

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física

Avaliação da Catexe Corporal dos Participantes do Programa
de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do
Amazonas

Rita Maria dos Santos Puga Barbosa

Campinas - 2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

200402901

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física

Avaliação da Catexe Corporal dos Participantes do Programa
de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do
Amazonas

Rita Maria dos Santos Puga Barbosa

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Rita Maria dos Santos Puga Barbosa e aprovada pela Comissão Julgadora em 17/11/2003.



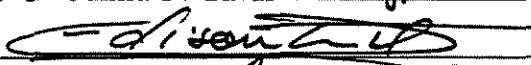
Prof.ª Dr.ª M. da Consolação G. Cunha F. Tavares

Orientadora

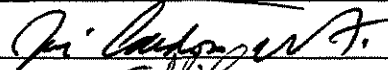
Prof.ª Dr.ª M. da Consolação G. Cunha F. Tavares



Prof. Dr. Edison Duarte



Prof. Dr. José Cardoso Neto



Prof. Dr. Eusébio Lobo da Silva



Prof.ª Dr.ª Maria Beatriz Rocha Ferreira



Campinas - 2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Barbosa, Rita Maria dos Santos Puga

B234a Avaliação da Catexe Corporal dos participantes do
programa de Educação Física Gerontológica da
Universidade Federal do Amazonas / Rita Maria dos Santos
Puga Barbosa - Campinas, SP [s.n.], 2003

Orientadora: Maria da Consolação Gomes Cunha
Fernandes Tavares

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação Física

1. Imagem Corporal 2. Educação Física 3. Gerontologia
4. Envelhecimento 5. Educação permanente

I - Tavares, M. C. II - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação Física III - Títulos sobre

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
B234a
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 57020
PROC 161227104
C _____ D α
PREÇO 11,00
DATA 27/02/04
Nº CPD _____

CM00193843-4

13113 10 310638

Dedicatória

Aos professores Doutores Luis Eduardo Barreto Martins, Maria Beatriz Rocha Ferreira, Maria Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, pelo voto da confiança e oportunidade que deram a minha estranha pessoa, para altura do cumprimento desta tarefa.

À Professora Nazaré Marques Mota pela dignidade e dedicação em cobrir os assuntos profissionais e pessoais durante este transcurso.

A todos idosos felizes que nos motivam a continuar esta caminhada profissional, assim como todos aqueles que sentirem utilidade nos resultados de mais este trabalho.

Agradecimentos

A Deus por escrever certo por linhas tortas mais este sucesso da minha vida.

A Nossa Senhora Maria Auxiliadora e todas as versões de Maria Mãe de Deus presente em todos os meus momentos vitais.

Aos meus pais Nicanor Puga Barbosa (in memoriam) e Marina dos Santos Puga Barbosa que me concederam a vida, sua herança genética e as condições básicas para me movimentar e chegar até aqui.

Aos meus irmãos Sebastião Luís dos Santos Puga Barbosa, Francisco Severino dos Santos Puga Barbosa, Maria do Perpétuo Socorro Puga Ferreira e Zeneida Puga Barbosa e os sobrinhos Sylvio Mário Puga Ferreira e Cláudia Marina Puga Barbosa Oliveira por toda disponibilidade em me ajudar nas devidas horas.

Ao Prof. Dr. José Cardoso Neto meus sinceros agradecimentos por cada minuto dedicado a este trabalho.

Meu agradecimento todo especial ao professor Doutor Edison Duarte por suas sacadas perspicazes, que deram impulsos definitivos ao andamento e fechamento desta pesquisa.

A Profa. Dra. Lucy Penna, o meu muitíssimo obrigada pelo seu magnífico trabalho O corpo sofrido e mal amado, que deu a motivação e curiosidade inicial sobre catexe que se prolongou por todas as descobertas férteis feitas até a conclusão desta jornada.

À Professora Doutora Maria Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares pela minha aceitação e orientação durante todo o Curso de Doutorado.

Ao Gláucio Matos e Artemis Soares pelas primeiras atenções para realização do doutorado, seguidas aos colegas do Departamento de Fundamentação Teórica da Faculdade de Educação Física, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e Administração Superior da Universidade Federal do Amazonas.

As colegas de trabalho Professoras Nazaré Mota, Priscila Riether, Chang Yen Yin, Rosa Ana Rodrigues, Ana Amália Bezerra, por favorecer minha ausência no programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas.

A Presidência e Diretoria do Centro Acadêmico da 3ª Idade Adulta (CATIA) na pessoa de sua presidente Domingas Melo Brasil por sempre poder contar com vossa colaboração.

A toda Diretoria da Associação de Motricidade e Estudos Gerontológicos do Amazonas (AMEGAM), por toda colaboração recebida.

A todos os Acadêmicos da 3ª Idade Adulta de Manaus indistintamente.

A Virgínia Andrade dos Santos pela jornada empreendida despretensiosamente, mas que tanto significou no todo. Também agradeço a Maria Francisca Lopes dos Santos e Martemir Lucena respectivamente pelo significativo auxílio recebido na segunda fase de levantamento e digitação dos dados.

Aos queridos amigos professores Luiz Pelegrini, Luís Issamu, Aparecida Lopes e Lucia Brasil, que com certeza tiveram mais gestos amistosos na realização do seu ofício, me beneficiando indiscriminadamente.

