72,3% irregularmente ativas e 15,5% regularmente ativas. Sugere-se que a crença fortemente arraigada sobre os riscos potenciais do exercício vigoroso detém muitas mulheres idosas de serem fisicamente ativas. Além disso, crenças antigas contribuíram para se assumir o fato que as mulheres idosas deveriam adotar “comportamentos apropriados para a idade” como inatividade e passividade mais cedo que os homens.

Segundo Robertson e Mutrie (1989), mulheres na fase adulta têm um grande número de barreiras a vencer para participarem de um programa de AFs, entre elas, conciliar responsabilidades para com os filhos e a profissão. Além disso, muitas das imagens associadas com a participação em AFs dizem respeito ao homem, à agressividade e à competitividade. Pode-se dizer que enquanto a responsabilidade com a família reduz o tempo útil para as mulheres estarem envolvidas em suas próprias AFs quando seus filhos são jovens, ajustar novas atividades nos estágios de vida mais tardios, como na velhice, pode ser visto como inapropriado para a idade e outras atividades sejam preferidas à AF sistemática, principalmente aquelas auto-geridas.

Quando se trata de programas supervisionados de AF para idosos, no Brasil Faria Júnior (1994) aponta como característica constante a não predominância de homens nesses projetos, o que pode ser verificado, por exemplo, na Universidade da 3ª. Idade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, onde o total de mulheres atinge 80%, o mesmo ocorrendo na Universidade da 3ª. Idade de Silesian, onde a maioria dos participantes têm de 50 a 70 anos (79%), com alto nível de escolaridade (94%), sendo que existe uma alta porcentagem de mulheres (70%) (Slezynski & Blonska, 1994). É importante que se busquem explicações para o alto percentual de mulheres em grande parte dos programas supervisionados de AF, que estejam além de uma certa correspondência com os percentuais de mulheres idosas atualmente. Parece que, talvez o homem com mais de 60 anos encontre, fora do lar, mais oportunidades de pontos de encontro socialmente aceitáveis para pessoas só

(clubes, grêmios recreativos, praças, bares etc.) do que a mulher. Além disso, muitos homens tendem a considerar os programas existentes inadequados, por não exigirem exaustivos esforços físicos ou incluírem atividades pouco recomendáveis a “homens de verdade” como por exemplo, a ginástica.

Whaley e Ebbeck (1997), em seu estudo, encontraram diferenças evidentes entre homens e mulheres em relação às restrições para a participação em um programa de AF, tanto no que constitui estas barreiras, como no que diz respeito a seu significado, sugerindo que a variável gênero pode representar, por si só, uma restrição à participação em determinados tipos de programas. Para as mulheres, as restrições mais apontadas foram problemas de saúde (capacidade física, bem-estar físico e medo dos riscos da AF para a saúde), o que pode ser explicado já que a mulher, tendo maior expectativa de vida, pode viver mais tempo com doenças crônicas e com falta de oportunidades devido às condições de vida. No que se refere aos homens, as restrições mais citadas foram tipo de aula oferecido (as aulas eram para mulheres e não eram suficientemente intensas), inconveniência de aulas estruturadas, tempo disponível e falta de conhecimento e informações sobre os programas, havendo grandes evidências de que os homens julgavam as aulas como exclusivas para as mulheres.

Idade

Segundo King et alii (1992), a adesão à AF diminui com o passar da idade, a partir da adolescência e da idade adulta jovem. Parece que após os 50 anos este declínio continua, com proporções maiores de não adesão de mulheres e homens aos 80 anos.

Vertinsky (1995) afirma que um dos fatos que explica o aumento da inatividade com o aumento da idade é que as pessoas idosas aprenderam que o comportamento de um “velho” é de inatividade, não que se sintam incapazes, mas por acreditarem que todas as pessoas na velhice deveriam parecer e se comportar como inativas, especialmente as mulheres.

Assim, pesquisas são mais ou menos consistentes em relatar que o nível de AF entre adultos declina com o aumento da idade, pelo menos até os 65 anos, como visto nos estudos citados anteriormente. Comparados a adultos mais jovens, idosos se exercitam menos freqüentemente

e escolhem atividades com menores demandas energéticas. Contudo, Stephens e Caspersen (1994) apontam importantes exceções para esta generalização. Parece que no Canadá e Finlândia, há um aumento na atividade reportada para grupos mais velhos comparados a grupos mais jovens. Além disso, se a intensidade da atividade é definida em relação à idade, o declínio de atividades esperado desaparece e há evidências de AF aumentada para indivíduos aos 65 anos, ou ainda mais jovens. Segundo os mesmos autores, alguns dados mostram que idosos americanos aumentaram seus níveis de AF mais do que pessoas mais jovens durante a década de 80, parecendo que esta tendência continua.

