

**ESTILO DE VIDA E ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO  
PARA ATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES DE DIFERENTES ETNIAS  
EM SANTA CATARINA**

**por**

**Vanessa Miranda Ramos**

---

**Dissertação Apresentada ao Programa de Pós- Graduação em  
Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina  
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de  
Mestre em Educação Física**

**Julho, 1999**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

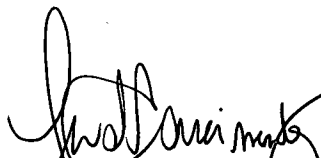
A dissertação: Estilo de Vida e Estágios de Mudança de Comportamento para a Atividade Física em Mulheres de Diferentes Etnias em Santa Catarina.

elaborada por : Vanessa Miranda Ramos

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Curso de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA**  
**Área de Concentração: Atividade Física relacionada à Saúde**

**Data: 14 de julho de 1999**



---

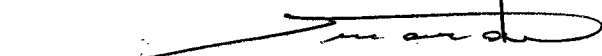
Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento  
Coordenador do Mestrado em Educação Física

BANCA EXAMINADORA:




---

Prof. Dr. Markus V. Nahas Orientador



---

Prof. Dr. Victor K. R. Matsudo



---

Prof. Dr. Maria de Fátima da Silva Duarte

## AGRADECIMENTOS

- Agradeço aos meus pais, por terem me proporcionado a educação que me permitiu chegar até aqui, além do incentivo constante em tudo na minha vida;
- Ao meu orientador Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas, que desde a fase da especialização tem dispensado sua dedicação, incentivo e coragem durante toda minha trajetória, meu muitíssimo obrigada;
- As grandes colaboradoras desse estudo Elusa S. A. de Oliveira, Joice Valdete Rosa, Joie de Figueiredo Nunes e Rosângela Immich sem as quais esse estudo não seria efetuado;
- Aos amigos e *irmãos* Magnus Benetti, Zé Luiz Gonçalves e principalmente Mauro V. Barros pelos incansáveis períodos de análise estatística dos dados;
- Ao meu irmão Alex pela ajuda na área médica e incentivo sempre;
- A todas as mulheres das localidades de Enseada de Brito, Governador Celso Ramos, Nova Trento e Presidente Getúlio que colaboraram dispensando seu tempo e colaborando com a entrevista;
- As autoridades responsáveis de cada cidade investigada pela ajuda e empenho para que tudo saísse da melhor maneira;
- A Profa. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte pela atenção dispensada e colaboração em todas as fases de desenvolvimento desse estudo;
- Ao Prof. Dr. Victor Matsudo e integrantes do CELAFISCS pelas oportunidades de engrandecimento profissional e pelo carinho recebido a cada encontro;
- A todos meus amigos do NuPAF e Mestrado pela colaboração e incentivo;
- Ao Prof. Ms. Joaquim Felipe de Jesus que está sempre presente ajudando de todas as maneiras, obrigada pela sua colaboração;
- Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias que me fez descobrir um outro lado da atividade física relacionada á saúde.
- Ao Jairo pelos intermináveis serviços prestados na secretaria da pós-graduação.
- A CAPES por ter concedido uma bolsa de auxílio financeiro durante grande parte do mestrado a qual, foi indispensável para realização desse estudo.

## RESUMO

### Estilo de Vida e Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física em Mulheres de Diferentes Etnias em Santa Catarina.

Nome: Vanessa Miranda Ramos  
Orientador: Prof. Dr. Markus V. Nahas

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa do tipo descritiva, cujo objetivo foi caracterizar aspectos do estilo de vida e determinar os estágios de mudança de comportamento (EMC) para atividade física em mulheres catarinenses de 18 a 65 anos e de três origens étnico-culturais (açoriana, italiana e alemã). A amostra foi constituída por 273 sujeitos, sendo 91 de cada grupo étnico-cultural. Na coleta de dados foi utilizada um entrevista estruturada a fim de obter informações sócio-demográficas, do estilo de vida, nível de atividade física habitual, aspectos alimentares, além da investigação dos EMC. Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha eletrônica do programa *Epi-Info* (versão 6.04b) e analisados no programa *Simstat for Windows* (versão 1.21). Utilizou-se na análise os seguintes procedimentos: tratamento descritivo, análise de variância (Anova one-way), teste de Scheffée e teste de associação Qui-quadrado, adotando-se um nível de significância de 5%. Quanto às características sócio-demográficas dos sujeitos investigados, verificou-se que: grande parte das mulheres (60,5%; 164) são casadas, 37% (101) não concluíram o ensino fundamental, 62% (169) tem ocupação remunerada e 75% (205) são das classes B e C (critérios ABA/ ABIPEME). Quanto ao estilo de vida, verificou-se que: 83,2% (227) das mulheres nunca fumaram; apenas 20,9% (57) ingere bebidas alcólicas; 13,9% (38) apresentam-se freqüentemente com níveis elevados de estresse; e, 75,9% (207) consideram o nível pessoal de saúde bom ou excelente. A proporção de mulheres etilistas foi significativamente ( $p < 0,05$ ) menor entre as açorianas. Os resultados permitiram concluir que o EMC para atividade física não diferiu significativamente entre os grupos étnico-culturais e nem entre as faixas etárias (18-34; 35-49 e 50-65 anos) consideradas. Entretanto, foi verificado que cerca de 78% (213) das mulheres entrevistadas, independente da origem e da faixa etária foram classificadas nos estágios de ação e manutenção. A associação entre EMC para atividades físicas e estilo de vida foi significativa ( $p < 0,05$ ) apenas em relação a variável percepção do nível de estresse. Com relação à atividade física, as mulheres do grupo açoriano possuem um menor gasto energético absoluto em todos os aspectos analisados (trabalho, lar, transporte e lazer), exceto no aspecto relacionado ao lazer ativo. O gasto energético absoluto no lazer ativo das mulheres entrevistadas dos três grupos apresentaram índices baixos, podendo-se considerá-las como sedentárias e com maiores riscos para a saúde. Quando se comparou o gasto energético nos diferentes EMC, verificou-se um gasto energético maior em todos os parâmetros nos estágios de ação e manutenção; entretanto, não foram gastos energéticos desejáveis para provocar benefícios à saúde ( $> 1.000$  kcal/semana).

Palavras chaves: Estágio de mudança, mulher, atividade física, etnia, modelo transteorético.

## ABSTRACT

### Lifestyle Characteristics and Stages of Change for Physical Activity Among Women of Different Ethnic Groups in Santa Catarina, Brazil.

Author: Vanessa Miranda Ramos

Advisor: Markus V. Nahas, PhD

This survey intended to determine the lifestyle characteristics and stages of behavior change related to physical activity among women (ages 18-65) from the following ethnic backgrounds: Portuguese, Italian, and German. The sample was randomly selected by address, in the urban areas, and included 273 subjects (91 in each group) from three specific towns in the State of Santa Catarina, Brazil, with overt predominance of Portuguese, Italian, and German descendents, respectively. Data collection was performed by interview, including sociodemographic information, lifestyle characteristics, habitual physical activity, nutrition, and stages of change for physical activity. Data analysis included descriptive statistics, Anova one-way, and Qui-Square, with the level of significance set at  $p < 0.05$ . Analysis was performed utilizing the softwares EpiInfo-6.04b, and Simstat for Windows-1.21. Results indicated that 60.5% of the women were married, 37% had less than eight years of education, 62% had a paid occupation, and 75% were classified as middle and low-middle class (B and C socioeconomic status, according to the ABA/ABIPEME criteria). Lifestyle characteristics: 83.2% never smoked, only 20.9% drank alcoholic beverages (significantly less for Portuguese women –  $p < 0.05$ ), 13.9% referred high stress levels, and 75.9% perceived their current health status as good or excellent. Stages of change classification was not different among ethnic or age groups (18-34, 35-49, 50-65 years). An unexpected proportion 78% of the subjects was classified as being in the action (regularly active) or maintenance (regularly active for more than six months) stages of change. Among the lifestyle variables, only perceived stress was significantly associated with the stages of change. Physical activity was assessed by the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-version 6), and the Portuguese descendents were the less active group for the domains of work, household activities, and transportation. Leisure Physical activity was low for the three groups, with no statistical difference among them. Daily energy expenditure in physical activities was greater for those in the stages of action and maintenance (confirming the model), but the average amount of expended energy was lower than the minimal recommended for health benefits ( $>1,000$  kcal/week).

Key-words: Stages of change, ethnic groups, lifestyle, physical activity.

## ÍNDICE

Página

LISTA DE ANEXOS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi

### Capítulo

I. INTRODUÇÃO.....	1
--------------------	---

- Formulação da Situação- Problema
- Objetivos do Estudo
  - Objetivo Geral
  - Objetivos Específicos
- Questões Investigadas
- Delimitações
- Limitações
- Definição de Termos

II. REVISÃO DA LITERATURA.....	9
--------------------------------	---

- Formação Étnico-cultural da População Catarinense
- Colonização Açoriana
- Colonização Italiana
- Colonização Alemã
- Atividade Física e Saúde: Evidências Epidemiológicas
- Teorias da Motivação
- Determinantes da Atividade Física na Mulher
- Barreiras Específicas para Mulheres, Idosos e Grupos Minoritários

III. METODOLOGIA .....31

Modelo do Estudo  
População e Amostra  
Instrumentos e variáveis  
Procedimentos gerais da coleta de dados  
Análise dos dados

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....36

Caracterização e Dados Demográficos da Amostra  
Idade  
Estado civil  
Escolaridade  
Ocupação dos sujeitos  
Nível Sócioeconômico  
Estrutura Familiar  
Filhos  
Pessoas Morando em Casa  
Empregada Doméstica ou Faxineira  
Caracterização do Estilo de Vida  
Fumo  
Álcool  
Estresse  
Sono  
Percepção do Estado de Saúde  
Doença Relatadas  
Estágio de Mudança de Comportamento para Atividade Física  
Atividade Física  
Percepção do Nível de Atividade Física entre Mulheres  
Aparelhos para fazer exercícios em casa  
Atividades do Marido ou Pai  
Barreiras para a prática de atividades físicas  
Estimativa do Gasto Energético  
Atividades Preferidas no Lazer  
Controle de Peso e Hábitos Alimentares  
Estatura  
Índice de Massa Corporal (IMC)  
Satisfação com o Peso  
Tentativa de perder peso  
Regularidade no café da manhã completo  
Número de refeições e lanches por dia

V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	69
------------------------------------	----

Conclusões  
Recomendações

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
---------------------------------	----

ANEXOS.....	79
-------------	----



## LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1- Mapa das localidades selecionadas para coleta de dados.....	33
Figura 2- Aspectos negativos relacionados ao estilo de vida que pioram com a idade.....	45
Figura 3- Nível de atividade física de acordo com a origem étnica.....	61
Figura 4- Atividades preferidas no lazer (1ª citação).....	63
Figura 5 – IMC acima de 25 nas faixas etárias .....	66

## LISTA DE ANEXOS

	Página
Anexo 1- Número total de mulheres de cada localidade.....	80
Anexo 2- Número de mulheres selecionadas e entrevistadas.....	84
Anexo 3- Entrevista estruturada.....	86
Anexo 4- Situação do domiciliar.....	92
Anexo 5 – Folhetos de retribuição .....	91

## LISTA DE TABELA

	Página
TABELA 1 - ESTADO CIVIL DOS SUJEITOS .....	37
TABELA 2 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS SUJEITOS .....	38
TABELA 3 - ATIVIDADE OCUPACIONAL DOS SUJEITOS POR ORIGEM .....	40
TABELA 4 - NÍVEL SÓCIOECONÔMICO DOS SUJEITOS .....	41
TABELA 5 - DOENÇAS RELATADAS (SIC) DOS SUJEITOS .....	47
TABELA 6 - SINTOMAS PERCEBIDOS PELOS SUJEITOS .....	48
TABELA 7 - ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DOS SUJEITOS .....	49
TABELA 8 - ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS.....	50
TABELA 9 - ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA ENTRE OS ÍNDICES DE MASSA CORPORAL ESTIMADOS .....	50
TABELA 10 - PERCEPÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA .....	51
TABELA 11 - PERCEPÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E FAIXAS ETÁRIAS .....	52
TABELA 12 - PERCEPÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.....	53
TABELA 13 - ATIVIDADES DO MARIDO OU PAI .....	54
TABELA 14 - BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS DOS SUJEITOS (1ª CITAÇÃO) .....	55
TABELA 15 - ÍNDICE DAS BARREIRAS POR ORIGEM (SOMA DAS QUATRO CITAÇÕES) .....	56
TABELA 16 - FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DOS SUJEITOS (1ª CITAÇÃO) .....	57
TABELA 17 - ÍNDICE COMBINADO DOS FACILITADORES (QUATRO MAIS IMPORTANTES).....	57
TABELA 18 - VALORES UTILIZADOS PARA CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO .....	58
TABELA 19 - GASTO ENERGÉTICO (KCAL/KG/SEMANA) RELATIVO DOS SUJEITOS .....	59
TABELA 20 - GASTO ENERGÉTICO (KCAL/SEMANA) ABSOLUTO DOS SUJEITOS POR ORIGEM .....	60

TABELA 21 - GASTO ENERGÉTICO ABSOLUTO NAS FAIXAS ETÁRIAS.....	61
TABELA 22 - GASTO ENERGÉTICO ABSOLUTO NOS ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO .....	62
TABELA 23 - ÍNDICE DE CITAÇÕES DE ATIVIDADES PREFERIDAS NO LAZER .....	63
TABELA 24 - MASSA CORPORAL, ESTATURA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS SUJEITOS POR ORIGEM .....	64
TABELA 25 - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS SUJEITOS.....	65
TABELA 26 - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS SUJEITOS POR IDADE .....	66

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

#### Formulação da Situação- Problema

A modernização, através da tecnologia, tem transformado cada vez mais o homem de uma oriatura ativa para um ser sedentário. Tem sido muito abordada a importância de um estilo de vida ativo em todas as idades, o que pode trazer uma série de benefícios para a saúde (Pate, Pratt, Blair, Haskell, Macera, Bouohard, Buchner, Ettinger, Heath, King, Kriska, Leon, Marcus, Morris, Paffenbarger, Patrick, Pollock, Rippe, Sallis, & Wilmore, 1995). Evidências convincentes demonstram que a prática regular da atividade física protege contra o desenvolvimento e a progressão de diversas doenças crônico-degenerativas (ACSM, 1998).

Diversas conclusões de pesquisas permitem considerar o sedentarismo como principal fator de risco independente no desenvolvimento da doença arterial coronariana em populações adultas (Fletoher & Cantwell, 1971; Sallis & Hovell, 1991). Estas evidências também sugerem que os benefícios da atividade física habitual na prevenção e tratamento de várias doenças já estão firmemente consolidados, particularmente no que diz respeito às doenças cardiovasculares (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994).

Após décadas dedicadas ao estudo da atividade física e das intervenções para promovê-la nas comunidades, muito pouco se conhece sobre a atividade física entre mulheres. Os dados existentes indicam que, na maioria das sociedades, os homens tendem a ser mais ativos que as mulheres, além de adotar por mais tempo uma atividade física regular (Mâsse, Ainsworth, Tortorelo, Levin, Fulton, Henderson & Mayo, 1998).

Uma pesquisa do Instituto Datafolha apontou que 70% das mulheres no Brasil afirmam que não se exercitam regularmente e os principais motivos apontados são a falta de tempo e o fato de não gostarem de esportes (Folha de São Paulo, 1997).

Apesar de tantas evidências, o número de adultos que pratica algum tipo de atividade física em níveis adequados durante seu tempo livre, ainda é pequeno – menos de 40%, na maioria dos países (Pate et al., 1995). Isto parece estar ligado, acima de tudo, à questões motivacionais.

A motivação está presente em todas as situações e pode ser definida como a habilidade de iniciar e manter uma conduta (Oldridge & Stoedefalke, 1984). Frequentemente a palavra motivação é utilizada em diversos processos que descrevem comportamentos, desde aqueles que estimulam, fornecem direção e propósito ao comportamento, até aqueles que conduzem a escolhas ou preferências de um determinado comportamento.

O processo de adesão à atividade física é complexo devido ao fato da motivação possuir muitas variáveis intrínsecas e extrínsecas que podem influenciar em determinados momentos.

Visitas em academias e centros esportivos comprovam que há uma grande rotatividade e pequena aderência de indivíduos e a motivação destes talvez deva ser o fator mais importante num programa de atividades físicas.

Comprovando essa afirmação, diversos pesquisadores informam que aproximadamente 50% das pessoas que iniciam um programa de exercícios deixam-no dentro de seis a doze meses (Comoss, 1988; Dishman, 1988; Oldridge, 1988; Sallis & Hovell, 1991). Entretanto, sabe-se que os efeitos benéficos da atividade física para saúde dependem grandemente da adoção de um estilo de vida ativo (Freitas Jr, 1994).

Estudos sobre mudanças comportamentais não são exclusivos às ciências da saúde e da psicologia. Atualmente, quando se quer vender um produto ou fixar uma idéia, a mudança comportamental torna-se essencial. A orientação que deve-se passar na mudança de comportamento para a atividade física tem um objetivo claro: a mudança de um estilo de vida sedentário e a adesão à atividades físicas que se possam levar à uma vida mais saudável.

Nesse ambiente foram desenvolvidas e testadas ao longo dos anos várias teorias da motivação e a Teoria da Aprendizagem Cognitiva Social, proposta por Bandura (citado por Dishman, 1994) foi aquela que mais obteve êxito na descrição do comportamento humano, determinado por disposições internas e influências ambientais.

A adoção de um comportamento mais saudável, a partir desta teoria, pode ser facilitada pela modificação dos fatores internos e alterações dos fatores ambientais (Bandura, citado por Dishman, 1994).

Desta teoria derivou-se o Modelo de Estágios de Mudança, desenvolvido por Prochaska, também denominado Modelo Transteorético que, inicialmente, mostrou-se promissor no avanço do conhecimento sobre mudanças comportamentais de fumantes, mas foi adaptado e pode ser usado para outros comportamentos relacionados à saúde, como o exercício físico (Marcus & Simkin, 1993).

O Modelo Transteorético tem sido utilizado para compreender os estágios individuais de progresso de mudança, através de processos cognitivos e comportamentais que são usados para mudanças de comportamentos relacionados com a saúde (Marcus, Pinto, Simkin, Audrain & Taylor, 1994).

\* Modificações específicas nos estágios de mudança têm obtido sucesso quando aplicadas a outros comportamentos relacionados à saúde e parecem aumentar tanto o índice de adesão para o início da prática, quanto o processo de manutenção da atividade física (Cardinal, 1995).

Intervenções nas comunidades vêm obtendo êxito quando aplicados modelos teóricos de mudança de comportamento, tais como a teoria sócio-cognitiva e o modelo de estágios de mudança (King, Blair, Bild, Dubbert, Marcus, Oldridge, Paffenbarger, Powell & Yeger, 1992).

Os especialistas do exercício, segundo Mâsse et al. (1998), sugerem que os estudos sobre atividade física na mulher devam conter dados sobre a etnia, incluindo o local de nascimento, língua falada e aculturação, pois esses fatores podem refletir influências sociológicas de culturas nativas na escolha das atividades da pessoa.



Por Santa Catarina ser um Estado com diversas características étnico-culturais, distribuídas em regiões geográficas específicas e com hábitos de vida diferenciados, procurou-se investigar se existem diferenças no estilo de vida e nos estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres com características étnico-culturais açoriana, italiana e alemã.

Acredita-se, então, que este estudo poderá tornar-se um importante recurso para os profissionais atuantes nesta área, como referência na área da motivação para a atividade física além, de apresentar dados sobre estilo de vida, nível de atividade física habitual, nutrição e controle de peso e ainda dados demográficos desta amostra da população feminina do Estado de Santa Catarina.

### Objetivos do Estudo

#### Objetivo Geral

Este estudo teve por objetivo caracterizar o estilo de vida e os estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres catarinenses de diversas faixas etárias e de origens étnico-culturais açoriana, alemã e italiana, do Estado de Santa Catarina.

#### Objetivos Específicos

◆ Traduzir e adaptar para a população brasileira um questionário de classificação de estágios de mudança de comportamento para atividade física.

- ◆ Comparar as características do estilo de vida entre faixas etárias (18 a 34, 35 a 49 e 50 a 65 anos) e grupo étnico-cultural (açoriano, alemão e italiano).
- ◆ Identificar o nível de atividade física habitual por faixa etária e grupo étnico.
- ◆ Verificar se existe relação entre o nível de atividade física habitual e os estágios de mudança de comportamento para atividade física.
- ◆ Calcular o gasto energético estimado total, no trabalho, em casa e jardim, no transporte e no lazer.
- ◆ Identificar aspectos alimentares nos diferentes grupos étnicos.

### Questões Investigadas

Considerando a população das mulheres de diferentes grupos étnico-culturais do Estado de Santa Catarina, buscou-se responder às seguintes questões:

- (a) Existem diferenças nos estágios de mudança de comportamento entre os grupos étnico-culturais?
- (b) Existem diferenças nos estágios de mudança de comportamento dessas mulheres, em função da faixa etária?
- (c) Existem diferenças significativas nos estilos de vida das mulheres dos diferentes grupos étnico-culturais investigados?
- (d) Qual o grau de associação entre o estágio de mudança de comportamento e o nível de atividade física habitual ?
- (e) Qual o nível de atividade física habitual (kcal/semana) relatado? Existem diferenças significativas considerando os diferentes grupos étnicos e faixas etárias?

### Delimitações

Este estudo restringiu-se a investigar o estilo de vida, estágios de mudança de comportamento para atividade física, nível de atividade física habitual e aspectos alimentares em mulheres que possuam pelo menos as quatro séries iniciais do primeiro grau de escolaridade, na faixa etária entre 18-65 anos, de três localidades com predominância de diferentes grupos étnico-culturais do Estado de Santa Catarina.

### Limitações

As informações foram obtidas a partir da percepção das mulheres entrevistadas.

Apenas uma comunidade foi escolhida para representar as características das mulheres em cada grupo étnico-cultural.

### Definição de Termos

Atividade Física - compreende qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética e que resulta em dispêndio de energia . Inclui exercícios físicos, atividades laborais, dança, atividade da vida diária entre outros (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994).

Comportamento - conjunto de reações musculares e glandulares de um organismo. A soma total de respostas aos estímulos internos e externos (Dorin, 1978).

Comunidade étnica ou grupo étnico-cultural - comunidade ou grupo de pessoas com diferenças associadas à colonização e à conservação de costumes e tradições comuns, como o uso cotidiano da língua, hábitos alimentares, tipo de moradia, organização do espaço doméstico, formas de sociabilidade e comportamento religioso (Seyferth, 1994).

Etnia - grupo humano homogêneo quanto aos caracteres lingüísticos, somáticos e culturais (Bueno, 1984).

Motivação - iniciação e direção do comportamento. Influências internas da conduta, como as condições fisiológicas, os desejos, os interesses, os propósitos, as atitudes, e as aspirações de uma pessoa. O conjunto de fatores que despertam, sustentam, e/ou dirigem o comportamento. (Dorin, 1978).

## CAPÍTULO II

### REVISÃO DA LITERATURA

#### Formação Étnico-cultural da População Catarinense

O Estado de Santa Catarina foi o local escolhido para chegada e redistribuição de levas de imigrantes, principalmente por sua localização estratégica de defesa de sua Ilha costeira e a semelhança climática de alguns países europeus, os quais foram responsáveis pelo povoamento e colonização de seu território (Santos, 1995).

A presença do povo lusitano que habitou a região litorânea, principalmente a Ilha de Santa Catarina era proveniente do Arquipélago dos Açores e Ilha da Madeira. Estes portugueses, instalaram-se em forma de freguesia e expandiram-se demograficamente. Pode-se encontrar ainda hoje traços culturais que, embora modificados e adaptados, são marcantes na maneira de ser, falar e agir se seus habitantes (Piazza, 1992).

A ocupação das terras não litorâneas foi realizada, principalmente, pela imigração italiana e alemã, com intuito de defender essas terras do constante ataque dos espanhóis. Esse novo processo de assimilação cultural dos europeus desenvolveu uma troca de valores e integração com os nativos, com a população luso-brasileira e seus descendentes, criando um novo estilo de vida próprio nestas regiões (Dias Júnior, 1980).

## Colonização Açoriana

Os povoadores açorianos se fixaram por todo o litoral catarinense, desde São Francisco do Sul até Laguna, fundando freguesias. Com o crescimento populacional formaram outras comunidades, na Ilha de Santa Catarina e no seu continente fronteiro. Em 1833, já é apontada a superpopulação, causando o empobrecimento dessa gente de origem açoriana (Piazza, 1987).

Os terrenos encontrados aqui eram areais e de mangue, enquanto os que possuíam em Açores era altamente fértil, portanto vagarosamente adaptaram-se ao plantio e consumo da farinha de mandioca como base da alimentação. Por outro lado, os imigrantes dão continuidade a tradição pesqueira e "armações" de baleias conseqüentemente, o aparecimento da construção naval. Outra atividade bem desenvolvida é a tecelagem manual por um número bastante expressivo nas diversas freguesias (Piazza, 1983).

Muitas foram as manifestações da cultura popular dos Açores transferidas para o litoral catarinense. Alinham-se as técnicas de pesca, o folguedo do "boi na vara", o carro de bois, a olaria, a renda de bilro, o pão por Deus, as danças de fandangos, as festividades do ciclo do Divino Espírito Santo, além do substrato lingüístico (Piazza, 1987).

Nesse estudo, inicialmente, escolheu-se o município de Governador Celso Ramos para coleta de dados do grupo açoriano, mas devido a dificuldades operacionais na coleta de dados, a localidade foi substituída pelo distrito de Enseada de Brito pertencente ao município de Palhoça que obtinha características semelhantes a cultura e ao número da população desejáveis.

A freguesia de Nossa Senhora do Rosário de Enseada de Brito foi fundada em 1750. A economia é restrita à pesca, cultivo do marisco e ostra, além da agricultura de sobrevivência. A estrutura de comércio e serviços públicos é bastante rudimentar ficando dependente de Palhoça. A população de Enseada de Brito é de 9.294 habitantes.

A localidade de Enseada de Brito possui apenas um pequeno posto de saúde e uma escola básica. O destaque desse distrito fica por conta da natureza, oferecendo belíssimas praias e paisagens encantadoras.

### Colonização Italiana

A Itália forneceu um grande número de imigrantes à Santa Catarina, devido às más condições econômicas que passava na época, além da dificuldade para cultivar a terra que estava nas mãos de uma minoria. A instabilidade política decorrente da unificação dos estados italianos foi outro fator contribuinte da esperança de encontrar no território americano a possibilidade de melhoria de vida (Piazza, 1988).

Em 1874 foi celebrado um contrato entre o Governo Imperial e o Comendador Joaquim Caetano Pinto Júnior no qual, efetivou-se a introdução de imigrantes italianos no Brasil. A falta de uma estrutura administrativa para recepcionar e instalar os imigrantes causou descontentamento e dispersão dos mesmos em vários núcleos (Piazza, 1983).

O imigrante italiano passou a ser fornecedor de produtos agrícolas tanto para subsistência como para exportação. Cultivavam de forma tradicional o milho, o arroz e a uva pois eram matéria-prima para o pão, polenta e vinho, além da amoreira e fumo. Conservou-se integralmente a culinária, com o macarrão e outras espécies de massas (Piazza, 1987).

As casas eram de madeira, sem varandas, altas e com largos porões onde eram guardadas as carretas ou, se transformavam em adegas para conservação do vinho. Cada casa obrigatoriamente era favorecida de pequenos pastos, paiol, estábulo, horta, pomar e jardim. O vestuário permaneceu quase inalterado, o pano na cabeça das mulheres e o lenço no pescoço dos homens (Piazza, 1987).

Situada no vale do Rio Tijucas, Nova Trento recebeu milhares de imigrantes europeus, principalmente os italianos provenientes de Trento. Em 1875 chegaram os primeiros imigrantes italianos, e em 1880 já haviam aportado mais de 10 mil pessoas. Contudo, a má administração do Brasil fez com que vários colonos voltassem para sua terra natal, outros fossem para localidades diferentes e poucos permaneceram. Mais tarde, esses colonos remanescentes uniram-se a algumas famílias russas, polonesas e alemãs. (Pichetti, 1970)

Nova Trento era inicialmente distrito colonial de Brusque, em 1884 passou a ser distrito do município de Tijucas e, alguns anos depois, em 1892, emancipava-se e tornava-se município de mesmo nome. A vida econômica do município baseia-se na agricultura, indústria e comércio (Piazza, 1988).

Merece destaque a Congregação Religiosa das Irmãzinhas da Imaculada Conceição, fundada com a ajuda de Madre Paulina (beatificada em 1991 pelo Papa João Paulo II) tornando, assim, Nova Trento a Segunda Estância Turística Religiosa de todo o Brasil (Folheto turístico da cidade).

Nova Trento tem uma superfície de 431 km<sup>2</sup> e uma população de 11.000 habitantes, sendo 60% na área urbana e 40% na área rural (Folheto informativo da cidade).



## Colonização Alemã

A Alemanha passou por períodos de crise alimentar, na primeira metade do século XIX, pelo crescimento excessivo da população. As grandes propriedades rurais estavam nas mãos da aristocracia dificultando, dessa maneira, a vida da classe camponesa. Além disso, ainda havia o regime político do absolutismo favorecendo a emigração nas classes menos favorecidas para a América, juntamente com a criação de um mito sobre grandiosas riquezas aqui existentes (Piazza, 1988).

Os imigrantes alemães concentraram-se em colônias nas regiões sul e sudeste. Tanto numa como noutra situação, os alemães apresentaram problemas de adaptação e convivência, resultando informações prejudiciais ao Brasil, quanto à emigração germânica. Em consequência disto, fundaram na Alemanha a “Sociedade de Proteção aos Emigrantes Alemães”, objetivando verificar a situação de vida dos colonos no Brasil e a possibilidade de vinda de um maior número deles (Piazza, 1988).

A contribuição deste povo foi marcante através da introdução dos seus hábitos e costumes. À medida que recebiam lotes, passavam a plantar produtos de sua preferência alimentar, como a batata e o centeio. Deram início à produção de carne defumada, lingüiças e queijos, cujo gosto incorporou-se ao do brasileiro em geral (Piazza, 1987).

Logo que a situação econômica melhorava passavam a construir casas típicas alemãs, com tijolos à vista, telhado em ângulo reto, sótão, cortinas nas janelas, e os inseparáveis jardins (Piazza, 1987).

As suas atividades econômicas, como a produção dos moinhos, das serrarias, dos curtumes, das fábricas de ferramentas, das cervejarias e dos laticínios, contribuíram para o desenvolvimento do mercado interno. É importante lembrar das suas crenças religiosas preconizadas pelo luteranismo (Piazza, 1987).

Presidente Getúlio foi fundada em 1904 e colonizada inicialmente por suíços, mas dificuldades como a malária e conflitos com índios, dizimaram a população. O único sobrevivente, em 1909, foi um alemão de Breslau que nessa mesma época trouxe novos pioneiros, quase todos de ascendência alemã, acrescidos posteriormente de elementos ítalo-brasileiros, em menor número (Pichetti, 1970).

Até 1934 Presidente Getúlio pertencia ao município de Ibirama, quando passou a distrito e, em 1953, passou a ter autonomia política. Teve vários nomes: Nova Zurique, Nova Breslau, Dalbérgia, Getúlio Vargas até chegar a Presidente Getúlio (Pichetti, 1970).

Sediado na região do Alto Vale do Itajaí, com área de 322 km<sup>2</sup> e 12.200 habitantes, tem na sua economia a agricultura, indústria frigorífica, moveleira, cerâmica e têxtil, além de comércio diversificado. As propriedades rurais se caracterizam por minifúndios, sendo a maior bacia leiteira da região (Folheto informativo da cidade).

A cidade ainda conta com inúmeras cachoeiras e cascatas rodeadas por montanhas e muito verde que são atrativos turísticos.

## Atividade Física e Saúde: Evidências Epidemiológicas

Evidências sugerem que os benefícios da atividade física habitual na prevenção e tratamento de doenças estão firmemente consolidados, particularmente no que diz respeito às doenças cardiovasculares (Bouchard et al. 1994).

Apesar de se ter estudado, na maior parte das pesquisas homens jovens e de meia-idade, há evidências suficientes de que a participação em atividade físicas tem importantes implicações de igual magnitude, para o bem-estar físico e psicológico das mulheres em geral.

Achados na literatura comprovam que a maioria dos adultos são sedentários ou pouco ativos e aproximadamente 50% das pessoas que iniciam num programa de atividades físicas desistem num prazo de três a seis meses (Dishman, 1988).

Embora numerosas investigações tenham demonstrado efeitos positivos, a curto prazo, na aderência em programas de exercícios, pouco sucesso foi obtido, a longo prazo, na manutenção de comportamentos para o exercício (Dishman, 1988).

Mesmo que as pesquisas tenham focalizado principalmente a promoção de atividades vigorosas, especialistas do exercício atualmente, recomendam a promoção de atividades moderadas, pois podem apresentar significantes benefícios e uma maior aderência por parte das mulheres (Pinto, Marcus e Clark, 1996).

Lissner, Bengtsson, Björkelund e Wedel (1996) concluíram, num de seus estudos, que uma diminuição da atividade física, assim como baixos níveis iniciais são consistentes fatores de risco para mortalidade em mulheres e estes valores preditivos persistem por vários anos.

Vários fatores, segundo McTiernan, Stanford, Daling e Voigt (1998), estão relacionados com um estilo de vida sedentário nas mulheres: obesidade, fumo, baixa renda, baixo nível de escolaridade e fatores nutricionais.

Apenas 25% das mulheres de meia-idade nos Estados Unidos segue as recomendações do *National Institute of Health* e praticam exercícios leves e moderados por 30 minutos/dia, seis vezes/semana e, ainda, menos da metade dessas mulheres faz algum tipo de exercício recreacional (McTiernan et al., 1998).

No Brasil, raramente a prática regular de exercícios, uma informação considerada como indicador positivo do estado de saúde, é utilizada nas avaliações desse estado. A Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) realizada pelo IBGE (1997) revelou que somente 19,2 % das pessoas investigadas praticavam exercícios semanalmente. Concordando com a maior parte da literatura mundial, os homens (26%) são mais favoráveis a essa prática, contra apenas 12,7% das mulheres. Os dados sobre a prática regular de exercícios (3 vezes por semana ou mais, durante 30 minutos) são piores ainda, diminuindo esse percentual para 7,9%, da população em geral e, novamente, observa-se uma elevação no percentual masculino 10,8%, superando as mulheres 5,2%. Nessa pesquisa ainda foram citados como fatores motivantes para a prática de exercícios o lazer e a estética.

Gauvin, Rejeski e Norris (1996), concluíram um estudo sobre o impacto da atividade física aguda nos estados de sentimentos e comoção da mulher e, comprovaram que a atividade física vigorosa estava associada com melhoras significativas na comoção e estados emocional, particularmente nos sentimentos de revitalização. As grandes melhoras foram obtidas no grupo de mulheres que se sentiam pior antes da sessão de exercícios.

A questão cultural de cada região é muito importante para o pesquisador da Atividade Física. Certas atividades podem ser consideradas tabus para determinadas regiões. Eventos comunitários, envolvimento como voluntária em organizações sociais ou religiosas, são exemplos de atividades muito importantes para determinadas mulheres. O entendimento dessas ações pode também ajudar o investigador, permitindo melhor compreensão das atividades consideradas importantes para os grupos estudados. Pode-se questionar sobre atividades culturais relevantes na vida dessas mulheres e como elas escolhem e passam seu tempo.

### Teorias da motivação

Por sua importância histórica faz-se necessário comentar a Teoria Humanista da motivação proposta por Abraham Maslow, mencionada por Whittaker (1977). A base dessa teoria é uma hierarquia das necessidades que tem como estrutura uma pirâmide onde podem ser distribuídas as quatro classes dos motivos humanos. Quando as necessidades fisiológicas (motivos de sobrevivência) posicionadas na base da pirâmide forem satisfeitas, o homem está livre para buscar a satisfação no segundo nível, dos anseios por segurança.

Quando essas necessidades estiverem sanadas, o indivíduo passa para a classe das necessidades de pertinência (afiliação e aceitação), e por último, alcança o ápice da pirâmide no nível das necessidades de estima (motivos de status e realização). Maslow, afirma que as necessidades de estima podem ser denominadas também de auto-realização referindo-se ao máximo desenvolvimento possível do potencial exclusivo da pessoa para a perfeição e a criatividade (Witting, 1981).

Dishman (1994) estudioso e grande pesquisador na área da motivação organizou em seu livro "Advances in Exercise Adherence" uma seção que trata das teorias e determinantes da atividade física dirigidas para a aderência no exercício. Baseado nesta obra, este estudo tentou mostrar, de maneira sintetizada, os três principais modelos teóricos elaborados por vários estudiosos e citados por Dishman.

O comportamento para o exercício foi estudado primeiramente por Heinzelman e Bagley em 1970, citado por Dishman (1994), para estudar a aderência ao exercício com um grupo de indivíduos com risco de doença arterial coronariana (DAC). Desde então, um número considerável de autores tem aplicado estruturas teóricas para estudar o comportamento entre diferentes segmentos da população.

O **primeiro modelo teórico** investigado seria o **Sócio-Cognitivo**. Deste modelo integram as seguintes teorias: Health-Belief, Protection Motivation, Self-Efficacy, Reasoned Action, Interpersonal Behavior e Planned Behavior.

A teoria do Health-Belief Model (HBM) formulado por Becker e Maiman em 1975 citado por Dishman (1994), é postulada como uma probabilidade de adoção ao comportamento apropriado na prevenção ou controle de algumas doenças,

dependendo da percepção do indivíduo de uma ameaça a sua saúde e a convicção de que a ação recomendada poderia reduzir esta ameaça. A percepção de uma ameaça à saúde é determinada pela força de duas premissas básicas: susceptibilidade pessoal dada à doença e o potencial de severidade do impacto desta na vida do indivíduo. Tais percepções, podem ser despertadas e fortificadas por algumas ocorrências como a morte de um familiar ou amigo. A percepção da eficácia da ação preventiva recomendada depende de uma avaliação pessoal dos benefícios percebidos do comportamento proposto (na redução da susceptibilidade para ou a condição da severidade) e, limites reais ou percebidos para iniciação ou continuação de um comportamento sugerido.

Muitos estudos foram feitos utilizando o HBM, mas não existem dados muito claros indicando que a teoria do HBM é apropriada para o estudo do comportamento para o exercício. A explicação mais comum encontra-se na diversidade de motivos para exercitar-se. Exemplificando, muitas pessoas começam a exercitar-se para perder peso, porém poucas pessoas o fazem por razões de saúde. A tentativa de melhorar a aparência pessoal é o principal fator desencadeante deste comportamento.

A segunda teoria deste modelo, Protection Motivation Theory (PMT) proposta por Rogers em 1975 citado por Dishman (1994), é similar à HBM. Posteriormente, em 1983, este mesmo autor incorporou componentes de outra teoria, Self-Efficacy, propondo que a intenção de se auto-proteger depende de quatro fatores: (1) percepção da severidade da ameaça de um evento(ex: ataque cardíaco); (2) percepção da probabilidade da ocorrência (ex: percepção da vulnerabilidade do indivíduo a um ataque cardíaco); (3) eficácia do comportamento preventivo recomendado; (4) percepção da auto- eficácia (nível de confiança na habilidade de encarregar-se de um comportamento preventivo recomendado).

Alguns estudos, como o de Wurtele, Desharnais, Godin e Jobin citado por Dishman (1994) afirmam que esta teoria não funciona se for aplicada à pessoas pouco suscetíveis à doenças. E contrariando esta teoria, não foram encontradas intenções para exercitar-se entre os indivíduos com DAC.

Em geral, mensagens para aumentar a intenção dos participantes são efetivas para mudanças comportamentais porém, não são mantidas por mais de três meses.

A teoria da Self-Efficacy desenvolvida por Bandura em 1977, citada por Dishman (1994), descreve que todas as mudanças comportamentais são mediadas por um mecanismo cognitivo comum, a auto-eficácia. A confiança neste mecanismo é obtida de várias maneiras, incluindo experiências pessoais (boas ou más) e um exemplo produzido por outros (modelo). Nessa teoria pode-se determinar se o indivíduo tenta realizar uma dada tarefa, o grau de persistência quando encontrada alguma dificuldade e o sucesso final.

De acordo com essa teoria, tentar elevar o comportamento ao exercício poderia ser influenciado por: auto-julgamento de benefícios esperados da prática do exercício regular e percepção na habilidade de exercitar-se regularmente (Dishman, 1994).

Auto-eficácia foi definida por McAuley e Jacobson (1991), como a capacidade de continuar com êxito o regime de exercício em face de obstáculos de potencial. Vários estudos apresentaram sucesso quando utilizaram essa teoria; a percepção da capacidade de participar e exercitar-se regularmente num programa estruturado parece ser a variável de primeira importância. Além do mais, evidências de associações positivas entre expectativas de auto-eficácia e adoção de vários comportamentos de saúde relatados levam a crer que o HBM e PMT deveriam integrar esta variável dentro de seus modelos.



A meta principal da Teoria da Reasoned Action (RA) construída por Fishbein e Ajzen citado por Dishman (1994) é entender e prognosticar comportamentos sociais, num contexto definido. O comportamento deve ser claramente especificado de livre vontade em tipo e espécie e executado numa dada situação. Em adição, deve-se imaginar se há ou não intenção para executar aquele comportamento. Conseqüentemente, esta teoria interpreta comportamentos sociais ao nível de tomada de decisões individuais.