Para Dishman (1988, 1993), a idade não tem sido associada à adesão a programas de AF supervisionados para pessoas de 18 a 64 anos, apesar de homens e mulheres com 65 anos ou mais serem mais ativos do que aqueles de 50 a 64 anos e menos ativos do que pessoas com menos de 50 anos.

Grau de instrução

Segundo King et alii (1992) e Dishman e Sallis (1994), parece haver correlação positiva entre o grau de escolaridade e a adesão à AF. Para Dishman (1993), indivíduos participantes de programas de AF preventiva parecem ter um nível mais alto de educação formal do que aqueles que não participam. De acordo com Stephens e Caspersen (1994), AFs auto-geridas são consistentemente mais comuns entre grupos com maior nível de escolaridade. Corroborando as colocações anteriores, dados recentes de países como Austrália, Canadá e EUA revelam que grupos com maior grau de instrução são de 1,5 a 3,1 vezes mais ativos do que aqueles com menor grau, não sendo estes dados relacionados à faixa etária. Um estudo de revisão de literatura de Rhodes, Martin, Tauton, Rhodes, Donnelly e Elliot (1999) revelou que para indivíduos idosos, o grau de instrução foi positivamente correlacionado com prática regular de AF.

Renda e ocupação profissional

Segundo King et alii (1992) e Dishman e Sallis (1994), alguma relação foi encontrada entre adesão à AF e renda. Parece que grupos de baixa renda (“status” sócio-econômico) podem ter a inatividade reforçada, já que têm maior

probabilidade de serem relativamente desinformados sobre os benefícios para a saúde advindos da AF e sobre sua forma e quantidade apropriadas (Dishman, 1993).

De acordo com King et alii (1992), a respeito da relação entre ocupação profissional e nível de AF, pode-se dizer que é ainda obscura, parecendo haver pouca ou nenhuma relação. Para Weinberg e Gould (1995), pessoas com renda mais alta, maior nível educacional e “status” ocupacional mais elevado têm maior probabilidade de serem fisicamente ativas, enquanto operários tendem a ter menor nível de AF, maior desistência que outros profissionais e a participar menos de programas de reabilitação em relação aos trabalhadores de alto escalão (King et alii, 1992).

Para Dishman (1993), há alguma evidência de que a estrutura ou organização do emprego influenciam o tempo de AF do indivíduo, podendo-se dizer que a monotonia e a falta de controle sobre o trabalho foram associados à inatividade física de homens e mulheres trabalhadores de 16 a 65 anos.

Assim, parece que a ocupação profissional e a renda podem estar correlacionadas à adesão a AF na população adulta. Quando se trata da população idosa, parece mais difícil estabelecer relações, devido ao evento da aposentadoria, que além de ser encarada de diferentes formas, tem como primeira consequência para a pessoa uma mudança na quantidade e no modo de utilizar seu tempo disponível, bem como em seu padrão sócio-econômico. Além disso, como consequência da vida atual mais solitária, devido às mudanças na estrutura familiar, o velho muitas vezes tem que arcar com os custos de manutenção de sua casa, sendo que, para grande parte, o valor da aposentadoria é inferior aos vencimentos de seu período produtivo e também sua única fonte de renda. Por outro lado, com o evento da aposentadoria e consequentemente, um aumento do tempo livre disponível, segundo Dumazedier (1994), aproximadamente 37% das pessoas aumentam suas práticas de atividades corporais orientadas para a saúde, a forma e o prazer do próprio corpo. Para o idoso, estas práticas corporais do tempo livre têm evidentemente uma amplitude, uma diversidade, um caráter ao mesmo tempo mais lúdico e mais existencial, o que pode influenciar diretamente uma maior participação em programas de AF após a aposentadoria.

Estado civil

Para Young, King e Oka (1995), homens idosos sedentários têm maior probabilidade de serem solteiros, quando comparados aos homens irregularmente ativos e regularmente ativos. Em um estudo realizado por estes autores, tentou-se examinar se havia associação entre estado civil, gênero, nível de AF e variáveis psicossociais. Resultados sugeriram que ser solteiro foi associado com valores de depressão mais altos, refletindo, possivelmente, níveis mais baixos de apoio social, o que levaria a uma menor adesão à AF e, conseqüentemente, a um estilo de vida mais sedentário. Assim, devido aos mais baixos níveis de apoio social, aos mais altos níveis de depressão e maior presença de um estilo de vida sedentário, homens solteiros podem ter um risco maior para morbidade e mortalidade por doenças crônicas, para as quais a AF poderia proporcionar proteção, já que alguns estudos sugerem que programas de exercício aeróbio podem ser associados com aumento das respostas psicossociais e que a AF regular está associada com baixos níveis de sintomas depressivos.