Inúmeros investigadores têm aplicado a teoria da RA no estudo do comportamento para o exercício. Assim, essa teoria, tem-se comprovado muito útil no processo de esclarecimento de tomada de decisões, que é a base do comportamento para o exercício. Godin e Shepard (1986) informam que 30% da intenção para exercitar-se parece ser explicada por atitudes individuais. Já as normas subjetivas são menos consistentemente associadas com a intenção para exercitar-se e não parece ser uma variável estável para interpretação do comportamento para o exercício. Hábitos de exercício ou comportamentos anteriores parecem particularmente importantes. A intenção para exercitar-se é provavelmente forte para alguém que já tem o hábito de exercitar-se. Em contraste, indivíduos que possuem um hábito sedentário encontram dificuldades para mudar seus estilos de vida, e a decisão para iniciar num programas de exercício requer mais consciência, esforço e vontade.

A intenção é um importante prognóstico do comportamento para exercitar-se. Entretanto, algumas variáveis externas têm uma influência significativa na tradução da intenção para o comportamento. Em particular, os comportamentos anteriores e hábitos de exercício podem ter influência positiva no que diz respeito ao comportamento para o exercício.

A mensuração do hábito de exercitar-se significativamente melhora a precisão do prognóstico, utilizando a teoria da RA. Embora, o modelo básico de Fishbein e Ajzen tenha valor considerável, a investigação poderia continuar numa descrição mais completa do comportamento para o exercício.

A Teoria do Interpersonal Behavior (IB) projetada por Triandis em 1977 citado por Dishman(1994), especifica que a probabilidade do empreendimento a um dado comportamento é uma função do: (a) hábito de exercitar o comportamento; (b) intenção para realizar o comportamento; e; (c) condições facilitadoras ou execuções desencorajadas do comportamento.

Triandis afirma que alguns comportamentos tornam-se automáticos e podem ser executados com uma pequena intervenção da consciência. O número de vezes que o comportamento tem sido realizado é um fator importante no prognóstico do comportamento de acordo com as circunstâncias específicas. O grau de novidade da ação em questão, conseqüentemente, influencia com relativa importância a intenção e o hábito do prognóstico do comportamento (Dishman,1994).

Segundo esse mesmo autor, mencionado por Dishman (1994) a intenção é formada por quatro elementos: (1) um componente cognitivo, (2) um componente afetivo, (3) um componente social, (4) opinião normativa pessoal. O componente cognitivo refere-se a análise subjetiva de vantagens e desvantagens na adoção do comportamento. A dimensão afetiva inclui respostas emocionais individuais para o pensamento de adoção de um comportamento e de sentimentos provocados por uma mudança comportamental. O componente social reflete relacionamentos entre a pessoa e outros indivíduos. O último componente, opinião normativa pessoal, no sentido de obrigações (auto-responsabilidade) a respeito da execução do comportamento em questão.

Esta teoria não tem sido muito aplicada no entanto, ela tem obtido sucesso para prever o exercício. Nos estudos que utilizaram este modelo tem se verificado hábitos, dimensões afetivas de atitude, condições para facilitar ou desencorajar o exercício e opiniões normativas pessoais.

A última teoria desse primeiro modelo teórico foi desenvolvida por Ajzen em 1985 e 1988 citado por Dishman (1994) e conceituada como Teoria do Planned Behavior (PB) observou que em determinadas situações a maioria dos comportamentos vão de um controle total para uma falta completa de controle. Ele imagina que o indivíduo tem controle total quando não há pressão para adoção de um dado comportamento, já num outro extremo o indivíduo tem completa falta de controle se a adoção do comportamento requer oportunidade, recursos ou habilidades. Levando em conta tais barreiras, reais ou percebidas, Ajzen acrescentou uma terceira concepção de controle comportamental percebido (CCP) para o modelo original de Fishbein e Ajzen. Se um indivíduo tem controle limitado do comportamento, o investigador poderá analisar não somente a intenção subjetiva mas também, o CCP.

As barreiras percebidas para ação influenciam ambos, intenção e comportamento para o exercício, comprovado por poucos relatórios.

Estudos que examinam a importância da teoria do PB para aderência ao exercício estão começando a emergir. Gatch (1990), Dzewaltowski (1990), Godin (1986) referem-se que esta teoria contribui no prognóstico da intenção para exercitar-se mas não, para o comportamento para o exercício. Ainda nesta teoria está sendo reforçada a idéia que o hábito para o exercício é um dos melhores prognósticos do comportamento. Porém, o próprio autor desta teoria tem convicção que o hábito pode mascarar a influência de outras variáveis importantes associadas com a manutenção do comportamento atual, tal como o CCP.

Portanto, essa teoria poderá ser útil no estudo do exercício como ajuda para os pesquisadores entenderem a formação da intenção e identificação das opiniões (comportamentais, normativas e de controle) entre subgrupos da população que poderiam ser alvo nas intervenções dirigidas para a modificação no comportamento para o exercício.

O **segundo modelo teórico** proposto por Dishman (1994) foi, o **Schema Theory**: um enfoque no processo da informação. A teoria da decisão tem se comprovado útil para o estudo dos efeitos das intervenções no exercício. De acordo com esta teoria, a informação mais relevante dos indivíduos considerada antes da tomada de decisão é baseada nos conflitos teóricos, esta atitude cometida será para implementação das decisões.

Dado o sucesso da teoria da decisão como uma estrutura teórica para intervenções na prática do exercício parece ser razoável examinar a utilidade dela em atenção ao comportamento para o exercício. Dentro da estrutura da teoria da decisão, o comportamento para o exercício pode ser visto envolvendo uma série de decisões. Primeiro, alguém deve decidir que ele está interessado num tipo particular de exercício. Depois, a pessoa deve decidir se começa tal programa de exercício e finalmente, depois que a pessoa iniciou o programa, ele deve decidir se continua, troca de programa ou para de exercitar-se.

O **terceiro e último modelo teórico** dos sugeridos por Dishman (1994) é o **Modelo Transteorético**, que primeiramente examina os estágios e processos como centro de construção do Modelo Transteorético da mudança de comportamento para atividade física.

O Modelo Transteorético de Mudança (estágios de mudança ou estágios de prontidão motivacional) é um modelo que incorpora estruturas a partir de várias outras teorias incluindo a intenção da pessoa para mudar e processos ou estratégias de mudança.

Neste modelo a mudança é construída como um processo que envolve progressos através de uma série de estágios, segundo Prochaska e Velicer (1997) e Marcus (1998).

A concepção dos estágios é importante para o entendimento de mudança de comportamento de saúde porque ela reflete uma dimensão temporal na qual ela se desdobra. Estágio é uma estrutura intermediária para traços e estados. Traços são normalmente considerados muito estáveis e não se abrem para mudanças; já os estados, são muito facilmente modificados mas, tipicamente falta-lhes estabilidade. Em sua natureza, os estágios são estáveis e dinâmicos. Isto é, os estágios podem durar períodos consideráveis de tempo, mas estão ainda abertos para mudanças. Outra atribuição importante do conceito de estágio é que ele abrange ambos, comportamento e intenção comportamental. Os estágios podem fornecer uma estrutura útil para o entendimento de fatores de risco crônicos comportamentais como estilo de vida sedentário, fumo e má alimentação. É necessário saber os estágios para posteriormente entender a mudança. Os estágios para mudanças têm sido nivelados em seis: precontemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e estabilização (Prochaska, 1997). Estes estágios refletem as intenções em cada nível para mudança no comportamento, variando em tempo e estabilidade do comportamento

Precontemplação: é o estágio no qual as pessoas não planejam tomar alguma decisão em relação ao comportamento de interesse num futuro previsível, normalmente calculado como sendo nos próximos seis meses. As pessoas podem estar neste estágio devido a má-informação ou desinformação sobre as conseqüências de serem sedentárias. Elas também podem ter se tornado

desencorajadas pelas inúmeras tentativas de mudanças e pela incapacidade de mudar. Em qualquer desses grupos essas pessoas evitam ler, falar, ou pensar sobre os riscos desses comportamentos inadequados. Em outras teorias, elas freqüentemente são caracterizadas como resistentes, desmotivadas ou ainda, que não estão prontas para alguma terapia ou programas de promoção de saúde.

Contemplação: neste estágio as pessoas pretendem seriamente mudar seu comportamento e se engajarem em programas de atividade físicas nos próximos seis meses. Nesta fase os sujeitos estão mais conscientes dos prós da mudança mas também, são ainda muito conscientes dos contras. Este período de balanço entre os benefícios e prejuízos pode produzir uma ambivalência profunda que poderá manter as pessoas emperradas neste estágio por um longo período. Os pesquisadores caracterizam essa situação como uma contemplação crônica ou protelação comportamental. Algumas pessoas podem ficar neste estágio por pelo menos dois anos e, ainda, não se pode considerá-las prontas para programas de ação orientadas.

Preparação: nesse momento os indivíduos estão planejados para tomar determinadas decisões num futuro imediato, num prazo máximo de um mês. Os praticantes irregulares de exercícios se encaixam nesse estágio. Estes indivíduos tem um plano de ação traçado, tais como: consultar um médico, assistir aulas, palestras sobre educação para uma vida saudável. Essas serão as pessoas que poderão ser recrutadas para os programas de exercícios. Deve-se enfatizar as recompensas e minimizar cada vez mais as barreiras ao exercício.

Ação: é o estágio no qual os sujeitos fizeram modificações específicas nos seus estilos de vida nos seis meses passados. Visto que a ação seja observada, a mudança de comportamento freqüentemente tem sido equiparada como ação.

Porém, a ação neste modelo teórico é somente mais um dos estágios. Os indivíduos desse estágio têm um alto risco de recaídas. Nesta etapa deve-se fornecer apoio social, dar informações sobre as lesões que podem ser evitadas, rotina dos exercícios, entre outras.

Manutenção: nesse estágio as pessoas estão trabalhando para prevenir a recaída mas, elas não fazem aplicações de processos de mudanças tão freqüentes quanto fazem as pessoas que estão no estágio de ação. Elas estão menos tentadas à recaídas e cada vez mais confiantes que elas podem continuar suas mudanças. Para os indivíduos estarem no estágio de manutenção eles deverão permanecer de seis meses a cinco anos adotando o comportamento desejado. A recaída é uma forma de regressão no qual a pessoa retorna para um estágio anterior. Prochaska et al. (1997) advertem que somente 15% das pessoas que se exercitam e estão nesse estágio retornem para o estágio de precontemplação. A vasta maioria retorna para os estágios de contemplação ou preparação para outra tentativa séria de ação.

Estabilização: é o estágio no qual os indivíduos têm zero probabilidade de tentativas e 100% de auto-eficácia. Para comportamentos como exercitar-se e controle de peso o objetivo principal poderá ser a vida inteira na fase de manutenção.

Prochaska, Velicer & Rossi (1994) e Marcus & Simkin (1993) têm mostrado que a mudança através dos estágios ocorrem numa conduta cíclica. Desta maneira, muitos indivíduos devem fazer várias tentativas de mudanças de comportamento antes de alcançarem o estágio de manutenção. Neste processo, estas pessoas podem regredir, através de vários estágios (recaída, enquanto está na ação pode desistir do programas e mover-se para o estágio de contemplação).

Comumente este modelo tem sido útil para as pesquisas que pretendem acabar ou iniciar algum comportamento porém, a pesquisa terá êxito também em pesquisas para aquisição de comportamento para exercitar-se Prochaska, Velicer & Rossi (1994). Contudo, não será surpresa se, ao longo desse processo para iniciação da prática de exercícios, a pessoa desejar cessar aquele comportamento e voltar ao seu estilo de vida sedentária.

Como este modelo trata de mudanças comportamentais, tornam-se necessários mais estudos longitudinais para que se possa analisar todos os aspectos de mudanças entretanto, o número de estudos relacionados com o comportamento para o exercício estão sendo acelerados nos últimos anos, afirma Marcus (1998).

### Determinantes da Atividade Física na Mulher

Os fatores para a participação na atividade física são classificados em três grupos segundo Marcus (1995): características pessoais, variáveis psicológicas e fatores ambientais e do programa.

Características pessoais: estudos sobre os determinantes da participação em exercícios revelaram que pessoas com menor escolaridade, indivíduos com sobrepeso, e os mais idosos têm uma maior tendência a serem sedentários (King et al., 1992). Adultos mais velhos e mulheres são menos favoráveis a adoção nas práticas vigorosas de exercícios, mas freqüentemente relatam a participação em atividades leves e moderadas (Marcus, Pinto, Simkim, Audrain e Taylor, 1994). A prática regular de exercícios também é menos propícia para fumantes, obesos e pessoas que possuem um trabalho pesado (Marcus, 1995).



Características psicológicas: os fatores psicológicos mais estudados são: auto-eficácia, auto-motivação, percepção de boa saúde, percepção dos benefícios do exercício, e o prazer de realizá-los; todos eles estão associados com altos níveis de atividade física tanto para homens quanto para mulheres (King et al., 1992). Indivíduos que percebem ou valorizam mais os benefícios do que os custos para atividade física são as pessoas mais fáceis de adquirirem estilos de vida ativo (Marcus et al., 1992).

A prontidão individual dos sujeitos para se tornarem ativos é um dos mais importantes determinantes do sucesso na participação da atividade física. Entretanto, a maioria das pessoas não está pronta para a ação (Marcus et al., 1992).

Características ambientais e do programa: apoio social da família tem sido identificado como um forte preditor da manutenção do exercício para mulheres (Dubert citado por Marcus, 1995) e outros estudos mostram também que o acompanhamento do esposo aumenta a aderência ao exercício (Raglin e Wallace citado por Marcus, 1995).

O tipo, complexidade, conveniência, custos, do programa de atividade física tais como a locação e intensidade também, influenciam a participação nos exercícios.

Os exercícios moderados, programas realizados em casa sem supervisão e, horários flexíveis para os trabalhadores também, elevam a taxa de aderência ao exercício (King citado por Marcus, 1995).

### Barreiras específicas para mulheres, idosos e grupos minoritários:

Um grande número de fatores parece afetar a participação na atividade física muito mais em mulheres do que em homens.

O suporte social e atitudes sociais também colaboram significativamente para a prática (Marcus, 1995). Numerosos relatos tem documentado que a participação nas atividades físicas pode ser fortemente aumentada para mulheres quando elas obtêm incentivos da família e dos amigos (Lee, 1993).

Ser casada e ter filhos pode ter um significativo impacto nos níveis de atividades da mulher. As atividades físicas vigorosas são praticadas muito mais por mulheres solteiras do que pelas casadas.

Períodos de transição importantes merecem maiores investigações e incluem a adolescência, entrada na universidade, trabalho pesado, gravidez, criação dos filhos, menopausa, aposentadoria. Estes períodos podem aumentar ou diminuir a participação em programas de atividade física e é importante conhecer cada barreira prevalente de cada período de transição citado (Marcus, 1995)

Oportunidades econômicas e faixa etária podem ter um impacto significativo para escolha e participação das atividades. Dados sugerem que a baixa renda, indivíduos em grupos minoritários e idosos ocupam-se menos em atividades físicas de lazer do que o resto da população em geral (Marcus, 1995).

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

#### Modelo do Estudo

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo descritivo com componente analítico, no qual pretendeu-se caracterizar e comparar os estilos de vida, estágios de mudança de comportamento para atividade física e níveis de atividades físicas habituais em mulheres catarinenses de três origens étnico-culturais diferentes.

#### População e Amostra

O número total de mulheres de cada localidade selecionada pode ser verificado através de tabelas obtidas no IBGE (1999) da Contagem Nacional da População do ano de 1996 (anexo 1) e uma outra tabela (anexo 2) foi desenvolvida apresentando dados sobre o número de mulheres selecionadas e entrevistadas por faixa etária.

A amostra deste estudo foi composta de 273 mulheres, descendentes de grupos étnico-culturais açoriano, alemão e italiano, residentes no Estado de Santa Catarina e com escolaridade mínima das quatro séries iniciais do 1º grau.

De cada grupo étnico identificado, foram selecionadas 91 mulheres em três grupos de diferentes faixas etárias: de 18 a 34 anos, de 35 a 49 anos e de 50 a 65 anos.

Tendo em vista a especificidade dos grupos étnico-culturais, a amostra foi selecionada intencionalmente quanto aos locais. Os critérios para inclusão na amostra foram: a mulher deveria ser nascida no local de coleta de dados ou em cidades com a predominância do mesmo grupo étnico-cultural e (dois dos quatro) avós (no mínimo) pertencerem ao grupo étnico-cultural predominante no local.

### Instrumentos e variáveis

As informações foram coletadas, através de uma entrevista estruturada (anexo 3) que incluiu, na primeira parte, dados demográficos e do estilo de vida e, na segunda parte, perguntas para caracterização do estágio de mudança de comportamento para atividade física, nível de atividade física habitual, controle de peso e nutrição.

Na entrevista foram incluídos os seguintes instrumentos que foram traduzidos e adaptados: (a) Questionário Internacional de Atividade Física Habitual (CDC/ OMS, 1999); (b) Estágios de Mudança de Comportamento para Atividade Física (Marcus, 1999).

### Procedimentos gerais da coleta de dados

A seleção dos locais para coleta de dados foi realizada conforme os seguintes critérios: (a) zona de concentração de colonização européias

(açoriana, alemã e italiana) e origem do povoamento, conforme a literatura especializada (anexo 4); (b) representatividade do local em relação ao grupo étnico-cultural; (c) facilidade de acesso aos locais; (d) número semelhante de mulheres da faixa etária caracterizada nas três localidades (duas cidades e um distrito do município de Palhoça) escolhidas.

O local para a coleta de dados do grupo étnico-cultural açoriano foi inicialmente o município de Governador Celso Ramos. Devido à dificuldades operacionais e (número baixo de mulheres com as características desejadas), optou-se em substituir o local da coleta pelo distrito de Enseada de Brito (município de Palhoça). Para o grupo étnico-cultural alemão escolheu-se o município de Presidente Getúlio e para o grupo italiano, Nova Trento. O mapa abaixo (Figura 1) inclui todas as localidades selecionadas pelo estudo.

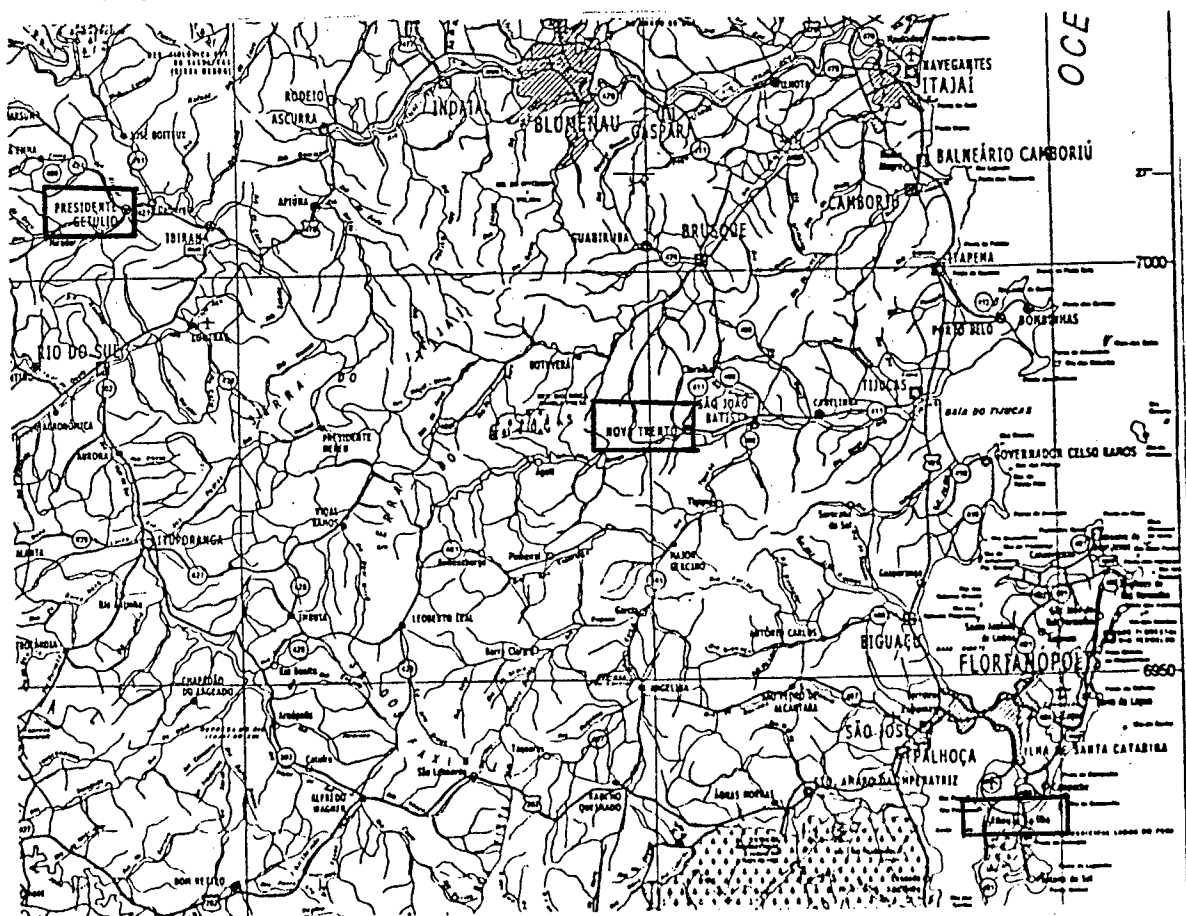


Figura 1. Mapa das localidades selecionadas para coleta de dados.