RAZÕES PARA FAZER ATIVIDADE FÍSICA

Segundo Weinberg e Gould (1995), pessoas são motivadas por diferentes razões para fazer AF, mas um ponto importante que as faz iniciar um programa é o conhecimento de seus diversos benefícios. Tanto aqueles fisiológicos como psicológicos podem ser mencionados para persuadir pessoas sedentárias a iniciar um programa.

Vários estudos (Dishman, 1988; 1993; King et alii, 1992; Weinberg & Gould, 1995) mostram que o conhecimento e a crença nos vários benefícios da AF sobre a saúde podem motivar a adoção de um programa de AF, mas isto não está claro no caso de se reforçar a adesão. Aqueles que acreditam que a AF tem pouco valor para sua saúde e aptidão física não esperam respostas positivas, acreditando que estas estão fora de seu controle pessoal e muitos desistem antes mesmo de iniciarem um programa. Entretanto, na população americana somente 5% das pessoas, tanto ativas quanto inativas fisicamente, acreditam que mais informações sobre estes benefícios aumentariam sua participação.

Assim, é provável que a falta de conhecimento sobre a AF apropriada e atitudes e

crenças neutras ou negativas sobre as respostas do exercício possam impedir a adesão para algumas pessoas, mas o conhecimento, atitudes e crenças positivas por si só sobre seus benefícios gerais parecem insuficientes para assegurar a participação. Pode-se dizer que a falta de conhecimento sobre AF é, provavelmente, uma das razões tanto para desistir, como para não iniciar um programa, já que muitas vezes as pessoas simplesmente não sabem como começar, o quanto se exercitar, que tipos de exercício realizar, etc.

Em um estudo de Robertson e Mutrie (1989) com indivíduos adultos, os homens que aderiram à AF tiveram razões diferentes para se exercitar e tinham mais conhecimento sobre fisiologia do exercício e sobre seus efeitos quando comparados àqueles que não aderiram. Os resultados mostraram que as pessoas que aderiram tinham como objetivo melhorar a "performance esportiva" enquanto que aquelas que não aderiram visavam a manutenção da saúde ou o aumento do tônus muscular. Um maior número de pessoas que não aderiram citaram a perda de peso como uma razão para se exercitar.

Segundo Vertinsky (1995), apesar das indicações de participação e interesses aumentados em programas de AFs entre os idosos, a maioria deles com mais de 65 anos não se exercita regularmente ou sistematicamente, pois enquanto os efeitos cumulativos do tempo, desuso e doença são destinados a ter uma ligação direta com os padrões de AF, crenças sobre os riscos potenciais de exercícios vigorosos parecem impedir muitas mulheres idosas de serem fisicamente ativas. Há indicativos de que estas aceitam estereótipos persistentes que ligam idade com declínio físico e permanecem ou se tornam sedentárias, porque acreditam que é inapropriado ou perigoso serem fisicamente ativas. Dessa forma, um ponto interessante a ser notado é o fato de que, enquanto um dos principais motivos que mulheres idosas colocam para não participarem de AFs é o declínio da saúde e a percepção de estarem muito velhas, ao mesmo tempo pesquisas científicas demonstram que entre os benefícios certos da AF estão o aumento da saúde e a melhora da qualidade de vida (Blair, 1988).

De acordo com Dishman (1988), a promoção efetiva da AF pelos médicos é um determinante potencialmente forte de adesão inicial para pessoas idosas, devido ao contato aumentado com esses profissionais à medida que se envelhece. Para esta população, indicação médica parece ser a

mais prevalente razão percebida para AF. Por outro lado, campanhas tradicionais para promoção de saúde, incluindo prescrições médicas ou avaliações de fatores de risco, parecem não motivar a participação porque focalizam incentivos de saúde abstratos para AF que tem alto potencial para promover a adoção inicial, mas baixo valor para reforçar a adesão.

Neste sentido, Dantas (1994) realizou um estudo com o objetivo de detectar os principais motivos que levam idosos a participarem de programas de AF sistemática e orientada. Em sua pesquisa quantitativa, os resultados apontam que os motivos mais significativos foram: a) ocupação do tempo livre com atividade saudável; b) possibilidade de convivência e socialização; c) sentir-se participante e produtivo; d) prevenir patologias e manter a saúde; e) retardar o envelhecimento; f) buscar uma melhor estética corporal. Na pesquisa qualitativa, os principais indicadores detectados foram o aumento da auto-estima e da sensação de utilidade, associado a um forte sentimento de grupo e de orgulho dos ganhos em termos de performance física, principalmente comparativamente com sua condição prévia e com os demais membros do grupo.

Em outro estudo, Faria Júnior (1994) encontrou que as expectativas mais apontadas por idosos que iriam iniciar um programa de AF eram relacionadas a: reabilitação (desvios de coluna e problemas na marcha), saúde (condicionamento físico, melhora das capacidades intelectuais e mentais), bem-estar e ampliação das relações interpessoais. Os menos apontados foram estética, rejuvenescimento e longevidade.

Já Ramilo (1994) verificou como principais motivações para a participação de mulheres idosas em programas de AF supervisionados, os seguintes aspectos: necessidade de fuga do isolamento, ocupação regular e organizada do tempo; manutenção da autonomia; indicação médica; custo compatível com a condição sócio-econômica; fácil acesso ao local do programa.

Dessa forma, finalizando, pode-se dizer que em termos de estilo de vida, múltiplos fatores influenciam a participação ou não em programas de AF. Parece ser bastante necessário, entretanto, clarificar se os comportamentos de adesão e não adesão são afetados da mesma forma, quando o estudo se restringe, especificamente, a indivíduos idosos, já que existem vários problemas metodológicos que tornam os resultados

inconsistentes, havendo generalizações inadequadas.

MÉTODO

Amostra

Participaram deste estudo 44 idosos ingressantes no Programa Autonomia para a Atividade Física (PAAF), em março de 1999. A idade média dos sujeitos foi de 69,6 anos (desvio padrão = 4,8 anos), sendo 72,7% mulheres (n = 32) e 27,3% homens (n = 12). Todos os sujeitos foram voluntários e conscientes dos objetivos e finalidades do estudo, que foram especificados em um termo de consentimento de participação.

O PAAF

Em relação ao PAAF, é um programa de educação física destinado a indivíduos do sexo feminino e masculino com idade igual ou superior a 60 anos. É desenvolvido na Escola de Educação Física e Esporte da USP e constitui-se de duas sessões semanais de 120 minutos, tendo a duração de 12 meses. Seu objetivo principal é levar o idoso a ter autonomia para auto-gerir um programa de AF.

O curso é composto de atividades práticas e teóricas. As atividades práticas têm como objetivo levar o idoso a: a) adquirir conhecimentos sobre seu corpo e conscientizar-se dele, das suas capacidades funcionais, das suas habilidades motoras e das suas limitações; b) desenvolver domínio mínimo sobre suas habilidades motoras e aumentá-lo, na medida do possível, de modo a ampliar o domínio do corpo e do espaço; c) melhorar as capacidades físicas e motoras como força, flexibilidade, capacidade aeróbia, agilidade, equilíbrio, tempo de reação e de movimento, para aumentar a aptidão física; d) descobrir o prazer de movimentar-se e de dominar o próprio corpo em diferentes situações motoras. O conteúdo desenvolvido nas aulas práticas compreende: a) atividades de reestruturação corporal; b) atividades de relaxamento e massagem; c) atividades com exercícios respiratórios; d) atividades aeróbias; e) atividades de força e flexibilidade; f) atividades para melhorar o controle motor como agilidade, tempo de reação e tempo de movimento, equilíbrio e atividades rítmicas.

As atividades teóricas têm como objetivo: a) levar o idoso a valorizar e reconhecer o

valor da AF para manter sua qualidade de vida; b) informar sobre a estruturação e funcionamento do corpo humano e suas alterações decorrentes do processo de envelhecimento; c) conhecer as implicações positivas da AF neste processo; d) saber quais AFs fazer para lidar com esse processo e como fazê-las. O curso foi criado e é coordenado por uma professora de Educação Física, sendo desenvolvido por um grupo de professores de Educação Física.

Instrumento

Para a realização desta pesquisa foi desenvolvido um questionário composto de questões abertas e fechadas, relacionadas aos aspectos sócio-demográficos (gênero, idade, grau de instrução, renda ("status" sócio-econômico), tipo de ocupação, estado civil) e às razões para iniciar o programa, que foi aplicado em todos os participantes.

A coleta de dados foi feita na EEFUEUSP, onde os sujeitos responderam ao questionário, tendo sido orientados individualmente por um auxiliar de pesquisa, que foi uma pessoa desconhecida dos participantes deste estudo.

Variáveis de estudo e análise estatística

As variáveis de estudo foram:

- a) fatores sócio-demográficos: gênero, idade, grau de instrução, renda ("status" sócio-econômico), tipo de ocupação, estado civil;
- b) razões para iniciar o programa.

Os dados foram analisados descritivamente por meio de médias, desvios-padrão, valores extremos e porcentagens.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fim de traçar o perfil sócio-demográfico dos idosos que ingressaram no PAAF em 1999 e as principais razões que os levaram a iniciar o programa, os resultados serão apresentados em dois blocos: 1) características sócio-demográficas; 2) razões para adesão inicial.

Fatores sócio-demográficos

Conforme Dishman (1988) e Martin e Sinden (2001), determinantes pessoais e características sócio-demográficas são predisposições que podem identificar pessoas que provavelmente terão maior resistência para participação em AFs, parecendo influenciar, principalmente, a adesão inicial ao exercício.