Um convite formal à cidade selecionada foi feito através de uma prévia visita às autoridades responsáveis, com todas as informações necessárias para a realização desta pesquisa.

Cada participante da pesquisa foi devidamente informada dos seus objetivos, antes de responder a entrevista.

Após a escolha das localidades que representaram os grupos, a coleta de dados da amostra foi realizada na área urbana de cada localidade, através de um sorteio aleatório das ruas onde foram aplicadas as entrevistas.

Para agilizar a coleta de dados, além da autora, foi necessária a colaboração de três voluntárias da área de educação física, que passaram por um treinamento e uma coleta piloto do estudo.

Após a chegada na rua sorteada, as quatro entrevistadoras se dirigiam para o ponto médio desta rua e cada par de entrevistadoras se encaminhava para uma metade da rua, sendo que uma delas ocupava o lado esquerdo da rua e a outra o lado direito, alternando as casa visitadas. Nos casos em que a mulher não se encontrava em casa ou não possuía as características desejadas, a entrevistadora pulava a casa seguinte ao ocorrido, e continuava seu trabalho.

A maioria das entrevistas foi coletada nos turnos matutino e vespertino, ocorrendo, ocasionalmente, coletas no período da noite. A permanência em cada cidade, para a coleta de dados, foi de três dias.

Uma tabela (anexo 5) foi desenvolvida para auxiliar a entrevistadora sobre a situação do domicílio investigado e dos pré-requisitos para inclusão na amostra.

Ao final de cada entrevista, era repassado ao sujeito alguns folhetos informativos sobre atividade física e saúde ( anexo 6) como forma de retribuição pela colaboração prestada.

Os resultados e o relatório final da pesquisa serão entregues às autoridades responsáveis de cada local da coleta e, aos demais interessados.

### Análise dos dados

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha eletrônica mediante digitação das informações em uma rotina elaborada para esse estudo no programa Epi Info , versão 6.04b. Em seguida, recorreu-se ao programa Simstat for Windows, versão 1.21, para proceder o tratamento estatístico apropriado, constando de uma análise descritiva com medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, amplitude de variação) e distribuição de frequências. Para comparação entre grupos utilizou-se análise de variância *Anova one-way* (Post Hoc Scheffée) para variáveis contínuas e qui-quadrado para variáveis categóricas. O nível de significância foi estabelecido em  $p < 0,05$ .

## CAPITULO IV

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados utilizando-se figuras e tabelas para melhor visualização. Inicialmente serão abordados a caracterização e dados demográficos da amostra; em seguida o estilo de vida, a caracterização dos estágios de mudança e o nível de atividade física habitual. Finalmente, os dados sobre aspectos alimentares são apresentados e discutidos.

#### Caracterização e Dados Demográficos da Amostra

A amostra constituiu-se por mulheres, residentes no Estado de Santa Catarina representantes de três grupos étnico-culturais: alemão (ALE), italiano (ITA) e açoriano (AÇO), subdivididos em três grupos etários (18-34, 35-49 e 50-65 anos).

Um total de 273 mulheres foi entrevistado (91 em cada localidade). Os locais escolhidos para coleta de dados foram: Enseada de Brito (AÇO), Presidente Getúlio (ALE) e Nova Trento (ITA), tanto em função das características étnico-culturais como pelo número de mulheres residentes na localidade (anexo 1).



## Idade

É importante destacar a inexistência de diferença significativa na idade entre os grupos étnico- culturais. Os valores mínimo (18) e máximo (65) foram preestabelecidos para inclusão na amostra. A média de idade da amostra foi de  $36,46 \pm 13,86$  anos.

## Estado civil

Grande parte das mulheres entrevistadas (60%, n=164) eram casadas, seguido pelas solteiras (28,8%, n=78). Aproximadamente 70% (n=62) da amostra do grupo açoriano já se encontrava casada e, no grupo italiano, 41,8% (n=38) das mulheres ainda eram solteiras.

**Tabela 1**

### **Estado civil dos sujeitos**

<i>Origem</i> <i>Estado civil</i>	<i>ALE</i>		<i>ITA</i>		<i>AÇO</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Solteira	27	29,7	38	41,8	13	14,6	78	28,8
Casada	57	62,6	45	49,5	62	69,7	164	60,5
Viúva	4	4,4	4	4,4	8	9	16	5,9
Divorciada	3	3,3	4	4,4	6	6,7	13	4,8
<b>Total</b>	91	100,0	91	100,0	89	100,0	271	100,0

Dados do estado civil, por faixa etária, mostraram que, à medida que a idade avança, diminui o número de mulheres solteiras, casadas e separadas,

aumentando o número das viúvas. Entre as mulheres mais jovens (18-34 anos) a grande maioria era solteira (48,6%, n= 67) ou casada (45,7%, n= 63). A análise pelo qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) indicou um perfil diferenciado entre os grupos, com um número superior de viúvas e inferior de solteiras no grupo AÇO em comparação aos demais.

### Escolaridade

As mulheres do grupo italiano foram as que possuíam melhor nível de escolaridade, enquanto as mulheres do grupo açoriano eram aquelas que possuíam menor grau de instrução sendo que, mais da metade (52,8% , n= 48) dessas mulheres tinham somente o nível fundamental incompleto ( $p < 0,05$ ; Qui-quadrado).

Dessa amostra, 37% (n= 101) fizeram apenas o fundamental incompleto e 16,2% (n= 44) cursaram ou estavam cursando faculdade. Deve-se destacar a existência de cursos superiores próximos às localidades ALE e ITA.

**Tabela 2**

#### **Nível de escolaridade dos sujeitos**

Origem		ALE		ITA		AÇO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Fundamental	incompleto	32	35,2	21	23,1	48	52,8	101	37,0
	completo	5	5,5	3	3,3	5	5,5	13	4,8
Médio	incompleto	14	15,3	4	4,4	13	14,2	31	11,2
	completo	25	27,5	38	41,8	21	23,1	84	30,8
Superior	incompleto	11	12,1	7	7,7	1	1,1	19	7,0
	completo	4	4,4	18	19,8	3	3,3	25	9,2
<b>Total</b>		91	100,0	91	100,0	91	100,0	273	100,0

Dados da população brasileira (IBGE, 1996) mostraram que as mulheres tinham, em média, 5,8 anos de estudo. Nesta investigação, por não incluir escolaridade inferior à quarta série fundamental, a média de anos de estudo foi superior ao encontrado pelo IBGE. De qualquer modo, foram poucas as mulheres excluídas do estudo por esta delimitação.

### Ocupação dos sujeitos

Grande parte das mulheres dos grupos ALE e ITA (75,8% n=69 e 83,5% n=76, respectivamente), tinham trabalho remunerado, enquanto a situação oposta foi observada no grupo açoriano, onde 73,6% (n=67) das mulheres não tinha ocupação remunerada. Das mulheres que trabalhavam, 91,7% (n=155) exerciam sua ocupação de 5 a 6 dias na semana.

Aproximadamente 30% (n= 24 e 23) das mulheres que possuíam ocupação remunerada dos grupos ALE e ITA, trabalhavam no comércio, em contraposição a 12,5 % (n=3) das mulheres do grupo AÇO. Vale ressaltar que a localidade de Enseada de Brito tinha poucos estabelecimentos comerciais, dependendo grandemente do centro de Palhoça, distante 15 km.

O setor do magistério tinha 20,7%(n=35) de todas as ocupações remuneradas dessa amostra (n = 169). Merecem destaque o reduzido número de profissionais liberais encontrado somente no grupo ITA e, um número expressivo 12% (n=20) de microempresárias verificado nos grupos ALE e ITA.

Outras ocupações encontradas foram: agricultora, babá, recepcionista, sapateira, telefonista, entre outras.

As mulheres que não pertenciam a essa amostra (n = 104) não possuíam ocupações remuneradas e puderam ser consideradas "do lar".

Tabela 3

## Atividade ocupacional dos sujeitos por origem

Origem	ALE	ITA	AÇO	TOTAL
Ocupação	n	n	n	n
Comerciária	24	23	3	50
Magistério e assemelhados	11	13	11	35
Auxiliar de serviços diversos	6	11	3	20
Micro-empresária	9	11	---	20
Costureira	6	---	---	6
Secretaria e assemelhados	2	4	---	6
Empregada doméstica	2	---	3	5
Profissional liberal	---	4	---	4
Serviço de salão de beleza	2	1	1	4
Caixa	---	3	---	3
Cozinheira	---	2	1	3
Outras	7	4	2	13
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>78</b>	<b>24</b>	<b>169</b>

A média de horas dedicada ao trabalho por semana nessa investigação foi de 48,12 horas, sendo superior ao encontrado na Pesquisa de Padrão de Vida – PPV (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE,1999) para mulheres, que foi de 35 horas. As mulheres do grupo AÇO foram aquelas que mais se assemelharam com a média nacional trabalhando 34,1 horas por semana.

### Nível Sócioeconômico

O grupo das mulheres açorianas foi o que possuía menor nível sócio-econômico, com aproximadamente 81% (n=74) das entrevistadas pertencentes às classes C, D e E. No entanto, apenas uma mulher (AÇO) foi classificada como

sendo de classe E. As mulheres investigadas do grupo italiano tinham maior poder aquisitivo estando 64,8% (n=59) delas nas classes A e B. Esta diferença foi significativa para  $p < 0,05$  (Qui-quadrado).

Na classe A (mais de 20 salários mínimos) foram encontrados 8,7 % da população da região sul na pesquisa de Indicadores Sociais Mínimos 96 (IBGE, 1999) e na amostra investigada por esse estudo apenas 5,1% (n=14), nem nas origens separadamente foi encontrado um índice superior ao do IBGE (1999).

**Tabela 4**

**Nível sócioeconômico dos sujeitos**

Origem Classe econômica	ALE		ITA		AÇO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A1 + A2	7	7,7	5	5,5	2	2,2	14	5,1
B1 + B2	39	42,8	54	59,3	15	16,4	108	39,5
C	34	37,4	19	20,9	43	47,3	96	35,2
D + E	11	12,1	13	14,3	31	34,1	55	20,2
<b>Total</b>	91	100,0	91	100,0	91	100,0	273	100,0

Estrutura Familiar

Filhos

As mulheres do grupo AÇO tinham maior número de filhos (n=73) comparado aos grupos ALE (n=60) e ITA (n=50) que não diferem significativamente. A média de filhos da amostra foi de  $2,6 \pm 1,88$  com um número mínimo de 1 e o máximo de 12 filhos. Existe diferença estatisticamente

significante no número de filhos entre as origens e, esta diferença estava entre os grupos AÇO e ALE.

Quando se comparou o número de filhos nas diferentes faixas etárias encontrou-se diferença significativa ( $p < 0,01$ ), mostrando que o maior número de filhos foi o da faixa etária mais idosa ( $M=4,13$ ,  $DP=2,76$ ) diferindo significativamente das outras duas faixas etárias mais novas: 18-34 ( $M=1,71$ ,  $DP=0,85$ ) e 35-49 ( $M=2,38$ ,  $DP= 1,09$ ), como era esperado. Apenas três mulheres afirmaram estar grávidas, sendo uma do grupo ALE e duas pertencentes ao grupo AÇO. Dessa amostra 90 mulheres disseram não ter filhos.

### Pessoas Morando em Casa

No geral, pouquíssimas mulheres moravam sozinhas (2,2%;  $n= 6$ ) da amostra. Morando com mais alguém esse percentual subiu para 14,5% ( $n=39$ ) do total. A grande maioria das mulheres investigadas morava com três a cinco pessoas, o que representa 73,2% ( $n= 198$ ). As famílias grandes, de seis ou mais pessoas, representavam somente 9,5% ( $n=26$ ). A média encontrada foi de  $3,7 \pm 1,4$  pessoas morando juntas, apresentando o mínimo de uma e máximo de nove pessoas. Há diferença entre as médias de moradores encontradas pelo IBGE – Censo Nacional da População de 1996 (1999) no Brasil, a média encontrada é de 4,06 pessoas por domicílio. Em Santa Catarina essa média diminui para 3,9, nos municípios de Presidente Getúlio 3,76 , Nova Trento 3,92 e Palhoça, com média superior ao do Brasil, com 4,12 pessoas por domicílio.

### Empregada Doméstica ou Faxineira

Da amostra geral (n=273) um baixo percentual (29%; n=79) das mulheres investigadas tinham empregada doméstica ou faxineira. Aproximadamente 45% (n= 41) das mulheres do grupo ALE possuíam empregada doméstica, as do grupo ITA 36% (n=33), enquanto as do grupo AÇO apenas 5% (n=5). Isso demonstrou um reflexo da diferença ocorrida no nível sócioeconômico.

### Caracterização do Estilo de Vida

#### Fumo

Dos três grupos étnico-culturais analisados, 90,1 % (n= 246) das mulheres responderam que não fumavam e, dessas mulheres, 92,3% (n=227) relataram que nunca fumaram na vida e, ainda, 7,3 %(n=18) pararam de fumar há dois anos ou mais. Essa situação indicou fator positivo num estilo de vida saudável. Não houve diferença significativa entre os grupos analisados. Dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (1999) indicam que nos países em desenvolvimento 7% das mulheres fumam, entretanto, o percentual aumenta para 24%, se o país for desenvolvido. No Brasil, 1/3 da população adulta fuma, 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens, enquanto, que na região sul o índice é mais alarmante: 42% dos habitantes fumam (INCA, 1999).

## Álcool

Aproximadamente 70% das mulheres dos grupos alemão (n=66) e italiano (n=61) reportaram não consumir bebida alcóolica, juntamente, com 98% (n=89) da amostra açoriana. Esses percentuais mostraram que houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) na ingestão de álcool entre os grupos. Uma possível explicação, deve-se à tradição cultural de Nova Trento (ITA), pela fabricação de vinhos e Presidente Getúlio (ALE), pelo consumo de cerveja, hábito dos alemães.

Das mulheres que ingeriam álcool (20,9 %; n= 57), quase a totalidade (98,2%; n=56) bebiam menos do que cinco drinques por semana, o que indica poucos problemas com alcoolismo.

## Estresse

Apenas 14% (n=38) das mulheres da amostra referiam-se estar quase sempre ou excessivamente estressada. “Às vezes me sinto estressada”, foi apontado por aproximadamente 50% (n=134) da amostra, enquanto 37% (n=101) afirmaram estar raramente estressada. Não ocorreu diferença significativa entre os grupos.

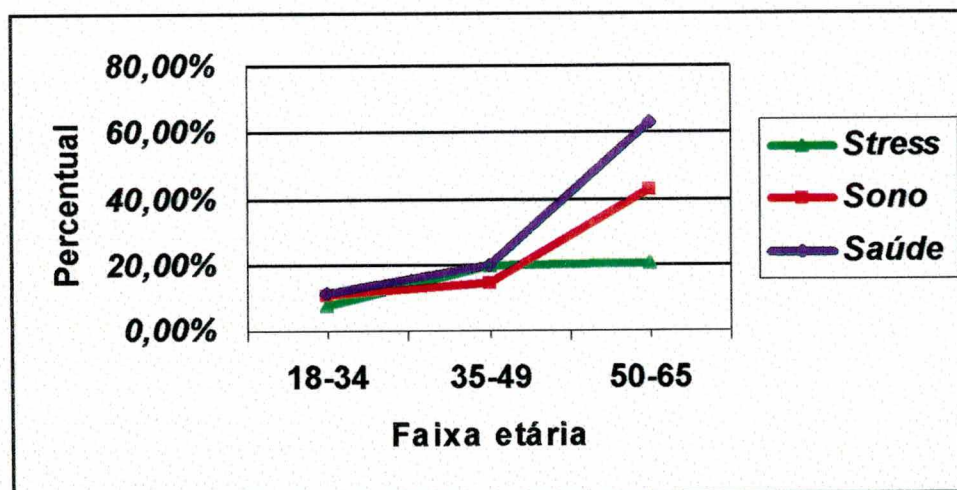
Com o passar da idade, foi observado um aumento dos níveis de estresse (figura2), havendo diferença significativa entre as faixas etárias, ( $p < 0,05$ ).



## Sono

Nessa amostra foi constatado que 18,3% (n=50) das mulheres tinham dificuldade ou raramente conseguiam dormir bem e, neste mesmo quadro, apenas 11% (n=10) do grupo italiano estava nessa situação. Entretanto, mais da metade 58,6% (n=160) da amostra relatou que sempre dormia bem.

O sono também foi uma variável analisada entre as faixas etárias. Pode-se constatar mais uma vez que a qualidade do sono tende piorar em função do passar dos anos (figura 2), apresentando diferença estatisticamente significativa. Na faixa etária de 50 a 65 anos verificou-se que 42,6 % (n=23) da amostra tinha dificuldade ou raramente dormia bem.



**Figura 2.** Aspectos negativos relacionados ao estilo de vida que pioram como a idade

## Percepção do Estado de Saúde

A percepção do estado de saúde foi similar nos três grupos, com aproximadamente 75% (n=207) da amostra considerando-a boa ou excelente. Estes dados concordaram com a grande maioria da população brasileira (80,6%) que acreditaram que sua saúde estava boa ou muito boa, segundo a PPV do IBGE (1999). Somente 4% (n=11) das mulheres investigadas afirmaram que seu estado de saúde era ruim. As mulheres do grupo açoriano tinham um maior percentual de percepção do estado da saúde ruim ou regular (27,5%; n=25).

Investigou-se a percepção da saúde entre as faixas etárias e concluiu-se que nas mulheres de 50 a 65 anos a percepção foi de 63% para ruim e regular (figura 2). Para as mais jovens (18-34 anos) e mulheres de idade intermediária (35-49 anos) obtiveram-se os seguintes percentuais: 88,4 e 80,3, respectivamente. Para os aspectos bom e excelente da saúde, foram encontrados dados semelhantes relacionados às faixas etárias na pesquisa do IBGE (1999).

## Doença Relatadas

Entre os grupos analisados foi observado que aproximadamente 71% (n=194) das mulheres não relataram qualquer tipo de doença no momento da coleta de dados. Das mulheres açorianas, 34,1% (n=31) foram as que mais possuíam doenças relatadas, partilhando da opinião apresentada anteriormente sobre a percepção do estado atual de saúde. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos.

Tabela 5

## Doenças relatadas (SIC) dos sujeitos

Origem Doença	ALE n	ITA n	AÇO n	TOTAL n
Hipertensão	6	4	8	18
Depressão	3	2	1	6
Coração	3	--	3	6
Gastrite	1	3	1	5
Alergia	1	1	2	4
Diabetes	1	--	3	4
Bronquite	1	1	2	4
Osteoporose	1	2	1	4
Reumatismo	1	2	1	4
Artrose	3	1	--	4
Dislipidemia	1	1	2	4
Epilepsia	1	2	--	3
Hérnia	--	1	2	3
Outras	4	10	12	26
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>38</b>	<b>95</b>

Quando foram questionadas sobre doenças, somente 75 mulheres (27,5%) da amostra (n =273) relataram 95 doenças, algumas mulheres citaram mais de uma doença. A incidência maior de ocorrências das doenças aconteceu no grupo AÇO (40 %; n = 38). A doença relatada mais freqüente foi a hipertensão arterial, representando aproximadamente 19% (n=18) dessa amostra. Encontrou-se essa mesma doença na PPV do IBGE (1997) seguido pelas doenças ósseas e problemas do coração.

Inclui-se nesse estudo como outras doenças: anemia, asma, enxaqueca, hemorróidas, sinusite, entre outras.

Tabela 6

## Sintomas percebidos pelos sujeitos

Origem Sintoma	ALE n	ITA n	AÇO n	TOTAL n
Dor nas costas	7	10	12	29
Dor de cabeça	6	3	9	18
Dor nos membros	4	4	3	11
Distúrbios visuais	2	3	2	7
Dor abdominal	1	3	1	5
Dor nas articulações	--	1	4	5
Fraqueza	2	1	2	5
Resfriada	--	2	1	3
Alergia	--	1	1	2
Ansiedade	--	2	--	2
Constipação	--	1	1	2
Depressão	1	--	1	2
Dor no corpo	1	1	--	2
Dor no peito	--	--	2	2
Insônia	1	--	1	2
Mal-estar	1	1	--	2
Tonturas	1	--	1	2
Tpm	1	--	1	2
Outras	9	4	5	18
Total	37	37	47	121

Apenas 36% (n = 98) das mulheres da amostra perceberam 121 sintomas que estavam acontecendo na época da entrevista, algumas delas informaram mais de um sintoma. Novamente, as mulheres do grupo AÇO foram aquelas que perceberam um maior número de sintomas (39 %; n= 47).