As características sócio-demográficas, apresentadas na TABELA 1, evidenciam que dos 44 sujeitos ingressantes no programa, a maioria constituiu-se de mulheres (72,7%; n = 32), sendo a idade média do grupo 69,6 anos (desvio padrão = 4,8 anos). Verifica-se que 56,8% dos sujeitos eram casados e 31,8% viúvos. Pode-se observar que esta amostra apresentou graus de instrução bastante heterogêneos, uma vez que 52,2% distribuíram-se até o grau ginásial completo, 4,5% têm o nível colegial incompleto, 9,1% têm o colegial completo e 34,1% chegaram a frequentar a faculdade. A renda mensal variou entre R\$ 0,00 e R\$ 8.500,00, com média de R\$ 1.410,63, (desvio padrão = R\$ 1.573,42), o que corresponde a mais de 10 salários mínimos vigentes em março de 1999 (R\$ 130,00). Apesar da alta variabilidade, nota-se que a maior parte dos sujeitos (n = 18) concentrou-se entre rendas de quatro a 10 salários mínimos. Quanto à ocupação, aproximadamente 90% eram aposentados e/ou donas-de-casa, havendo quatro pessoas vinculadas a um trabalho.

TABELA 1 Características sócio-demográficas dos ingressantes no PAAF, em frequência e porcentagem.

VARIÁVEL	Categoria	N	%
Idade (anos)	60-64	6	13,6
	65-69	14	31,8
	70-74	17	38,6
	75-79	6	13,6
	80+	1	2,3
Gênero	Feminino	32	72,7
	Masculino	12	27,3
Estado civil	Casado	25	56,8
	Solteiro	2	4,5
	Viúvo	14	31,8
	Divorciado	3	6,8
Renda (R\$)	Até 3 s/m	11	25
	4 a 10 s/m	18	40,9
	+ de 10 s/m	15	34,1
Ocupação	Empregado	4	9,1
	Aposentado	33	75,0
	dona-de-casa	7	15,9
Escolaridade	Analfabeto	0	0
	Sabe ler e escrever	1	2,3
	1o. grau incompleto	16	36,3
	1o. grau completo	6	13,6
	2o. grau incompleto	2	4,5
	2o. grau completo	4	9,1
	Superior incompleto	3	6,8
	Superior completo	12	27,3
Total		44	100

Das características sócio-demográficas apresentadas, observa-se que prevaleceu o gênero feminino, corroborando os achados da literatura (Faria Júnior, 1994; Slesynski & Blonska, 1994; Whaley & Ebbeck, 1997), que apontam maior predominância de mulheres idosas participando de programas supervisionados de AF em relação à participação masculina. Pode-se dizer que o alto percentual de mulheres em grande parte dos programas está além de uma certa correspondência com o maior percentual de mulheres idosas atualmente. Para Slezynski e Blonska (1994), o homem com mais de 60 anos encontra mais oportunidades de pontos de encontro do que a mulher, como por exemplo, clubes, grêmios recreativos, praças, bares, etc. Uma outra possível explicação é que muitas vezes os homens consideram alguns programas oferecidos, como ginástica, hidroginástica, Yoga, etc, inadequados, por acharem que atendem exclusivamente às necessidades femininas, exigindo pouco ou nenhum

esforço físico.

Em relação ao estado civil, a maioria (56,8%) é casada. Parece que estes sujeitos podem ter valores mais altos de apoio social para prática de AF por parte da família do que indivíduos solteiros, que têm sido associados com índices menores de adesão a programas (Young, King & Ota, 1995). É interessante notar que na amostra desta pesquisa, apenas dois indivíduos eram solteiros, o que vai ao encontro dos dados descritos anteriormente.

Sobre o grau de instrução, vários estudos (Dishman & Sallis, 1994; King et alii, 1992; Rhodes et alii, 1999; Stephens & Caspersen, 1994) apontam haver correlação positiva entre esta variável e adesão à AF, tanto na fase adulta como na velhice, já que existe maior probabilidade das pessoas com mais escolarização terem maior acesso à informações sobre benefícios da AF e até maiores condições financeiras para participarem dos programas. Entretanto, os resultados

encontrados neste estudo não confirmam os da literatura, haja vista que mais da metade do grupo não tinha alto nível de escolaridade, o que só ocorreu para aproximadamente 30% dos sujeitos. É interessante notar que 52,2% da amostra concentraram-se até o grau ginásial completo.

Quanto ao “status” sócio-econômico, os resultados parecem bastante diferentes daqueles encontrados na literatura relativos à população adulta, já que há uma variação de renda bastante grande (R\$ 0,00 e R\$ 8.500,00), o que evidencia pessoas de várias classes sociais participando deste programa. Talvez esta grande variabilidade possa ser explicada pelas formas de divulgação do curso, que ocorreu tanto através do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, que atende pessoas de baixa renda, quanto pela rádio USP e Jornal da USP, que possivelmente atinge pessoas com maior grau de escolarização, e, portanto, maior renda.