A dor nas costas foi o sintoma mais percebido pela amostra (n= 29), representando 24 % de todos os sintomas, seguido pela dor de cabeça 15% (n= 18) e pela dor nos membros 9% (n= 11).

### Estágio de Mudança de Comportamento para Atividade Física

Para calcular o Estágio de Mudança de Comportamento para Atividade Física (EMC) utilizou-se o seguinte critério segundo Marcus (1999) , para as cinco questões elaboradas; (a) Resposta negativa para as questões 1 e 2 = Precontemplador (PRE); (b) Resposta negativa para a questão 1 e positiva para a 2 = Contemplador (C); (c) Resposta positiva para a questão 1 e 2 e negativa para a 3 = Preparação (PREP); (d) Resposta positiva para a questão 3 e negativa para a 4 = Ação (A); (e) Resposta positiva para as questões 3, 4 e 5 = Manutenção (M).

**Tabela 7**  
**Estágio de Mudança de Comportamento dos sujeitos**

<b>Origem</b>	<b>ALE</b>	<b>ITA</b>	<b>AÇO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Estágio</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Precontemplador (PC)	7 (7,7)	2 (2,2)	3 (3,3)	12 (4,4)
Contemplador (C)	9 (9,9)	3 (3,3)	6 (6,6)	18 (6,6)
Preparação (PREP)	12 (13,2)	10 (11,0)	9 (9,9)	31 (11,4)
Ação (A)	15 (16,5)	12 (13,2)	12 (13,2)	39 (14,3)
Manutenção (M)	48 (52,7)	64 (70,3)	61 (67,0)	173 (64,3)
<b>Total</b>	91 (33,3)	91 (33,3)	91 (33,3)	273 (100,0)

Observou-se que a maior parte da amostra (77,7%; n=212) estava situada nos estágios de ação e manutenção. O grupo ALE tinha a maior frequência de sujeitos nos estágios PRE e C (n=16). Nos estágios A e M, o grupo ITA superou os outros dois grupos (n= 76). Não se observou diferença estatisticamente significativa nos EMC entre os grupos étnico- culturais.

Tabela 8

**Estágio de Mudança de Comportamento para Atividade Física  
entre as faixas etárias**

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>18-34</b>	<b>35-49</b>	<b>50-65</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Estágio</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Precontemplador (P)	8 (5,8)	2 (2,5)	2 (3,7)	12 (4,4)
Contemplador (C)	9 (6,5)	7 (8,6)	2 (3,7)	18 (6,6)
Preparação (PREP)	23 (16,7)	8 (9,9)	---	31 (11,4)
Ação (A)	17 (12,3)	13 (16,0)	9 (16,7)	30 (14,3)
Manutenção (M)	81 (58,7)	51 (63,0)	41 (75,9)	173 (63,4)
<b>Total</b>	<b>138 (50,5)</b>	<b>81 (29,7)</b>	<b>54 (19,8)</b>	<b>273 (100,0)</b>

A faixa etária mais idosa foi aquela que possuiu o maior percentual 93 % (n=50) de mulheres nos estágios de A e M, sugerindo serem muito ativas para essa idade. As mais jovens, surpreendentemente, foram aquelas que tinham os maiores percentuais nos estágios P e C 12,3 % (n=17).

Tabela 9

**Estágio de Mudança de Comportamento para Atividade Física  
entre os Índices de Massa Corporal Estimados**

<b>IMC estimado(kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>&lt;20</b>	<b>20-25</b>	<b>26-30</b>	<b>&gt;30</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Estágio</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Pré-contemplador	1 (2,0)	6 (4,9)	3 (5,5)	---	10 (4,1)
Contemplador	3 (5,9)	8 (6,5)	5 (9,1)	---	16 (6,6)
Preparação	10 (19,6)	11 (8,9)	4 (7,3)	---	25 (10,3)
Ação	7 (13,7)	11 (8,9)	8 (14,5)	6 (42,9)	32 (13,2)
Manutenção	30 (58,8)	87 (70,7)	35 (63,6)	8 (57,1)	160 (65,8)
<b>Total</b>	<b>51 (21,0)</b>	<b>123 (50,6)</b>	<b>55 (22,6)</b>	<b>14 (5,8)</b>	<b>243 (100,0)</b>

Essa comparação mostrou diferença significativa do estágio de mudança de comportamento entre os índices de massa corporal estimados. Dos sujeitos que foram classificados nos estágios de A e M 70,3% (n= 135) tinham IMC menor que 25 kg/ m<sup>2</sup>, demonstrando uma certa coerência e auxiliando na confirmação da classificação dos EMC.

A associação entre EMC para atividades físicas e estilo de vida foi significativa (p<0,05) apenas em relação a variável percepção do nível de estresse.

### Atividade Física

#### Percepção do Nível de Atividade Física entre Mulheres

A percepção de ser menos ativa que outras mulheres da mesma idade foi de apenas 14,3% (n=39) da amostra. As mulheres dos grupos ITA e AÇO (48,4 e 46,2%, respectivamente) afirmam ser mais ativas do que outras mulheres. No entanto, aproximadamente 45% (n=41) do grupo alemão, acreditou ser igualmente ativa. Esse grupo pode ser considerado mais exigente que os demais devido a presença de jardins na maioria das casas e muito mais bicicletas na ruas, entre outros aspectos observados durante a coleta de dados.

**Tabela 10**

#### **Percepção do Nível de Atividade Física**

<b>Origens</b>	<b>ALE</b>	<b>ITA</b>	<b>AÇO</b>	<b>Total</b>
<b>Percepção</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Mais ativa	31 (34,1)	44 (48,4)	42 (46,2)	117 (42,9)
Igualmente ativa	41 (45,1)	33 (36,3)	34 (37,4)	108 (39,6)
Menos ativa	17 (18,7)	11 (12,1)	11 (12,1)	39 (14,3)
Não sabe	2 (2,2)	3 (3,3)	4 (4,4)	9 (3,3)
<b>Total</b>	<b>91 (33,3)</b>	<b>91 (33,3)</b>	<b>91 (33,3)</b>	<b>273 (100,0)</b>

Não houve diferenças significativas na percepção do nível de atividade física, tanto entre os grupos étnico-culturais como entre as faixas etárias.

Observou-se uma tendência das mulheres mais idosas entrevistadas 57% (n=31) se perceberem mais ativas, que outras da mesma idade. Nas mais jovens observou-se uma inclinação de se considerarem igualmente ativas 43,5% (n=60) que outras mulheres de idades semelhantes.

**Tabela 11**

**Percepção do nível de atividade física e faixas etárias**

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>18-34</b>	<b>35-49</b>	<b>50-65</b>	<b>Total</b>
<b>Percepção</b>	<b>n(%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Mais ativa	47 (34,1)	39 (48,1)	31 (57,4)	117 (42,9)
Igualmente ativa	60 (43,5)	31 (38,3)	17 (31,5)	108 (39,6)
Menos ativa	24 (17,4)	9 (11,1)	6 (11,1)	39 (14,3)
Não sabe	7 (5,1)	2 (2,5)	---	9 (3,3)
<b>Total</b>	138 (50,5)	81 (29,7)	54 (19,8)	273 (100,0)

O EMC mostrou uma relação estreita com a percepção do nível de atividade física, indicando diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), reforçando a classificação dos estágios de mudança de comportamento.

Grande parte das mulheres (92 %; n=108) que tem a percepção de serem mais ativas que outras da mesma idade, foram classificadas nos estágios de ação e manutenção. Das mulheres que estão nos estágios precontemplação e contemplação 90 % (n=27) percebem que são igualmente ou menos ativas que outras mulheres de idades iguais.



Tabela 12

**Percepção do Nível de Atividade Física entre os Estágios de Mudança de Comportamento**

<b>Estágios Percepção</b>	<b>PC n(%)</b>	<b>C n (%)</b>	<b>Prep n (%)</b>	<b>A n (%)</b>	<b>M n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Mais ativa	1 (8,3)	2 (11,1)	6 (19,4)	16 (41,0)	92 (53,2)	117 (42,9)
Igual ativa	7 (58,3)	8 (44,4)	16 (51,6)	17 (43,6)	60 (34,7)	108 (39,6)
Menos ativa	4 (33,3)	8 (44,4)	5 (16,1)	5 (12,8)	17 (9,8)	39 (14,3)
Não sabe	---	---	4 (12,9)	1 (2,6)	4 (2,3)	9 (3,3)
<b>Total</b>	12 (4,4)	18 (6,6)	31 (11,4)	39 (14,3)	173 (63,4)	273 (100,0)

Aparelhos para fazer exercícios em casa

Uma questão foi abordada para saber se o sujeito possuía aparelhos para fazer exercícios em casa e grande parte da amostra (71,1%; n=194) não possuía aparelhos, enquanto 28,9 % (n=79) já possuíam no momento da coleta de dados. Não houve diferença significativa entre os grupos étnicos.

Atividades do Marido ou Pai

Aproximadamente 54% (n=144) das mulheres entrevistadas afirmaram que seu marido ou pai fazia algum tipo de atividade física, incluindo esporte ou trabalho. Esse dado comprova o que a literatura aponta, o número de homens que praticam atividades físicas é muito maior que o de mulheres. O percentual mais alto para os homens que não faziam atividades físicas foi obtido entre as mulheres alemãs (42%). Entretanto, 36,6% (n=98) informaram que seu pai ou marido não fazia atividade física e ainda, aproximadamente 10% (n=26) não

souberam informar. Essa questão teve a participação de 268 mulheres. Não houve diferença significativa no número de relatos da prática de atividades físicas dos homens entre as origens investigadas.

**Tabela 13**

**Atividades do marido ou pai**

<b>Origem</b>	<b>ALE</b>	<b>ITA</b>	<b>AÇO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Atividade</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
Trabalho ativo	9	25	26	60
Futebol	15	11	12	38
Caminhada	14	11	6	31
Bocha	3	3	---	6
Ginástica	3	1	1	5
Ciclismo	2	1	1	4
Pesca	1	---	2	3
Outras	6	4	3	13
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>56</b>	<b>51</b>	<b>160</b>

Essas mulheres citaram 160 atividades, mas alguns desses homens faziam mais de uma atividade relatada pelas mulheres entrevistadas.

Nesta lista de atividades, o trabalho ativo como: pedreiro, pescador, carpinteiro, policial, entre outros; foi considerado. O futebol foi a atividade física de lazer mais realizada pelos homens, (aproximadamente 24% dos sujeitos), seguido da caminhada (19%). Em outras atividades foram incluídas: corrida, jardinagem, alongamentos, bolão, entre outras.

## Barreiras para a prática de atividades físicas

**Tabela 14**

**Barreiras percebidas para a prática de atividades físicas dos sujeitos (1ª citação)**

<b>Origem Dificuldade</b>	<b>ALE n</b>	<b>ITA n</b>	<b>AÇO n</b>	<b>TOTAL n</b>
Falta de tempo	53	54	37	144
Falta de vontade	8	11	13	31
Problemas de saúde	5	3	9	17
Falta local apropriado	6	---	6	12
Afazeres domésticos	3	2	6	11
Tempo ruim	3	5	1	9
Falta de dinheiro	2	5	1	8
Falta de companhia	2	---	4	6
Morar longe	2	1	4	6
Não gostar	2	---	---	2
Outras	1	2	2	4
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>253</b>

Nesta amostra, a barreira mais relatada pelas mulheres para não praticarem atividades físicas foi a falta de tempo, seguida pela falta de vontade (motivação) e pelos problemas de saúde. Estas barreiras foram apontadas por aproximadamente 93% (n=253) das mulheres.

Nas outras citações estavam: gravidez, não saber usar os aparelhos, não gostar da academia.

A tabela 18 mostra a combinação das barreiras mais citadas, considerando quatro indicações, por ordem de prioridade.

Tabela 15

Índice das barreiras por origem (soma das quatro citações)

<b>Origem</b> <b>Barreira</b>	<b>ALE</b> <b>n</b>	<b>ITA</b> <b>n</b>	<b>AÇO</b> <b>n</b>	<b>TOTAL</b> <b>n</b>
Falta de tempo	232	235	168	635
Falta de vontade	79	79	62	220
Falta local apropriado	73	8	45	126
Falta de dinheiro	27	63	32	122
Problemas de saúde	46	26	44	116
Tarefas domésticas	22	17	29	68
Morar longe	15	10	38	63
Falta de companhia	22	5	27	54
Tempo ruim	23	20	4	47
Falta aparelho	14	1	15	30
Local da academia	---	14	---	14
Falta de incentivo	3	4	1	8
Outras	22	10	6	38
<b>Total</b>	<b>578</b>	<b>492</b>	<b>471</b>	<b>1541</b>

Este índice foi obtido a partir da multiplicação das citações pela ordem de preferência, da seguinte maneira: a primeira citação multiplicou-se por quatro, a segunda por três, a terceira por dois, e a quarta citação por um.

O índice apresentou diferenças da tabela anterior destacando-se a falta de local apropriado e a falta de dinheiro para pagar academias e similares. Somente em Nova Trento (ITA) pode-se encontrar academia mas, mesmo assim, era um pouco deslocada do centro da cidade, dificultando a ida até a academia. Presidente Getúlio (ALE) já teve academia algumas vezes, e vários foram os motivos relatados para o fechamento. Enseada de Brito (AÇO) não possuía academia e para irem numa demoravam em média uma hora de ônibus para chegarem ao centro de Palhoça.

Tabela 16

## Facilitadores para a prática de atividade física dos sujeitos (1ª citação)

Origem Facilitadores	ALE n	ITA n	AÇO n	TOTAL n
Tranquilidade do local	4	9	22	35
Meio de transporte	10	7	2	19
Ter vontade	11	5	2	18
Ter aparelho	6	5	3	15
Ter tempo	3	1	4	8
Afazeres domésticos	1	5	2	8
Ter companhia	2	1	1	4
Ter dinheiro	1	1	1	3
Bem estar	---	---	2	2
Próprio trabalho	1	1	---	2
Outras	1	---	3	3
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>42</b>	<b>117</b>

A calma das localidades escolhidas foi um fator positivo apontado para a prática de atividade física, sugerindo maior segurança e facilidade para caminhar nas ruas e praças. A utilização da caminhada ou ciclismo como meio de transporte também foi apontado como fator facilitador para a prática de atividades físicas.

Tabela 17

## Índice combinado dos facilitadores (quatro mais importantes)

Origem Facilitadores	ALE n	ITA n	AÇO n	TOTAL n
Tranquilidade do local	43	54	91	188
Ter vontade	59	26	16	101
Meio de transporte	46	31	8	85
Ter aparelho	27	27	15	69
Afazeres domésticos	7	26	8	41
Ter tempo	12	7	19	38
Ter companhia	8	4	7	19
Trabalho	6	6	---	12
Bem estar	---	3	8	11
Outras	5	5	18	28
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>189</b>	<b>379</b>	<b>564</b>

## Estimativa do Gasto Energético

O Gasto energético (GE) foi calculado a partir da tabela 21, baseado em Ainsworth citado por Heyward (1998) com valores em MET para cada atividade desenvolvida.

**Tabela 18**

**Valores utilizados para cálculo do gasto energético**

<b>Atividade</b>	<b>MET</b>
<b><i>Trabalho</i></b>	
sentada ou em pé sem grande movimentação	1,5
caminhando no trabalho	2,0
atividades moderadas	4,0
atividades vigorosas	7,0
<b><i>Em Casa e no jardim/quintal</i></b>	
esforço moderado em casa	2,5
esforço moderado no jardim	4,0
esforço vigoroso no jardim	7,0
<b><i>Transporte</i></b>	
veículo a motor	1,5
caminhada para o trabalho	2,5
ciclismo para o trabalho	4,0
<b><i>Lazer</i></b>	
sentada ou deitada	1,0
caminhada rápida	3,5
atividades físicas moderadas	4,0
atividades físicas vigorosas	6,0

O gasto energético semanal recomendado por Paffenbarger et al. (1986) para minimizar os efeitos maléficos dos fatores de risco é de 2000 a 3500 kcal /semana na prática regular de exercícios. Entretanto, sabe-se que a partir de 1000 kcal/ semana, já pode-se encontrar benefícios. O gasto energético em torno de 2000kcal/semana diminui em 30% a taxa de mortalidade para indivíduos sedentários, segundo Paffenbarger et al. (1986).

Tabela 19

Gasto energético ( kcal/kg/semana) relativo dos sujeitos

Origem Gasto Energético	ALE n M (DP)	ITA n M (DP)	AÇO n M (DP)	GERAL n M (DP)	F
trabalho (T)	69 84,88 (36,08)	76 83,90 (42,57)	24 61,92 (23,51)	169 81,18 (38,39)	*3,64
trabalho ativo (TA)	48 57,37 (44,92)	59 57,78 (50,74)	15 47,47 (29,97)	122 56,35 (46,18)	0,31
em casa e jardim (L)	81 34,64 (29,35)	84 30,70 (28,14)	88 50,54 (38,43)	253 38,86 (33,46)	*9,04
transporte (T1)	90 9,08 (7,02)	88 14,19 (14,35)	87 10,81 (8,70)	265 11,34 (10,66)	*5,47
transporte ativo (T1A)	77 7,43 (6,59)	75 12,34 (13,86)	78 6,31 (6,57)	230 8,65 (9,89)	*8,51
lazer (L1)	91 34,60 (18,92)	91 32,32 (15,40)	91 34,26 (16,70)	273 33,73 (17,04)	0,47
lazer ativo(LA)	53 14,71 (14,45)	54 13,78 (11,49)	37 11,90 (10,39)	144 13,64 (12,38)	0,57
total do GE (G)	91 138,77(50,70)	91 144,46 (62,81)	91 109,79 (46,02)	273 131,01 (55,57)	*10,93
total ativo do GE (GA)	90 76,80 (52,88)	91 84,15 (60,94)	91 66,94 (43,77)	272 75,96 (53,27)	2,42

\* p &lt; 0,05.

O GE do trabalho total apresentou diferença significativa para o grupo AÇO, que possuiu o menor valor comparado aos demais grupos étnico-culturais. As mulheres do grupo AÇO possuíam um GE nas atividades em casa e no jardim superior e estatisticamente significativo, comparado aos grupos ALE e ITA. No que diz respeito ao GE no transporte, tanto total, quanto ativo, houve diferença significativa nos valores encontrados pelo grupo ITA que foram superiores aos demais grupos investigados. De maneira geral, o GE de todos os aspectos somado ao GE de atividades ativas apresentou diferença significativa entre as origens e, especificamente, no grupo AÇO que teve o menor GE do total relativo das atividades realizadas numa semana.

Tabela 20

Gasto energético (kcal/semana) absoluto dos sujeitos por origem

Tipo de GE	Origem	ALE	ITA	AÇO	TOTAL	F
		n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	
total de atividades (T+L+T1+L1)		89	91	88	268	
		9196,62 3751,17	8720,83 3872,78	6632,25 2935,46	8193,03 3706,46	* 13,07
total das atividades. mod. e vig. (TA+L+T1A+ LA)		88	91	88	267	
		5141,65 3733,86	5128,06 3647,84	4036,20 2722,49	4772,68 3428,42	* 3,08
lazer ativo (mod. e vig.) (LA)		52	54	37	143	
		993,43 994,33	865,78 775,88	735,63 675,99	878,52 840,15	1,02

\* p &lt; 0,05.

Nos resultados apresentados do GE absoluto no total das atividades pode-se observar que o grupo AÇO teve o menor GE (6.632,25 kcal/semana) apresentando desta forma, diferença significativa quando comparado aos outros dois grupos (ALE e ITA), que não apresentaram diferença significativa entre si.

Também houve diferença significativa no GE total das atividades moderadas e vigorosas entre as origens, com valores semelhantes para os grupos ALE e ITA (5.141,65 e 5.128,06 kcal/semana) e inferiores para o grupo AÇO (4.036,20).

Na parte do GE do lazer ativo não foi encontrada diferença significativa entre as origens e conclui-se que o GE apresentado com essas atividades em média foi de 878,52 kcal/semana, sendo inferior ao desejável para se obter/manter uma saúde adequada que fica em torno de 1000 a 2000 kcal/semana.



A partir dos dados obtidos foi elaborado um gráfico, onde é apresentado o nível de atividade física das mulheres de cada grupo étnico (figura 3). Foi considerado sedentário o sujeito que teve um gasto calórico inferior a 500 kcal/semana, pouco ativo 500 a 1000 kcal/semana, moderadamente ativo de 1000 a 2000 kcal/semana e finalmente ativo com um gasto superior a 2000 kcal/semana. Pelo menos 40% de cada grupo étnico foi considerado sedentário em contrapartida, as “saudáveis” têm um percentual inferior em torno de 30%, somando-se as categorias moderadamente ativo e ativo.