Dishman e Sallis (1994) relatam alguma relação entre adesão à AF e renda, para população adulta, já que grupos de baixa renda podem participar menos de programas de AF, uma vez que têm maior probabilidade de serem relativamente desinformados sobre os benefícios para a saúde advindos da AF e sobre sua forma e quantidades apropriadas. Além disso, pode-se dizer que nem todos têm condições de pagar taxas ou mensalidades, muitas vezes, relativamente altas, que cobram clubes e academias, o que poderia ser levantado como possível barreira para prática de AF entre o segmento etário idoso.

Quando se trata da população idosa, entretanto, parece mais difícil estabelecer relações, devido ao evento da aposentadoria, que tem como primeira consequência para a pessoa uma mudança no modo de utilizar seu tempo e na quantidade de recursos disponíveis. Parece que esta variável “aposentado” é um forte determinante para a adesão à AF na velhice, visto que permite um tempo livre ampliado, o que por sua vez, permite a inclusão de atividades na rotina dos idosos. É importante ressaltar que não praticar AF por falta de tempo é uma justificativa para grande parte da população adulta.

Segundo Dumazedier (1994), a experiência de um tempo livre dominante na velhice pode permitir melhor aprofundar o sentido das atividades voluntárias de lazer, para a realização de si próprio. De acordo com este autor, o desenvolvimento de práticas corporais orientadas para a saúde, a forma e o prazer do próprio corpo

aumentam cerca de 37% para homens e mulheres após a aposentadoria e têm uma amplitude e um caráter ao mesmo tempo mais lúdico e mais existencial. Estas práticas têm para o aposentado um sentido profundo, do qual depende freqüentemente seu estado de satisfação pessoal, seu estado de saúde geral e sua inserção social.

Parece que para a amostra deste estudo, alto nível de escolaridade e renda não foram determinantes que influenciaram a adesão ao programa, não corroborando os estudos descritos anteriormente, já que mais da metade dos sujeitos têm baixo grau de instrução e há pessoas de todos os níveis sociais, o que talvez possa ser pensado como uma realidade da população idosa brasileira. A nossa prática profissional tem mostrado que outros programas supervisionados de AF em instituições como centros comunitários, unidades do SESC, grupos de convivência de idosos, entre outros, apresentam realidade semelhante à encontrada neste estudo quanto ao grau de instrução e renda, o que conduz à necessidade de outras pesquisas que confirmem tais observações.

Em relação à ocupação profissional, 9,1% dos sujeitos continuava trabalhando, 75,0% eram aposentados e 15,9% eram donas-de-casa. Estudos com a população adulta mais jovem relatam que a relação isolada entre ocupação profissional e adesão à AF é bastante inconclusiva, estando diretamente ligada à renda e grau de instrução (King et alii, 1992). Parece que pessoas com renda mais alta, maior nível educacional e “status” ocupacional mais elevado têm maior probabilidade de serem fisicamente ativas. Entretanto, quando se trata de idosos, estas relações tornam-se mais difíceis devido ao evento da aposentadoria, já que este na maior parte das vezes não só leva a uma diminuição bastante significativa na quantidade de recursos disponíveis, como também provoca alterações na quantidade de tempo livre para atividades de auto-cuidado e de lazer, já que há mudanças nas atividades ocupacionais do indivíduo aposentado, como já discutido anteriormente.

Razões para fazer AF

Neste item, são apresentadas as razões que levaram os sujeitos a se inscrever e iniciar o programa, uma vez que a adesão inicial, manutenção da adesão ou desistência e retomada do programa de AF são comportamentos

influenciados por fatores distintos.

Perguntou-se aos sujeitos por que eles ingressaram no PAAF. A partir desta questão, foi feita a transcrição das respostas e sua ordenação em categorias que contemplassem um grupo de conteúdos de discurso. A rotulação das categorias principais e sub-categorias foi feita com base na análise do conteúdo do discurso utilizado pelos respondentes. Após realizada essa análise,

estabeleceu-se a frequência com que apareceram nas respostas dos sujeitos.

Pode-se observar que as principais razões apontadas foram relacionadas à indicação de amigos, crença nos benefícios da AF para saúde, indicação médica e busca de convívio social. Abaixo, são descritas as principais razões para iniciar o programa e a frequência com que elas aparecem (TABELA 2).