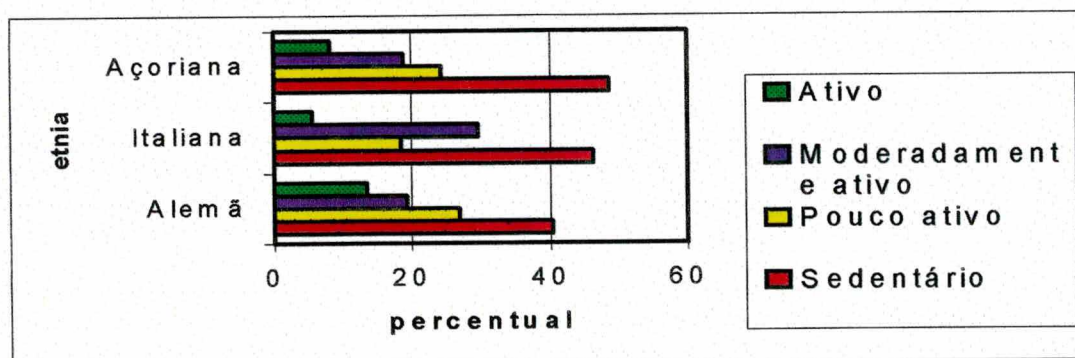


Figura 3. Nível de atividade física de acordo com a origem étnica

Tabela 21  
Gasto energético absoluto nas faixas etárias

Faixa etária (anos) Tipo de GE	18-34	35-49	50-65	TOTAL	F
	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	
total de atividades	135 8078,08	80 8684,79	53 7743,56	268 8193,03	1,16
	3917,58	3273,83	3752,05	3706,03	
total das ativid. mod. e vig.	135 4379,63	79 5223,02	53 5102,57	267 4772,68	1,83
	3517,41	3236,38	3422,44	3428,42	
lazer ativo (mod. e vig.)	67 823,02	45 989,43	31 837,48	143 878,52	0,57
	774,55	1064,08	577,44	840,15	

\*  $p < 0,05$ .

Ao contrário do que se poderia esperar, não houve diferença significativa no GE entre as diversas faixas etárias.

Tabela 22

## Gasto energético absoluto nos estágios de mudança de comportamento

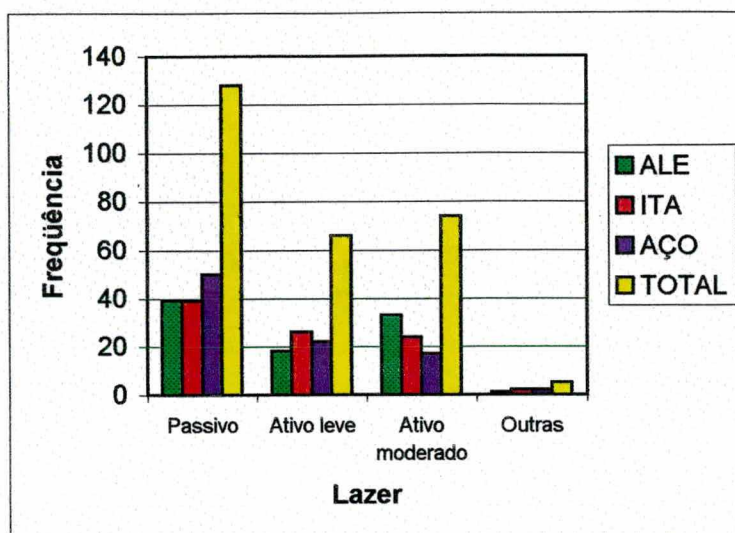
EMC Tipo de GE	PRE	C.	PREP	A	M	TOTAL	F
	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	
total de atividades	11	17	31	38	171	268	2,40
	7232,98 2579,41	7591,73 3329,92	6530,94 2957,38	8317,15 3285,67	8588,30 3934,89	8193,03 3706,03	
total das ativid. mod. e vig.	11	16	31	38	171	267	*4,00
	2555,06 1883,76	3970,79 3470,63	3174,76 2291,88	5104,47 2955,43	5206,31 3637,85	4772,68 3428,42	
lazer ativo (mod. e vig.)	5	4	9	17	108	143	2,41
	227,10 86,30	675,64 670,73	345,16 184,30	715,17 613,12	986,35 896,56	878,52 840,15	

\* p &lt; 0,05.

Houve diferença significativa no GE total das atividade moderadas e vigorosas entre os EMC (os estágios que apresentaram maiores GE foram os de Ação e Manutenção).

Atividades Preferidas no Lazer

Foram consideradas atividades de lazer passivo: ler, tv, ouvir música, assistir filme, rezar, jogar baralho, descansar, conversar, bordar, tricota, entre outras. Como atividades de lazer ativo leves, foram consideradas: cuidar de filho, afazeres domésticos, jardinagem, passear (ir à lugares), fazer compras, fazer piquenique, entre outras. As atividades de lazer ativo moderadas incluíram: dançar, caminhar, jogar vôlei, jogar basquete, ginástica, nadar, remar, ciclismo, pescaria, entre outras. No item outras atividades preferidas no lazer foram incluídas: namorar, ser boa esposa, fazer churrasco, dedicar-se às pessoas e ficar junto a natureza. Esta classificação derivou-se das próprias respostas dos sujeitos (Figura 4).



**Figura 4.** Atividades preferidas no lazer (1ª citação)

Boa parte das mulheres investigadas (47%; n=128) tinham hábitos de lazer passivo, enquanto 51 % (n= 140) possuíam hábitos de lazer ativo leve ou moderado. Vale ressaltar que muitas entrevistadas pensavam muito no que gostavam de fazer no seu tempo livre, e ainda, muitas relatavam afazeres domésticos ou não sabiam o que gostavam de fazer.

Este índice apresentado na tabela 23 foi obtido a partir do cálculo das citações, da seguinte maneira: a primeira citação era multiplicada por quatro, a segunda por três, a terceira por dois e a quarta por um. Assim, obteve-se um índice para calcular a preferência das citações das atividades de lazer.

**Tabela 23**  
**Índice de citações de atividades preferidas no lazer**

Origem Atividade	ALE	ITA	AÇO	TOTAL
Lazer passivo	343	367	412	1122
Lazer ativo leve	222	236	244	702
Lazer ativo moderado	245	200	151	596
Outras	14	38	16	68
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>841</b>	<b>823</b>	<b>2488</b>

O número de relatos diminuiu muito na quarta citação, pode haver evidências que o trabalho exaustivo (remunerado + afazeres domésticos), tenha relação com a demora no tempo para responder essa questão.

O índice não apresentou modificações quando comparado com a primeira citação, uma vez que os percentuais foram muito semelhantes.

### Controle de Peso e Hábitos Alimentares

#### Índice de Massa Corporal (IMC)

O peso médio relatado dos sujeitos foi de  $62,36 \pm 12,01$  kg e verificou-se que houve diferença na massa corporal dos sujeitos entre os grupos étnico-culturais investigados. As mulheres do grupo ALE são mais pesadas que as outras mulheres (ITA e AÇO), que possuíam massa corporal muito semelhante.

A média encontrada da estatura relatada dos sujeitos foi de  $162,41 \pm 7,92$  cm, e houve também uma diferença significativa entre os grupos étnico-culturais. As mulheres do grupo AÇO são mais baixas que as do grupo ALE e ITA, que não diferiram entre si.

**Tabela 24**

**Massa corporal, estatura e índice de massa corporal dos sujeitos por origem**

Origem	ALE	ITA	AÇO	TOTAL	F
Variável	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	n M (DP)	
Massa Corporal (kg)	89 66,53 (13,65)	91 60,46 (9,08)	88 60,10 (11,93)	268 62,36 (12,01)	* 8,50
Estatura (cm)	87 165,57 (8,51)	82 163,10 (6,15)	76 158,05 (6,98)	245 162,41 (7,92)	* 22,00
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	86 24,20 (5,59)	82 22,74 (3,53)	75 24,12 (4,74)	243 23,68 (4,74)	2,50

\*p < 0,05

Segundo o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 1996), o IMC é considerado aceitável como indicador de composição corporal total em estudos populacionais. Aceita-se os valores até 25 kg/m<sup>2</sup> como desejáveis e relacionados com a saúde; de 25 a 30 kg/m<sup>2</sup> representando sobrepeso e acima de 30 kg/m<sup>2</sup> indica obesidade.

O IMC estimado a partir de relatos de massa corporal e estatura, foi adotado por Imrham, Imrham & Hart (1996), que não encontraram diferenças significativas entre as variáveis aferidas e estimadas.

O IMC médio estimado das mulheres foi de 23,68 kg/m<sup>2</sup> (DP = 4,73) e não houve diferença significativa do IMC entre os grupos étnico investigados. Aproximadamente 11 % (n=30) das mulheres não souberam informar a massa corporal e/ou estatura.

**Tabela 25**

**Índice de massa corporal dos sujeitos**

<b>Origem</b>	<b>ALE</b>	<b>ITA</b>	<b>AÇO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
< 20	15 (17,4)	22 (26,8)	14 (18,7)	51 (21,0)
20 – 25	46 (53,5)	41 (50,0)	36 (48,0)	123 (50,6)
26 – 30	18 (21,0)	18 (22,0)	19 (25,3)	55 (22,6)
> 30	7 (8,1)	1(1,2)	6 (8,0)	14 (5,8)
<b>Total</b>	86 (100,0)	82 (100,0)	75 (100,0)	243 (100,0)

Nas mulheres do grupo ITA, somente uma era obesa e 76,8% (n=63) estavam com IMC adequado (até 25 kg/m<sup>2</sup>), resultado melhor que os outros grupos. Este estudo apresentou melhores resultados de IMC ideais (71,6%) que os relatados na PPV, pelo IBGE (1997), com 55% das mulheres nessa

classificação de IMC. Em todos os outros níveis, tanto de sobrepeso, como de obesidade a PPV apresentou resultados superiores aos dessa investigação. Contudo, o grupo AÇO apresentou os maiores índices de sobrepeso e obesidade somados, 33,3% (n=25).

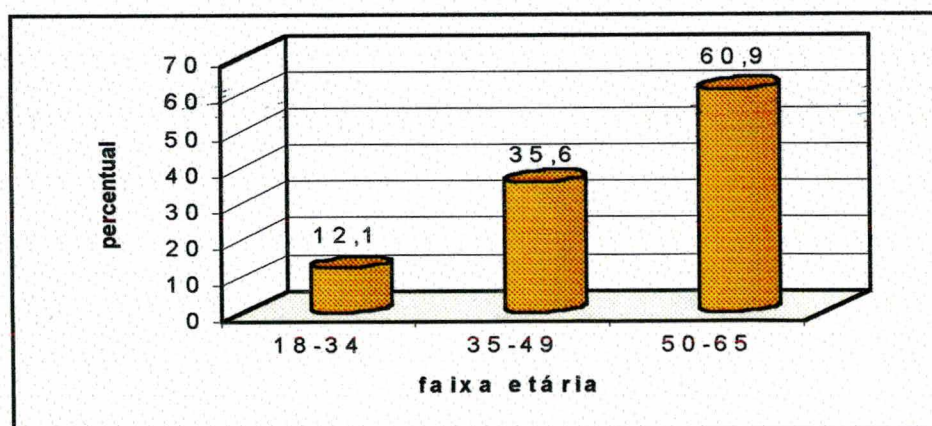
Quando comparou-se o IMC entre as faixas etárias, pode-se observar uma predominância maior 87% (n=109) das mulheres mais jovens com IMC ideais (até 25 kg/m<sup>2</sup>). Entretanto, as mais idosas apresentaram maiores percentuais de sobrepeso e obesidade somados 60%. Mais da metade 64% das mulheres de faixa etária intermediária (35-49 anos) está com IMC adequado para a saúde

**Tabela 27**

**Índice de massa corporal dos sujeitos por idade**

Faixa etária IMC (kg/m <sup>2</sup> )	18-34 n (%)	35-49 n (%)	50-65 n (%)	TOTAL n (%)
< 20	42 (33,9)	6 (8,2)	3 (6,5)	51 (21,0)
20 – 25	67 (54,0)	41 (56,2)	15 (32,6)	123 (50,6)
26 –30	11 (8,9)	22 (30,1)	22 (47,9)	55 (22,6)
> 30	4 (3,2)	4 ( 5,5)	6 (13,0)	14 (5,8)
<b>Total</b>	124 (100,0)	73 (100,0)	46 (100,0)	243 (100,0)

Percebeu-se que com o passar da idade o percentual de IMC acima de 25 aumentou consideravelmente, como mostra a figura 5.



**Figura 5.** IMC acima de 25 nas faixas etárias

### Nível de satisfação com o peso

Nesse aspecto não ficou evidenciada diferença estatisticamente significativa no nível de satisfação com o peso corporal entre as origens investigadas. Observou-se que aproximadamente 50% das mulheres dos grupos ALE e ITA (n= 47 e 45) não estavam satisfeitas com sua massa corporal atual, desejando diminuí-la; enquanto 46,2 % (n=42) das mulheres do grupo AÇO estavam satisfeitas com seu peso. As mulheres que mais desejavam aumentar seu peso eram as ITA e AÇO que representavam aproximadamente 11% (n= 10 e 11) em contra partida somente 5,6 (n=5) das mulheres do grupo ALE. As mulheres que possuíam IMC até 25 (86,4%; n= 89) estavam satisfeitas com sua massa corporal, mostrando uma relação positiva e apresentando diferença significativa nos níveis de satisfação com o peso entre os IMC.

Observou-se que 63,5% (n= 155) das mulheres investigadas não estão tentando perder peso, apesar de 47,8% (n=130) não estarem satisfeitas com sua massa corporal, querendo diminuí-la.

É importante ressaltar que 70,9% (n=56) das mulheres do grupo AÇO não estavam tentando perder peso e, confirmando a questão anterior, 58,3% estavam satisfeitas com o peso ou tentando aumentá-lo.

A maioria das mulheres (77,4%) que não estavam tentando perder peso estavam com seus IMC adequados (até 25). Esse dado reforça a afirmação do IMC e mostra diferença significativa na tentativa de perder peso entre os IMC estimados.

### Regularidade no café da manhã completo

Café da manhã completo foi descrito por pelo menos café com leite e pão ou, parte líquida e sólida, com exceção de chá e café preto que não poderiam ser considerados como parte líquida.

Existiu diferença significativa na regularidade do café da manhã completo entre os grupos étnico-culturais investigados (qui-quadrado;  $p < 0,05$ ). As mulheres do grupo ITA foram as que tomavam café da manhã completo com menor regularidade; 36,6% ( $n=24$ ) dessas mulheres relataram tomar “às vezes ou raramente” o café completo. Mas, mesmo assim, uma proporção muito boa (75%) da amostra total ( $n=273$ ) toma o café da manhã completo todos os dias.

### Número de refeições e lanches por dia

Nesta questão ocorreu diferença estatisticamente significativa no número de refeições por dia entre os grupos étnico- culturais. Refeição foi considerada o café da manhã , almoço, janta ou qualquer ingesta que possuía uma parte líquida e outra sólida.

Das mulheres que faziam apenas uma refeição por dia ( $n=40$ ), a metade delas pertencia ao grupo ALE ( $n=20$ ). Em geral, aproximadamente metade da amostra (50,7%) fazia três refeições durante o dia.

No número de lanches não foi observado diferença significativa entre os grupos étnico- culturais. Aproximadamente 87 % ( $n=195$ ) das mulheres investigadas faziam de um a dois lanches por dia. Apenas duas mulheres do grupo ALE faziam quatro ou cinco lanches por dia. Lanche, neste estudo, representa: uma fruta, um suco, um pedaço de bolo, entre outros.



## CAPÍTULO V

### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### Conclusões

Este estudo permite concluir na análise do estilo de vida que, no aspecto do tabagismo e ingestão de álcool, foram encontrados dados positivos para um estilo de vida saudável: apenas 9,9% das mulheres investigadas fumam e 20,9% ingerem álcool em quantidades moderadas. Pode-se verificar que 98% das açorianas não ingerem álcool, enquanto 30% das mulheres dos grupos alemão e italiano ingerem de um a cinco drinques por semana.

Somente 14% da amostra afirmaram ter níveis elevados de estresse. Diferença significativa foi encontrada no nível de estresse entre as faixas etárias, mostrando que, a medida que os anos passam, o nível de estresse tende a aumentar. Apenas 18,3% das entrevistadas indicaram ter alguma dificuldade para dormir. A qualidade do sono foi semelhante entre os grupos, mas piora na faixa etária de 50 – 65 anos ( $p < 0,05$ ), onde 42% dessas senhoras têm dificuldades para dormir.

A percepção do estado de saúde foi similar entre os grupos étnico-culturais e concordam com os dados da população brasileira: aproximadamente 75% consideram-na boa ou excelente. Encontrou-se diferença significativa entre as faixas etárias, demonstrando, mais uma vez, que o passar dos anos diminui a percepção de qualidade da saúde.

A maioria (70%) das mulheres aparece sem doenças relatadas e esse resultado foi semelhante nos três grupos. Dos 30 % restantes a hipertensão arterial foi a doença mais relatada pelas mulheres entrevistadas.

Conclui-se também, que o Estágio de Mudança de Comportamento para Atividade Física não difere significativamente entre os grupos étnico-culturais e nem entre as faixas etárias consideradas. Entretanto, foi verificado que mais de 70% das mulheres entrevistadas, tanto por origem, quanto por faixa etária, foram classificadas nos estágios de ação e manutenção, indicando um fator positivo para a saúde.

O estágio de mudança de comportamento também foi analisado considerando o Índice de Massa Corporal e a Percepção do nível de atividade física comparado a outras mulheres de idade semelhante. Os dados obtidos apontaram diferença significativa ( $p < 0,05$ ), confirmando a classificação dos estágios de mudança de comportamento para atividade física: as mulheres com IMC até  $25 \text{ kg/m}^2$  estavam classificadas, na sua grande maioria, nos estágios de ação e manutenção (70%). No aspecto da percepção do nível de atividade física comparado a outras mulheres de idades semelhantes, os resultados mostraram que 92% das mulheres que se percebiam mais ativas que outras mulheres de idades iguais, também estavam classificadas nos estágios de ação e manutenção.

Com relação à atividade física, as mulheres do grupo açoriano possuem um menor gasto energético absoluto em todos os aspectos analisados, somente não apresentando diferença significativa no aspecto do lazer ativo. O gasto energético absoluto no lazer ativo das mulheres entrevistadas dos três grupos apresentou índices baixos, podendo-se considerá-las como sedentárias e com maiores riscos para a saúde.

Entre as faixas etárias não houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) no gasto energético analisado, contudo, notou-se uma tendência da faixa etária de 35 a 49 anos ter gasto energético superior em todos os aspectos desta variável (transporte, lazer, trabalho e no lar).

Quando se comparou o gasto energético nos diferentes estágios de mudança de comportamento, verificou-se um gasto energético maior em todos os parâmetros nos estágios de ação e manutenção; entretanto, não foram gastos energéticos desejáveis para provocar benefícios à saúde ( $> 1.000$  kcal/semana).

### Recomendações

Este estudo deve ser reaplicado com uma população maior, com mais de uma localidade representando cada grupo étnico.

Deve-se reaplicar o questionário de estágio de mudança de comportamento para atividade física e atividade física habitual em outros tipos de população para testar sua eficácia.

Conhecendo-se as características de cada grupo, pode-se apontar os aspectos do estilo de vida que mais afetam a saúde e que devam ser incentivados à mudanças comportamentais.

Faz-se necessário em cada grupo étnico-cultural, oferecer palestras informativas sobre os benefícios, tanto da atividade física, como de um estilo de vida saudável, para se obter uma melhor qualidade de vida.

As Prefeituras destas localidades deveriam investir na criação de eventos e oportunidades de conscientização, voltados para os cuidados com a saúde física e mental das mulheres.

Divulgar através de escolas, postos de saúde e locais de grande movimentação, folhetos simplificados, com técnicas motivacionais incluindo mensagens positivas e benefícios adquiridos com a prática da atividade física, considerando os estágios de mudança de comportamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Sports Medicine. (1996). **Manual para teste de esforço e prescrição de exercício**. Rio de Janeiro: Revinter.
- American College of Sports Medicine. (1998). **ACSM's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bouchard, C., Shephard, R.J., & Stephens, T. (1994). **Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement**. Champaign: Human Kinetics.
- Bueno, F.S. (1984). **Dicionário da língua açoriana**. Rio de Janeiro: FAE.
- Cardinal, B.J. (1995). The stages of exercise scale and stages of exercise behavior in females adults. **Journal of Sports Medicine Physical Fitness**, 35 (2), 87-92.
- Comoss, P.M. (1988). Nursing strategies to improve compliance with life-style changes in a cardiac rehabilitation population. **Journal Cardiovascular Nursing**, 2 (3), 23-36.
- Dias Júnior, M. (1980). **Etnias e culturas no Brasil**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, v.176, pub.497.
- Dishman, R. K. (1988). **Exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics.
- Dishman, R. K. (1994). **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics.

Dorin, E. (1978). **Dicionário da Psicologia**. São Paulo: Melhoramentos. pp.57 e 185.

Dzewaltowski, D.A., Noble, J.M. & Shaw, J.M. (1990). Physical activity participation: social –cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. **Journal of Sports and Exercise psychology**, 12, 338-405.

Fletcher, G.F. & Cantwell, J. D. (1971) **Exercise in the management of coronary heart disease: a guide for the practicing physician**. Springfield: Charles C. Thomas.

Franklin, B. A., Gordon, S. & Timmis, G. (1990). **Exercise in modern medicine**. Baltimore: Williams & Wilkins.

Freitas Jr, I. F.(1994). Atitude e motivação na prática da atividade física: conceitos e formas de avaliação. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 9 (16), 59- 64.

Gatch, C.L., & Kendzierski, D. (1990). Predicting exercise intentions: the theory of planned behavior. **Research Quarterly for Exercise and Sports**, 61, 100-102.

Godin, G., & Shepard, R.J. (1986). Importance of type of attitude to the study of exercise behavior. **Psychological Reports**, 58,991-1000.

Godin, G. & Gionet, N.J. (1991). Determinants of an intention to exercise of an electric power commission's employees. **Ergonomics**, 34, 1221-1230.

Heyward, V.H. (1998). **Advanced fitness assessment & exercise prescription**. Champaign: Human Kinetics

Imrhan, S.N., Imrhan, V.; Hart, C. (1996). Can self-estimates of body weight and height be used in place of measurements for college students. **Ergonomics**, 39 (12), p. 1445-1453.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem nacional da população 1996**. 1999. Endereço eletrônico: <http://www.sidra.ibge.gov.br/contagem/contagem.htm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociais mínimos 1996**. 1999. Endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/informacoes/estat.htm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de padrão de vida 1997**. 1999. Endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/imprensa/Noticias/ppv11.htm>

Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Tabagismo**. 1998. endereço eletrônico: <http://www.inca.org.br/prevencao/tabagismo>

King, A.C., Blair, S.N., Bild, D., Dubbert, P.M., Marcus, B.H., Oldridge, N.B., Paffenbarger, R.S., Powell, K.E., & Yeager, K. (1992). Determinants of physical activity and interventions in adults. ***Medicine and Science in Sports and Exercise***, 24 (suppl.), S221- S236.

Lee, C. (1993). Factors related to the adoption of exercise among older women. ***Journal of Behavioural Medicine***, 16, 323-334.

Lissner, L., Bengtsson, C., Björkelund, C. & Wedel, H. (1996). Physical activity levels and change in relation to longevity. A prospective study of Swedish women. ***American Journal Epidemiologic***. 143 (1), 54-62.

Marcus, B.H., Selby, V.C., Niaura, R.S. & Rossi, J.S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. ***Research Quarterly for Exercise and Sport***, 63 (1), 60-66.

Marcus, B.H. & Simkin, L.R. (1993). The stages of exercise behavior. ***Journal of Sports Medicine Physical Fitness***, 33(1), 83-88.

Marcus, B.H., Pinto, B.M., Simkin, L.R., Audrain, J.E. & Taylor, E.R. (1994). Application of theoretical models to exercise behavior among employed women. ***American Journal of Health Promotion***, 9, 49-55.

Marcus, B. H. (1995). Exercise behaviour and strategies for intervention. ***Anais do Physical Activity, Health and Well-Being: an International Scientific Consensus Conference***(1-13). Québec: Mars.

- Marcus, B.H. & Sallis, J.F. (1997). Determinants of physical activity behavior and implications for interventions. In Leon, A. S. (Org). **National Institutes of Health: Physical Activity and Cardiovascular Health: A National Consensus**. (pp 192-201)
- Marcus, B.H. (1999). Questionnaire of stage change behavior for physical activity. Comunicação pessoal.
- Mâsse, L.C., Ainsworth, B.E., Tortorelo, S., Levin, S., Fulton, J.E., Henderson, K.A. & Mayo, K. (1998). Measuring physical activity in midlife, older, and minority women: issues from an expert panel. **Journal of Women's Health**, 7(1), 57-67.
- McAuley, E., & Jacobson, L. (1991). Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. **American Journal of Health Promotion**, 5, 185-207.
- McTiernan, A., Stanford, J. L., Daling, J. R. & Voigt, L. F. (1998). Prevalence and correlates of recreational physical activity in women aged 50-64 years. **Menopause**, 5(2), 95-101.
- Oldridge, N. B. & Stoedefalke, K.G. (1984). Compliance and motivation in cardiac exercise programs. **Clinics in Sports Medicine**, 3 (2), 443-454.
- Oldridge, N. B. (1988). Cardiac rehabilitation exercise programme - compliance and compliance-enhancing strategies. **Sports Medicine**, 6, 42-55.
- Organização Mundial da Saúde (1998). **Questionário Internacional de Saúde**. Versão 7. Comunicação Pessoal.
- Paffenbarger Jr., R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., & HaHsieh, C.C. (1986). Physical activity, all-cause-mortality, and longevity of college alumni. **The New England Journal of Medicine**, 314 (10), 605-613.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W., King, A. C., Kriska, A., Leon, A. S., Marcus, B.H., Morris, J., Paffenbarger, R.S., Patrick, K., Pollock, M.L., Rippe, J.M., Sallis, J.F. & Wilmore, J.H. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. **Journal of the American Medical Association**, 273 (5), 402-407.



- Pesquisa Datafolha. (1997, 27 de novembro). **Folha de São Paulo**. Caderno especial, p.12.
- Piazza, W. F. (1992). **A epópeia açorico-madeirense 1748-1756**. Florianópolis: Editora da UFSC, Lunardelli.
- Piazza, W.F. (1983). **Santa Catarina: sua história**. Florianópolis. Editora da UFSC e Lunardelli. pp. 139-155, 332-357 e 364-380.
- Piazza, W.F. e Hübener, L.M. (1987). **Santa Catarina: história da gente**. Florianópolis. Lunardeili, pp. 34-39 e 66-79.
- Piazza, W.F. (1988). **A colonização de Santa Catarina**. Florianópolis. Lunardelli, pp. 123-134, 153 e 171-206.
- Pichetti, A. (1970). **História de Santa Catarina**. Curitiba. Grafipar. pp. 65, 67 e 76-77.
- Pinto, B. M., Marcus B. H. & Clark, M.M. (1996). Promoting physical activity in women: the new challenges. **American Journal of Preventive Medicine**. 12 (5), 395-400.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F. Rossi, J.S. et alli. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. **Health Psychology**, 13, 47-51.
- Prochaska, J. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. **American Journal of Health Promotion**, 12(1), 38-48.
- Santos, S.C. (1995). **Nova história de Santa Catarina**. Florianópolis: TerceiroMilênio, pp. 109-115.
- Sallis, J. F. & Hovell, M. F. (1991) Determinants of exercise behaviour. **Exercise and Sports Science Review**, 19, 307-330.
- Seyferth, G. (1994). A identidade teuto-brasileira numa perspectiva histórica. In: Mauch, & Vasconcelos, N. (Org.). **Os alemães no sul do Brasil: cultura- etnicidade- história**. Canoas, RS: Ulbra pp. 11-29.

Whittaker, J. O. (1977). *Psicologia*. Rio de Janeiro: Interamericana.

Witting, A. F (1981). *Psicologia Geral*. São Paulo: McGraw- Hill do Brasil.

Wurtele, S.K., & Maddux, J.E. (1987). Relative contributions of predictor motivation theory components in predicting exercise intention and behavior. *Health Psychology*, 6, 453-466.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**NÚMERO TOTAL DE MULHERES EM CADA LOCALIDADE**

<b>População residente (Habitante)</b> <b>Município = Presidente Getúlio - SC</b> <b>Sexo = Feminino</b> <b>Situação = Urbana</b> <b>Ano = 1996</b>	
<b>Grupos de idade</b>	
0 a 4 anos	340
5 a 9 anos	332
10 a 14 anos	342
15 a 19 anos	335
20 a 24 anos	307
25 a 29 anos	322
30 a 34 anos	335
35 a 39 anos	253
40 a 44 anos	219
45 a 49 anos	195
50 a 54 anos	170
55 a 59 anos	119
60 a 64 anos	99
65 a 69 anos	107
70 anos ou mais	188
Idade ignorada	6

Fonte: IBGE - Contagem da População

População residente (Habitação)	
Município = Nova Trento - SC	
Sexo = Feminino	
Situação = Urbana	
Ano = 1996	
Grupos de idade	
0 a 4 anos	218
5 a 9 anos	264
10 a 14 anos	242
15 a 19 anos	263
20 a 24 anos	234
25 a 29 anos	254
30 a 34 anos	287
35 a 39 anos	240
40 a 44 anos	162
45 a 49 anos	151
50 a 54 anos	103
55 a 59 anos	105
60 a 64 anos	109
65 a 69 anos	94
70 anos ou mais	147
Idade ignorada	4

Fonte: IBGE - Contagem da População

<b>População residente (Habitação)</b> <b>Distrito = Enseada de Brito - Palhoça - SC</b> <b>Sexo = Feminino</b> <b>Situação = Urbana</b> <b>Ano = 1996</b>	
<b>Grupos de idade</b>	
0 a 4 anos	453
5 a 9 anos	417
10 a 14 anos	448
15 a 19 anos	353
20 a 24 anos	358
25 a 29 anos	356
30 a 34 anos	346
35 a 39 anos	267
40 a 44 anos	248
45 a 49 anos	167
50 a 54 anos	149
55 a 59 anos	133
60 a 64 anos	110
65 a 69 anos	71
70 anos ou mais	117
Idade ignorada	7

**Fonte: IBGE - Contagem da População**

**ANEXO 2****NÚMERO DE MULHERES SELECIONADAS E ENTREVISTADAS**



Localidade	Faixa etária *	População (N)	Faixa etária **	Amostra (n)
Enseada de Brito (AÇO)	15 – 34	1.413	18 – 34	42
	35 – 49	682	35 – 49	31
	50 – 69	463	50 – 65	18
Subtotal		2.558		91
Presidente Getúlio (ALE)	15 – 34	1.299	18 – 34	46
	35 – 49	667	35 – 49	26
	50 – 69	495	50 – 65	19
Subtotal		2.461		91
Nova Trento (ITA)	15 – 34	1.038	18 – 34	50
	35 – 49	553	35 – 49	24
	50 – 69	411	50 – 65	17
Subtotal		2.002		91
Total		7.021		273

**ANEXO 3**

**ENTREVISTA ESTRUTURADA**

**Apresentação**

Qual é sua origem étnica? [ 1 ] açoriana [ 2 ] alemã [ 3 ] italiana  
 Fala a língua dessa origem? [ 1 ] sim [ 2 ] mais ou menos [ 3 ] não  
 Quais dos seus avós que possuem essa origem étnica :  
 Pai: [ 1 ] avó [ 2 ] avô Mãe: [ 3 ] avó [ 4 ] avô  
 Data de hoje: \_\_\_/\_\_\_/1999

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

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

End: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Qual o seu estado civil?

[ 1 ] solteira [ 2 ] casada/ vivendo com parceiro  
 [ 3 ] viúva [ 4 ] divorciada/ separada

Número de pessoas morando em sua casa: [ \_\_\_\_ ] Número de filhos? [ \_\_\_\_ ]

Qual o seu nível de escolaridade (grau de instrução)?

Primário (1ª a 4ª série) [ 1 ] completo  
 Ginásial (5ª a 8ª série) [ 1 ] completo [ 2 ] incompleto  
 Colegial (2º Grau) [ 1 ] completo [ 2 ] incompleto  
 Superior (Faculdade) [ 1 ] completo [ 2 ] incompleto

Você/ Sra tem trabalho remunerado?

[ 1 ] não [ 2 ] sim Qual sua ocupação? \_\_\_\_\_  
 Quantos dias/semana? \_\_\_\_\_ Quantas horas/ dia? \_\_\_\_\_

Agora eu preciso que você/ Sra me informe a quantidade (número) dos itens que existem em sua residência. { Exemplo: Rádio [ 3 ] }.

TV em cores	[ ]	Rádio	[ ]
Banheiro	[ ]	Automóvel	[ ]
Empregada mensalista	[ ]	Aspirador de pó	[ ]
Máquina de lavar	[ ]	Videocassete	[ ]
Geladeira	[ ]	Freezer (ou geladeira duplex)	[ ]

Se você/Sra tem empregada doméstica ou faxineira?

[ 1 ] não [ 2 ] sim Quantas vezes/ semana? \_\_\_\_\_  
 Quantas horas/ dia? \_\_\_\_\_

Você está grávida? [ 1 ] não [ 2 ] sim Mês: \_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA e SAÚDE**

1. Você/ Sra. fuma?

[ 1 ] sim, diariamente [ 2 ] sim, às vezes  
 [ a ] menos de dez cigarros por dia [ b ] de dez a vinte cigarros por dia  
 [ c ] mais que vinte cigarros por dia [ d ] apenas charuto ou cachimbo  
 [ 3 ] não  
 [ a ] nunca fumou [ b ] parou há menos de um ano  
 [ c ] parou há menos de dois anos [ d ] parou há mais de dois anos

2. Você/Sra toma alguma bebida alcoólica? [ 1 ] sim [ 2 ] não

Quantos "drinques" de bebidas alcoólicas você toma numa semana normal?

(1 drinque = 1/2 garrafa de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado)

[ 1 ] menos que cinco [ 2 ] cinco a dez [ 3 ] mais que dez

3. Como você/Sra descreve o nível de **estresse** em sua vida?  
 [ 1 ] raramente estressada, vivendo muito bem  
 [ 2 ] às vezes estressada, vivendo razoavelmente bem  
 [ 3 ] sempre estressada, enfrentando problemas com frequência  
 [ 4 ] excessivamente estressada, com dificuldade para enfrentar a vida diária
4. Com que frequência você/Sra consegue **dormir "bem"** ( 6-8 horas por dia):  
 [ 1 ] sempre [ 3 ] tem dificuldade para dormir "bem"  
 [ 2 ] maioria das vezes [ 4 ] raramente consegue dormir "bem"
5. Na sua **opinião** como você/Sra classificaria o seu **estado atual de saúde** ?  
 [ 1 ] ruim [ 2 ] regular [ 3 ] bom [ 4 ] excelente
6. Você/Sra possui algum tipo de **doença confirmada** pelo médico?  
 [ 1 ] não [ 2 ] sim Qual/ is? \_\_\_\_\_
7. Atualmente, você possui algum sintoma/ queixa que lhe está incomodando?:  
 ◆ \_\_\_\_\_ ◆

### ATIVIDADES FÍSICAS

Agora eu irei ler definições de termos que lhe ajudarão a responder as questões apresentadas adiante.

**ATIVIDADES FÍSICAS incluem:** prática de esportes, ginástica de academia, caminhar rápido, jardinagem, faxina, subir escadas ou **qualquer outra atividade física de esforço similar** a estas.

Você pode se considerar **REGULARMENTE ATIVO** se, em uma **SEMANA NORMAL**, fizer POR DIA:

- ◆ **ATIVIDADES FÍSICAS de INTENSIDADE MODERADA - no mínimo em 5 dias da semana**, durante pelo menos 30 minutos (exemplo: caminhar rápido, faxina, 15 minutos de caminhada rápida mais 15 minutos de jardinagem **ou** qualquer outra atividade que aumente a sua respiração e batimentos do coração)
- ◆ **ATIVIDADES FÍSICAS de INTENSIDADE VIGOROSA - no mínimo em 3 dias da semana**, durante pelo menos 20 minutos (exemplo: ginástica de academia ou musculação, jogar futebol, basquete ou tênis **ou** qualquer outra atividade que aumente **MUITO** a sua respiração e batimentos do coração)

+++++  
 Para cada uma das questões abaixo, por favor, me diga Sim ou Não.

- Atualmente, você/Sra é, **fisicamente ativa**  Sim  Não
- Vc/Sra pretende se tornar, nos próximos seis meses, **mais ativa fisicamente**  Sim  Não
- Vc/Sra está, atualmente, participando de **atividades físicas regulares**  Sim  Não
- Vc/Sra participou de **atividades físicas regulares** nos últimos 6 meses  Sim  Não
- Vc/Sra participou, no passado, de **atividades físicas regulares** por até 3 meses  Sim  Não

+++++

1. Com relação à atividade física, comparando com outras pessoas da sua idade, **você/ Sra se considera:**  
 [ 1 ] mais ativa [ 2 ] igual ativa [ 3 ] menos ativa [ 4 ] não sabe responder
2. Você/Sra possui algum **aparelho para fazer ginástica** em casa ? Tipo: esteira, bicicleta, ap. p/ abdominal.  
 [ 1 ] não [ 2 ] sim Qual/is? \_\_\_\_\_  
 Quantas vezes você o/s **utilizou** nas duas últimas semanas? \_\_\_\_\_ dias ou \_\_\_\_\_ horas
3. Seu **pai/ marido pratica** ou faz algum tipo de atividade física? (pai = solteira , marido = casada)  
 [ 1 ] sim, \_\_\_\_\_ dias por semana [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder  
 Que tipo de atividade? \_\_\_\_\_
4. Cite, **em ordem de importância**, 4 fatores que para você **dificultam** a prática de atividades físicas:  
 ex: (falta de tempo, localidade onde mora, falta de recurso p/ academia, falta de vontade)  
 1º \_\_\_\_\_ 3º \_\_\_\_\_  
 2º \_\_\_\_\_ 4º \_\_\_\_\_

5. Cite, em ordem de importância, 4 fatores que para você **facilitam** a prática de atividades físicas:  
ex:(mora perto, tem tempo, tem vontade, empresa oferece, tem aparelho em casa)

1° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_  
2° \_\_\_\_\_ 4° \_\_\_\_\_

Agora eu preciso saber quanto tempo você gasta fazendo **atividades físicas em uma semana normal**.  
Por favor, me responda cada questão mesmo você considere que não seja ativa.

### TRABALHO

Considerando as atividades que você realiza **trabalho** durante uma semana normal:

- 1a. **Quantos dias** numa semana normal você trabalha? \_\_\_\_\_ dias [ ] não trabalha
- 1b. Durante um dia normal de trabalho, **quanto tempo** você gasta:
- Ficando **sentada, ou de pé** sem grande movimentação \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min.
  - **Andando rápido** \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min.
  - Em atividades de **esforço moderado** (subir escadas, carregar pesos leves) \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min.
  - Em atividades **vigorosas** (carregar objetos pesados, limpeza pesada) \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ min.