TABELA 2 - Razões apresentadas pelos sujeitos para iniciarem sua participação no PAAF

Categorias e sub-categorias	Frequência
Motivos de saúde	
Melhorar a saúde e qualidade de vida	13
Indicação médica	4
Incentivo da rede social	
Indicação de amigos	17
Incentivo de familiares	2
Acompanhar o cônjuge	1
Busca de integração social	6
Conhecimento dos benefícios da AF	
Intenção de fazer AF	4
Gostar de AF	2
Busca de atividades para crescimento pessoal	1
Proximidade da residência	1
Emagrecer	1

Nota-se que a razão “indicação de amigos” foi a mais mencionada para iniciarem o programa. Dezesete sujeitos relataram que vieram para o programa através da indicação de ex-alunos do PAAF dos anos anteriores, que o recomendaram ressaltando, principalmente, a qualidade do programa e dos professores. Parece que a filosofia do PAAF e o tipo de relação professor-aluno que foi estabelecido nestes grupos anteriores foram ao encontro das necessidades e expectativas dos ex-participantes a ponto de recomendarem o programa para outras pessoas.

Quanto às demais razões apontadas, pode-se dizer que estes resultados para adesão inicial são concordantes com achados da literatura. A segunda razão mais apontada foi “melhorar a saúde” Segundo Weinberg e Gould (1995), um ponto importante que faz as pessoas iniciarem um programa de AF é ter conhecimento de seus diversos benefícios, tanto em nível fisiológico como psicológico. Indivíduos que acreditam que a AF tem pouco valor para sua saúde e qualidade de vida, muitas vezes, desistem antes mesmo de iniciarem um programa.

Outra razão apontada “indicação médica” também aparece nos estudos de Dishman (1988) e Pinto, Goldstein, De Pue e Milan (1998), que consideram a promoção efetiva da AF pelos médicos um forte determinante de adesão para pessoas idosas. Com relação à “busca de convívio social” observa-se que é uma razão bastante importante apontada por outras pesquisas como Faria Júnior (1994) e Ramilo (1994).

CONCLUSÃO

Considerando os resultados deste estudo, é possível traçar um perfil dos sujeitos que ingressaram no PAAF em 1999: a maior parte era do sexo feminino, com predomínio de pessoas casadas e aposentadas, com graus de instrução e “status” sócio-econômico muito heterogêneos. As principais razões para adesão inicial foram relacionadas a indicação de amigos, melhora da saúde e busca de convívio social.

Parece certo que, compreender as variáveis que influenciam a adesão à AF pode

auxiliar no estabelecimento de estratégias para mudança de comportamento. Aplicar este conhecimento a situações individuais pode ajudar no desenvolvimento e manutenção de hábitos associados a um estilo de vida saudável.

Entretanto, muito conhecimento ainda precisa ser elucidado, o que remete à necessidade de mais pesquisas futuras sobre as várias associações entre os determinantes e o comportamento de adesão à AF na velhice.

ABSTRACT

SOCIAL-DEMOGRAPHIC PROFILE AND INITIAL ADHERENCE OF ELDERLY ENTERING A PHYSICAL EDUCATION PROGRAM

The goal of this study was to describe the social-demographic profile of 44 elderly persons (average age = 69.6 years) entering the Physical Activity Autonomy Program (PAAP/EEFEUSP) in March 1999, and the reasons that led them to initiate the program. The instrument used was a questionnaire with open and closed questions, on social demographic aspects (gender, age, degree of education, income, type of occupation, civil status) and the reasons to start the PAAP. The results indicate the profile of the subjects as: most of them were female (72.7%), there was a predominance of married persons (56.8%); 75% were retired; there was a great variability in the degree of education and social-economic status, where 52.2% of the subjects had completed the junior high school and more than 30% had attended college; the monthly income of the group varied from R\$ 0.00 to R\$ 8,500.00. The main reasons for these subjects to start this program were: indication by friends, health improvements and the search for a social convivial. The conclusion was that the subjects of this study presented a social-demographic profile of initial adherence different from younger population. More specific studies of the elderly population are necessary.

UNITERMS: Adherence to physical activity; Elderly.