### EM CASA, NO JARDIM OU QUINTAL

Considerando as atividades que você realiza **em casa, jardim ou quintal** durante uma semana normal:

- 1a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades de **esforço leve dentro da sua casa**, por pelo menos 10 minutos (tais como: aspirar, varrer ou esfregar o chão)  
\_\_\_\_\_ dias por semana [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder
- 1b. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, **quanto tempo** você gasta fazendo essas atividades?  
\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder
- 2a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades de **esforço moderado no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos (tais como: rastelar, podar árvores ou varrer)  
\_\_\_\_\_ dias por semana [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder
- 2b. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, **quanto tempo** você gasta fazendo essas atividades?  
\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder
- 3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos de **esforço vigoroso ou forte** (tais como: capinar, arar, lavar o quintal, etc.)  
\_\_\_\_\_ dias por semana [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder
- 3c. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, **quanto tempo** você gasta fazendo essas atividades?  
\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos [ 2 ] não faz [ 3 ] não sabe responder

### TRANSPORTE

Agora pense em relação a se deslocar para ir de um lugar a outro numa semana normal

- 1a. Em **quantos dias** de uma semana normal você utiliza um veículo a motor (ônibus, carro ou moto) para ir de um lugar à outro?  
\_\_\_\_\_ dias por semana [ 2 ] não utiliza veículo a motor [ 3 ] não sabe responder
- 1b. Nos dias em que você utiliza veículos a motor, **quanto tempo** você gasta **por dia** neste tipo de transporte para ir de um lugar à outro?  
\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos [ 2 ] não utiliza veículo a motor [ 3 ] não sabe responder
- 2a. Em **quantos dias** de uma semana normal você **caminha** de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro ? (não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)  
\_\_\_\_\_ dias por semana [ 2 ] não caminha [ 3 ] não sabe responder
- 2b. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, **quanto tempo** você gasta fazendo essas atividades ?  
\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos [ 2 ] não caminha [ 3 ] não sabe responder

- 3a. Em **quantos dias** de uma semana normal você **anda de bicicleta (pedala)** rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (não inclua o pedalar por prazer ou exercício)
- \_\_\_\_ dias por semana                      [ 2 ] não pedala                      [ 3 ] não sabe responder
- 3b. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, **quanto tempo** você gasta fazendo essas atividades?
- \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não pedala                      [ 3 ] não sabe responder
- 4a. Como você se **desloca** para ir ao trabalho?                      [ ] não trabalha
- [ 1 ] a pé                      [ 2 ] de bicicleta                      [ 3 ] de ônibus ou carro                      [ 4 ] outro: \_\_\_\_\_
- 4b. **Quanto tempo** em média você gasta para ir de casa ao trabalho? \_\_\_\_\_ minutos                      [ ] não trabalha

## LAZER

Agora, pense em todas as atividades que você faz no seu tempo livre no seu tempo livre quando não está trabalhando numa semana normal

- 1a. Em um dia normal (típico) da semana, **quanto tempo** você gasta **sentado ou deitado** em casa (lendo, conversando com amigos, jogando cartas, fazendo crochê ou assistindo televisão)?
- [ 1 ] \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não sabe responder
- 1b. Em um dia normal (típico) do final de semana, **quanto tempo** você gasta **sentado ou deitado** em casa?
- [ 1 ] \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não sabe responder
- 2a. Em **quantos dias** de uma semana normal, você **assiste TV**?
- [ 1 ] \_\_\_\_ dias por semana                      [ 2 ] não sabe responder                      [ 3 ] não assiste TV
- 2b. Nos dias em que você assiste TV, **quanto tempo** você gasta (por dia) nessa atividade?
- [ 1 ] \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não sabe responder                      [ 3 ] não assiste TV
- 3a. Em **quantos dias** de uma semana normal, **no seu período de lazer**, você realiza **caminhadas vigorosas** durante pelo menos 10 minutos em cada dia, **por diversão ou exercício**? (Por favor, não incluir caminhadas no trabalho ou como meio de transporte)
- [ 1 ] \_\_\_\_ dias por semana                      [ 2 ] não faz caminhadas                      [ 3 ] não sabe responder
- 3b. Nos dias em que você caminha vigorosamente, por diversão ou exercício, **quanto tempo** você gasta por dia?
- [ 1 ] \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não faz caminhadas                      [ 3 ] não sabe responder
- 4a. Em **quantos dias** de uma semana normal, **no seu período de lazer**, você realiza **atividades físicas moderadas** durante pelo menos 10 minutos em cada dia? (exemplos: andar de bicicleta, nadar, ou qualquer outra atividade que aumente a respiração ou batimentos do coração)
- [ 1 ] \_\_\_\_ dias por semana                      [ 2 ] não faz atividade física                      [ 3 ] não sabe responder
- 4b. Nos dias em que você participa dessas atividades moderadas, **quanto tempo** você gasta (por dia)?
- [ 1 ] \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não faz atividade física                      [ 3 ] não sabe responder
- 5a. Em **quantos dias** de uma semana normal, **no seu período de lazer**, você realiza **atividades físicas vigorosas ou fortes** durante pelo menos 10 minutos em cada dia? (exemplos: jogar futebol, correr ou qualquer outra atividade que faça aumentar muito a sua respiração ou batimentos do coração)
- [ 1 ] \_\_\_\_ dias por semana                      [ 2 ] não faz atividade física                      [ 3 ] não sabe responder
- 5b. Nos dias em que você participa dessas atividades fortes, **quanto tempo** você gasta (por dia)?
- [ 1 ] \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos                      [ 2 ] não faz atividade física                      [ 3 ] não sabe responder
- 6a. **Onde (em que local)** você realiza as suas atividades físicas de lazer?
- [ 1 ] instalações do trabalho                      [ 2 ] em casa                      [ 3 ] clubes/academias
- [ 4 ] nas ruas / parques                      [ 5 ] não faço atividade física
- 6b. Quando você faz atividades físicas em seu tempo livre (lazer), você **prefere realizá-las**:
- [ 1 ] sozinha                      [ 2 ] com parceiro(a)                      [ 3 ] em grupo                      [ 4 ] não faz atividade física
7. **Cite, em ordem de importância, 4 (quatro) atividades de lazer de sua preferência:**
- 1° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_
- 2° \_\_\_\_\_ 4° \_\_\_\_\_

**CONTROLE DO PESO E HÁBITOS ALIMENTARES**

Agora vamos falar um pouco sobre seus hábitos alimentares

1. Você poderia me dizer **quanto você pesa** ?  
 [ 1 ] recusou                       [ 2 ] não sabe                       [ 3 ] sim \_\_\_\_\_ kg.
2. E qual é a sua **altura** ?  
 [ 1 ] recusou                       [ 2 ] não sabe                       [ 3 ] sim \_\_\_\_\_ cm.
3. Está **satisfeito** com o seu peso?  
 [ 1 ] sim     [ 2 ] não (gostaria de aumentar)     [ 3 ] não (gostaria de diminuir)
4. Você está tentando **perder peso**?     [ 1 ] sim                       [ 2 ] não                       [ 3 ] não quis responder
5. **Se você está tentando perder peso**, é por recomendação de um profissional de saúde ?  
 [ 1 ] sim                       [ 2 ] não  
 Assinale o que você está fazendo para perder peso:  
 [ 1 ] comendo menos em cada refeição                       [ 2 ] ingerindo menos álcool ou doces  
 [ 3 ] deixando de fazer algumas refeições                       [ 4 ] fazendo mais atividade física  
 [ 5 ] comendo menos gordura                       [ 6 ] tomando moderadores de apetite (remédios)  
 [ 7 ] outros: \_\_\_\_\_
6. Com que regularidade você toma **café da manhã completo** (café c/ leite + pão c/ manteiga):  
 [ 1 ] todos os dias     [ 2 ] quase todos os dias     [ 3 ] às vezes     [ 4 ] raramente ou nunca
7. Quantas **refeições completas e lanches** geralmente você faz por dia:  
 \_\_\_\_\_ refeições completas                      \_\_\_\_\_ lanches
8. Com que freqüência (quantas vezes) você toma **suco de frutas** (laranja, limão, abacaxi etc.) ?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_
9. Sem considerar o uso no preparo de sucos, quantas vezes você come **frutas**?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_
10. Com que freqüência você come **saladas verdes** (alface, agrião, rúcula, etc.) ?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_
11. Sem incluir batatas fritas ou saladas de maionese, com que freqüência você come **verduras ou legumes**?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_
12. Com que freqüência você come **carne bovina ( carne vermelha)**?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_
13. Com que freqüência você come **frango com pele**?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_
14. Com que freqüência você come **frituras** ( bolinhos, coxinha, peixe frito, batata frita, etc)?  
 [ 1 ] Nunca                       [ 2 ] por dia \_\_\_\_\_                       [ 3 ] por semana \_\_\_\_\_                       [ 4 ] por mês \_\_\_\_\_

**PERGUNTAS ABERTAS SOBRE A ENTREVISTA**

Você gostaria de acrescentar alguma informação que não foi perguntada aqui nessa entrevista ?

- [ 1 ] não                       [ 2 ] sim \_\_\_\_\_

**AGRADECIMENTO**

**ANEXO 4**

**SITUAÇÃO DOMICILIAR**



Quadro da situação domiciliar (Exemplo)

Endereço	Entrevista realizada	Casa fechada	Não quis responder	Voltar mais tarde	Não tinha mulher na residência	Mulher fora do perfil
Rua Mar. Romualdo Brito, 93						

**ANEXO 5**

**FOLHETOS DE RETRIBUIÇÃO**



## Universidade Federal de Santa Catarina

Reitor  
*Rodolfo Pinto da Luz*

Vice-Reitor  
*Lício José Botelho*

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação  
*Renato Carlson*

## Centro de Desportos

Diretor  
*Nelson da Silva Aguiar*

Vice-Diretor  
*Marise Amorim Lopes*

Chefe do Departamento de Educação Física  
*Mamei Obdúlio Rebelo*

Coordenador de Pós-Graduação em Educação Física  
*Markus Vinicius Nahas*

## Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde NuPAF

### Coordenadores:

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas  
Prof. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte

### Professores Pesquisadores:

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas  
Prof. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte  
Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias  
Prof. Ms. Adair da Silva Lopes  
Profa. Ms. Saray Giovana dos Santos  
Profa. Ms. Maria FERNÍLIA L. De Bem

### Pesquisadores Associados:

Profa. Ms. Vanessa L. Francalacci Del Pizzo  
Profa. Ms. Denise Maria Martins  
Prof. Ms. Carlos Roberto Duarte  
Prof. Mario Cesar Pires  
Profa. Dra. Ana Cristina A. Waltrick  
Profa. Edna Pires

### Pesquisadores em Formação (Mestrado/Doutorado)

Profa. Joie de Figueiredo Nunes  
Profa. Vanessa Miranda Ramos  
Profa. Caroline de Oliveira Martins  
Prof. Mario Mecenaz Pagani  
Prof. Magnus Benetti  
Profa. Ana Cristina P. C. de Almeida  
Prof. Mauro V. G. de Barros  
Prof. Paulo Luiz C. Orsini

### Estagiários/Bolsistas

Joice Valdete Rosa  
Elusa Santana A. de Oliveira  
Rosângela Immich

### Apoio Técnico à Pesquisa /Colaboradores

Profa. Maria Lúcia Boos - Analista de Sistemas  
Cesar Palma - Médico Fisiatra  
Prof. Ms. Joaquim Felipe de Jesus

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

## CENTRO DE DESPORTOS



## DICAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

Elaborado por:  
*Caroline de Oliveira Martins*

## DICAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

A falta de atividade física tem sido mostrada como um fator de risco independente, contribuindo para o desenvolvimento de diversos tipos de doenças.

O exercício físico pode então contribuir para um estilo de vida saudável, juntamente com uma dieta alimentar adequada, redução do estresse, controle do uso de drogas (álcool, fumo, etc.) e comportamento preventivo (uso de camisinha, exames médicos periódicos, uso de cinto de segurança, etc.).

A atividade física que acarreta *benefícios mínimos* para a saúde é aquela realizada durante 30 minutos por dia (sem parar ou em 3 sessões de 10 minutos). Portanto, subir escadas ao invés de usar o elevador, caminhar mais a pé do que andar de carro, levar o cachorro para passear e fazer jardinagem pode ajudá-lo a:



- manter a saúde do coração e seus músculos fortes,
- diminuir o estresse,
- melhorar a flexibilidade;
- emagrecer;
- aumentar a disposição para o dia-a-dia;
- controlar a hipertensão, diabetes, colesterol e obesidade.

Entretanto, praticar atividades aeróbicas (como correr, pedalar, caminhar) com duração de 45 a 60 minutos, três vezes por semana (no mínimo) melhora sua condição cardiorres-piratória, colaborando na qualidade de vida.



Deste modo, procure ficar atento às seguintes dicas:

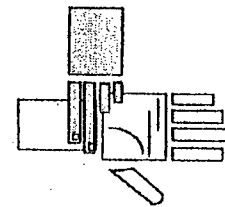
- inicie um programa de exercícios lentamente (aumente gradativamente a intensidade, duração e frequência da atividade);
- vista roupas leves e confortáveis, que permitam a transpiração enquanto faz exercícios; não use roupas plásticas;
- faça aquecimento antes de praticar exercício, evitando possíveis lesões nos músculos e articulações;
- procure alongar-se após qualquer exercício físico (assim você evita câibras e se prepara para a próxima sessão de exercícios);



- caso vá se exercitar entre as 10h e 16h, use protetor solar, óculos escuros e boné; contudo, na medida do possível, tente evitar este horário;
- para emagrecer, prefira exercícios aeróbicos de longa duração ( $\pm 20$  minutos) como caminhar, pedalar ou correr;
- evite fazer exercício em jejum; ingira alimentos leves e em pequenas quantidades;
- se estiver acima do peso, caminhe ou pedale ao invés de correr;
- nunca termine o exercício físico bruscamente (diminua a intensidade aos poucos);
- após refeições pesadas, espere pelo menos 2 horas para praticar exercícios;
- procure calçar tênis com sistema de amortecimento, sempre verificando o formato das solas (tênis com solas gastas podem causar problemas posturais, como danos na coluna e ou joelhos);

• beba água antes, durante (em pequenas quantidades) e após fazer exercícios;

• durante e após o exercício, meça sua frequência cardíaca (FC) da seguinte maneira:  
- pressione a região do pulso até sentir a pulsação sob as pontas dos dedos (médio e indicador);

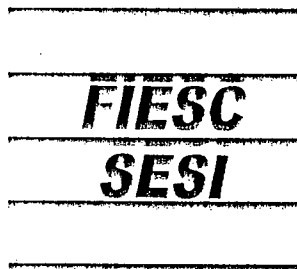


- conte o número de batimentos cardíacos sentidos durante 15 seg. ;  
- multiplique o resultado por 4 , obtendo seu número total de batimentos cardíacos por minuto = frequência cardíaca.

Certifique-se de que este resultado nunca ultrapasse sua FC máxima, calculada pela fórmula:  $220 - \text{IDADE}$ .

Durante o exercício aeróbico, procure ficar entre 60 e 85% da sua FC máxima.

*Pratique Atividade Física !!!*



# Atividade Física e Saúde

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Traduzido e adaptado do  
Manifesto do Surgeon General / EUA - 1996  
por Markus V. Nahas

Setembro de 1998

veis de repouso. Inclui as atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se), as atividades de trabalho (andar, levantar e carregar objetos) e de lazer (exercitar-se, praticar esportes, dançar etc.). Há séculos que se especula sobre o papel das atividades físicas na saúde de todas as pessoas, mas somente nas últimas décadas as investigações científicas produziram as reais evidências da associação entre atividade física e saúde.

### Os Benefícios da Atividade Física Regular

- A atividade física praticada regularmente (maior parte dos dias da semana) reduz o risco de uma pessoa desenvolver diversas doenças crônicas, principais causas de morte e de dependência funcional no Brasil e em todo o mundo. As pesquisas mostram que um estilo de vida ativo pode:
- Reduzir o risco de morte prematura por todas as causas.
- Reduzir o risco de morte por doenças cardíacas.
- Reduzir o risco de desenvolver diabetes.
- Reduzir o risco de desenvolver hipertensão.
- Ajudar no controle da pressão arterial em pessoas hipertensas.
- Reduzir a sensação de depressão e ansiedade.
- Auxiliar no controle de peso corporal.
- Auxiliar no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis.
- Ajudar indivíduos idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, dando-lhes mobilidade e reduzindo as quedas
- Promover o bem-estar psicológico.

### Uma Nova Visão da Atividade Física

- Recentemente, as pesquisas têm demonstrado que:
- As pessoas inativas (sedentárias) podem ter benefícios para sua saúde e bem-estar se incorporarem alguma atividade física regular, mesmo de intensidade moderada.
- A atividade física não precisa ser intensa para promover a saúde.
- Maiores benefícios para saúde podem advir ao aumentar-se o quantidade de atividades físicas realizadas (intensidade, frequência, duração), respeitados as características individuais.
- Os maiores benefícios para a saúde aparecem quando se passa da condição de sedentário para moderadamente ativo.

Os riscos associados à inatividade física são claros. A inatividade física deve ser considerada um problema sério de saúde pública, representando um desafio para os organismos da saúde e da educação a promoção de estilos de vida mais ativos para toda a população.

### Mensagem para Adultos mais velhos (55/60 anos em diante)

- Os idosos, homens e mulheres, podem beneficiar-se de atividades físicas regulares.
- Atividade física não precisa ser intensa para trazer benefícios à saúde.
- Significantes benefícios para a saúde podem ser obtidos com doses moderadas de atividade física diária. Isto pode ser feito com sessões mais longas de atividades matutinas (30-40 minutos de caminhada) ou sessões mais curtas (15-20 minutos) de atividades mais intensas.
- Mais benefícios podem ser derivados da atividade física regular se esta for de intensidade ou duração progressivamente crescente, respeitadas as características individuais. É importante lembrar, porém, que o risco de lesões também aumenta quando a atividade é intensa ou prolongada.
- Pessoas idosas sedentárias devem começar com períodos de 5-10 minutos de atividades físicas leves, aumentando gradualmente até os níveis desejados.
- Pessoas idosas devem consultar o médico antes de iniciar qualquer programa de atividades físicas a que não estejam acostumados.
- Além de benefícios cardiovasculares, os mais velhos podem melhorar o nível de força muscular, o que reduz o risco de quedas e possibilita executar melhor as tarefas da vida diária.

### Fatos

- A perda da força muscular, mobilidade e resistência geral atribuída no envelhecimento e, em grande parte, decorrente da pouca atividade física.
- A inatividade física aumenta com a idade. Aos 75 anos, nos EUA, um em cada três homens e uma em cada duas mulheres não fazem nenhuma atividade física (não existem dados do Brasil).
- Após os 65 anos, caminhar e pequenas tarefas (como cuidar do jardim) parecem ser as atividades mais populares.
- O apoio social da família e dos amigos é considerado fundamental para as pessoas adotarem um estilo de vida mais ativo.

### O que é Atividade Física Moderada?

Atividades físicas moderadas correspondem àquelas que promovem um gasto energético aproximado de 150 kcal (quilocalorias) por dia, ou 1.000 kcal por semana. Isto pode ser conseguido com atividades com duração de 15 a 60 minutos, dependendo da intensidade. São exemplos de atividades consideradas moderadas:

- Caminhar 3 km em 35 minutos.
- Dançar durante 30 minutos.
- Hurlar por 20 minutos.
- Andar de bicicleta por 30 minutos (8 km).
- Jogar voleibol durante 45 minutos.
- Lavar e encerar carro (aproximadamente 45 minutos).
- Trabalhar no jardim por 45-60 minutos.
- Correr 2 km em 15 minutos.
- Subir e descer escadas durante 15 minutos.

É importante saber que a atividade física diária pode ser contínua ou acumulada em duas ou três oportunidades (por exemplo: pode-se caminhar 30 minutos de uma só vez ou fazer 3 caminhadas de 10 minutos num dia; ou ainda caminhar 10 minutos, dançar 10 minutos e lavar o carro por mais 10 minutos).

### Precauções para um Início Saudável

- Para se evitar dores musculares ou lesões, é importante que aumente gradualmente a atividade física realizada. Isto é particularmente importante para pessoas sedentárias que decidem iniciar uma prática regular de exercícios.
- Pessoas com problemas crônicos de saúde (como doenças do coração, diabetes ou obesas) ou aqueles com fatores de risco aumentados, devem consultar um médico antes de iniciar um programa de atividades físicas. Homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 50, que planejam praticar atividades físicas vigorosas também devem consultar um médico para certificar-se de que não têm problemas de saúde que possam ser agravados por esforços mais intensos.

### Mensagens para os Adultos em Geral (20 - 55/60 anos)

- Atividade Física não precisa ser intensa para trazer benefícios à saúde.
- Homens e mulheres de todas as idades podem beneficiar-se com doses moderadas de atividade física diária. Isto pode ser feito com sessões mais longas (30-45 minutos) de atividades moderadas ou sessões mais curtas (15-20 minutos) de atividades vigorosas.
- Mais benefícios podem ser derivados da atividade física regular se esta for de intensidade ou duração progressivamente crescente, respeitadas as características individuais. É importante lembrar, porém,

que o risco de lesões também aumenta quando a atividade é muito intensa ou prolongada.

Pessoas sedentárias devem começar com períodos de 5-10 minutos de atividades físicas leves ou moderadas, aumentando gradualmente até os níveis desejados.

Adultos com doenças crônicas devem consultar o médico antes de iniciar qualquer programa de atividades físicas. Da mesma forma, homens com mais de 40 e mulheres com mais de 50 anos que desejem iniciar um programa de atividades vigorosas também devem consultar um médico.

### Mensagens para as Mulheres

- Atividade Física não precisa ser intensa para trazer benefícios à saúde.
- Mulheres de todas as idades podem beneficiar-se com doses moderadas de atividade física diária. Isto pode ser feito com sessões mais longas (30-45 minutos) de atividades moderadas ou sessões mais curtas (15-20 minutos) de atividades vigorosas.
- Mais benefícios podem ser derivados da atividade física regular se esta for de intensidade ou duração progressivamente crescente, respeitadas as características individuais. É importante lembrar, porém, que o aumento no risco de lesões, os distúrbios menstruais e o enfraquecimento ósseo podem ocorrer quando as atividades são muito intensas ou prolongadas (corredoras de longa distância, por exemplo).
- Mulheres sedentárias devem começar com períodos de 5-10 minutos de atividades físicas leves ou moderadas, aumentando gradualmente até os níveis desejados.
- Mulheres com problemas crônicos de saúde (doenças cardíacas, diabetes, obesidade) devem consultar o médico antes de iniciar qualquer programa de atividades físicas. Da mesma forma, aquelas com mais de 50 anos que desejem iniciar um programa de atividades vigorosas também devem consultar um médico.
- A ênfase em atividades moderadas permite que as atividades sejam variadas para atender as necessidades e interesses individuais, diante das circunstâncias na vida da mulher.

### Fatos

- Mais de 60% dos adultos no Brasil não realizam atividades físicas regulares que possam promover a saúde.
- Aproximadamente 25-40% (dependendo da região) da população é totalmente inativa.
- A inatividade física é mais comum entre:
  - mulheres do que homens
  - mais velhos que entre os mais jovens
  - pessoas de baixo nível sócio-econômico e menor escolaridade.
  - O apoio social da família e dos amigos é considerado fundamental para as pessoas adotarem um estilo de vida mais ativo.