REFERÊNCIAS

- BLAIR, S.N. Exercise within a healthy lifestyle. In: DISHMAN, R.D. (Ed.). **Exercise adherence: its impact on public health**. Champaign: Human Kinetics, 1988. Cap.3, p.75-89.
- CASPERSEN, C.J.; MERRITT, R.K.; HEATH, G.W.; YEAGER, K.K. Physical activity patterns of adults aged 60 years and older. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v.22, p.S79, 1990.
- CHRISTMAS, C.; ANDERSEN, R.A. Exercise and older patients: guidelines for the clinician. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.48, n.3, p.318-24, 2000.
- COUSINS, S.O.; KEATING, N. Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active older women. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v.3, n.4, p.340-59, 1995.
- DANTAS, E. Aspectos motivacionais para a prática de atividades físicas por gerontes. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M. (Eds.). **Physical activity and health in the elderly**. Porto: University of Porto, 1994. p.518-20. (Proceedings of the first conference of EGREPA).
- DISHMAN, R.K. Biologic influences on exercise adherence. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, Washington, v.52, n.2, p.143-59, 1981.
- _____. Determinants of physical activity and exercise for persons 65 years of age or older. In: AMERICAN ACADEMY OF PHYSICAL EDUCATION. **Physical activity and aging**. Champaign: Human Kinetics, 1988. p.140-62. (American Academy of Physical Education Papers, n.22).
- _____. Exercise adherence. In: SINGER, R.; MURPHEY, M.; TENNANT, L.K. (Eds.). **Handbook of research on sport psychology**. New York: MacMillan, 1993. Cap.36, p.779-98.
- DISHMAN, R.K.; GETTMAN, L. Psychologic influences on exercise adherence. **International Journal of Sport Psychology**, Rome, v.2, n.4, p.295-310, 1980.
- DISHMAN, R.K.; SALLIS, J.F. Determinants and interventions for physical activity and exercise. In: BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.; STEPHENS, T. (Eds.). **Physical activity, fitness and health: international proceedings and consenses statement**. Champaign: Human Kinetics, 1994. Cap.13, p.215-38.

DUMAZEDIER, J. Após a idade do trabalho: nostalgia do trabalho? In: _____. (Ed.). **A revolução cultural do tempo livre**. São Paulo: Studio Nobel, 1994. Cap.5, p.120-49.

FARIA JÚNIOR, A.G. Idosos em movimento: mantendo a autonomia: população e expectativas. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M. (Eds.). **Physical activity and health in the elderly**. Porto: University of Porto, 1994. p.321-26. (Proceedings of the first conference of EGREPA).

KING, A.C.; BLAIR, S.N.; BILD, D.E.; DISHMAN, R.K.; DUBBERT, P.M.; MARCUS, B.H.; OLDRIDGE, N.B.; PAFFENBARGER, R.S.; POWELL, K.E.; YEAGER, K.K. Determinants of physical activity and interventions in adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v.24, n.6, p.S221-36, 1992.

MARTIN, K.A.; SINDEN, A.R. Who will stay and who will go? A review of older adults adherence to randomized controlled trials of exercise. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v.9, p.91-114, 2001.

MORGAN, W.P.; O'CONNOR, P.J. Exercise and mental health. In: DISHMAN, R. (Ed.). **Exercise adherence: its impact on public health**. Champaign: Human Kinetics, 1988. Cap.4, p.91-121.

PINTO, B.M.; GOLDSTEIN, M.G.; De PUE, J.D.; MILAN, F.B. Acceptability and feasibility of physician based activity counseling: the PAL project. **American Journal of Preventive Medicine**, v.15, n.2, p.95-102, 1998.

RAMILO, M.T. Programa de atividade física e adaptada. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M. (Eds.). **Physical activity and health in the elderly**. Porto: University of Porto, 1994. p.375-79. (Proceedings of the first conference of EGREPA).

RHODES, R.E.; MARTIN, A.D.; TAUTON, J.E.; RHODES, E.C.; DONNELLY, M.; ELLIOT, J. Factor associated with exercise adherence among older adults. an individual perspective. **Sports Medicine**, Auckland, v.28, n.6, p.397-411, 1999.

ROBERTSON, J.; MUTRIE, N. Factors in adherence to exercise. **Physical Education Review**, Manchester, v.12, n.2, p.138-46, 1989.

SALLIS, J.F.; HOVELL, M.F. Determinants of exercise behavior. **Exercise and Sport Sciences Review**, Baltimore, v.18, p.307-30, 1990.

SLEZYNSKI, J.; BLONSKA, W. Physical Activity of the third age population. In: MARQUES, A.T.; GAYA, A.; CONSTANTINO, J.M. (Eds.). **Physical activity and health in the elderly**. Porto: University of Porto, 1994. p.414-5. (Proceedings of the first conference of EGREPA).

STEPHENS, T.; CASPERSEN, C.J. The demography of physical activity. In: BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.; STEPHENS, T. (Eds.). **Physical activity, fitness and health: international proceedings and consenses statement**. Champaign: Human Kinetics, 1994. Cap.12, p.205-13.

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

WEINBERG, R.; GOULD, D. **Foundation of sport and exercise psychology**. Champaign: Human Kinetics, 1995. Cap.20, p.379-98: Exercise adherence.

WHALEY, D.E.; EBBECK, V. Older adults' classes constraints to participation in structured exercise. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v.5, n.3, p.190-212, 1997.

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

Recebido para publicação em: 16 ago. 2001
1a. revisão em: 23 ago. 2002
2a. revisão em: 18 jul. 2003
Aceito em: 12 set. 2003

ENDEREÇO: Márcia Cristina Andreotti
R. Fernão de Magalhães, 37
09730-250 São Bernardo do Campo - SP BRASIL