Ao pessoal da Faculdade de Educação Física da UNICAMP: Coordenador da Pós-Graduação Ricardo Machado Leite Barros; Secretaria - Kleber Willian dos Santos, Tânia dos Anjos Felipe, Márcia Sundfeld Iaderezza; Setor de Computação - Júlio Cesar Dall'Olio, Maria de Fátima da Silva; Biblioteca - Marly da Silva Zamca, Geraldo Marciano, Dulce Leocádio Augusto, Luiz Gonzaga de Oliveira; Professores ministrantes de disciplinas durante o curso Roberto Vilarta, Maria Consolação Tavares, Edison Duarte, Ademir De Marco, Adilson de Jesus; Setor de audio-visual - Paulo Lopes, Geraldo Donizeti; Setor de Reprodução - Henrique Perci Galvez dos Santos, João Gabriel Bertouza.

Aos colegas mais próximos que colaboraram espontânea e amistosamente com o

trabalho ora concluído: Raquel Cunto Motta, Vanessa Helena Santana, Márcia da Silva Campeão e aos colegas presentes nas diversas fases do curso com suas contribuições significativas: Rosane Beltrão Carvalho, Sônia Toyoshima Lima, Juliana Eickoff, Leonardo Mataruna, Nelia Rodrigues, Deniz Modeneze, Ana Elvira Wuo, Guanís, Larissa Turtelli, Marcelo Miranda, Adilson Siqueira, Rafael Davini.

A Professora Doutora Alair dos Anjos Silva de Miranda e Professora Socorro Souza pela sempre gentil atenção, contribuição prestada na fase inicial deste estudo.

Por enquanto (Renato Russo)

Mudaram as estações

Nada mudou

Mas eu sei que alguma coisa aconteceu

Está tudo assim, tão diferente

Se lembra quando a gente

Chegou um dia a acreditar

Que tudo era prá sempre,

Sem saber

Que o prá sempre, sempre acaba

Nada vai conseguir mudar

O que ficou

Quando penso em alguém

Só penso em você

E aí, então, estamos bem

Mesmo com tantos motivos

Prá deixar tudo com está

Nem desistir, nem tentar,

Agora, tanto faz

Estamos indo de volta pra casa

Resumo

A Imagem Corporal é caracterizada pela representação mental do próprio corpo. Teve como grande estudioso Paul Schilder, que abordou a Imagem Corporal considerando os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Ele pesquisou crenças, memórias, associações, sentimentos e atitudes corporais de seus pacientes, concluindo que, para maior objetividade científica se usasse um questionário com uma escala acoplada. Através da elaboração da escala da Catexe Corporal ou Body Cathexis (BC), que avalia graus de satisfação ou insatisfação de partes e funções corporais realizada por Secord e Jourard, a proposta de Schilder tornou-se realidade. A escala da Catexe Corporal tem sido muito usada para avaliar a Imagem Corporal (Jourard e Remy, 1957; White e Wash, 1965; Tucker, 1985; Balogun, 1986a e 1987), já que proporciona possibilidades despadronizadas (Roger, 1977) na quantidade de itens a serem avaliados, admitindo, assim, escalas do tipo Likert de 3 a 7 pontos, que enfocam do grau mais insatisfeito ao mais satisfeito. Estudos de Mahoney e Finch (1976a) Tucker (1981, 1983a), Balogun (1986a) e Ward, McKeown, Mathew, Jackson e Piper (1994) examinaram a referida escala e constataram multidimensionalidade, validade, consistência interna, estabilidade e segurança. O propósito desta investigação foi verificar a distribuição da Catexe Corporal dos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus. A Imagem Corporal foi investigada no âmbito da Catexe Corporal, através de escala com 57 itens em sujeitos em fase de envelhecimento. No presente estudo empregamos a escala da Catexe Corporal superposta com itens de Secord e Jourard (1953, 1954), e Tucker (1981) preenchida por 271 Acadêmicos da 3ª Idade Adulta da Universidade Federal do Amazonas, em dois momentos distintos: durante a participação de 8 a 9 meses (em outubro e novembro de 2002) no programa de Educação Física Gerontológica e aplicação após 1 mês de férias (em janeiro de 2003). Os sujeitos estavam distribuídos por sexo e nas faixas etárias de 45 a 59 anos (114 mulheres e 7 homens) e maiores de 60 anos (136 mulheres e 14 homens). Os resultados encontrados não apresentam diferenças significativas entre as fases, exceto para a classificação global de *membros*. Houve diferença significativa entre as médias da Catexe Corporal por sexos e faixa etária. Os homens apresentam maior grau de satisfação que as mulheres. No geral, a Catexe Corporal foi acima de 3, indicando altos graus de satisfação para os sexos e idades. Com os resultados do estudo da distribuição da Catexe Corporal dos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, concluímos que para *Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas e Aparência Global*, foi possível verificar graus de satisfação acima de 3. Os participantes apresentam Catexe Corporal alta independente da *idade, do ano de ingresso, do número de atividades que participam, ou do número de doenças registradas*. A Catexe Corporal diferencia-se somente por sexo, o masculino atingiu graus de satisfação significativamente maiores que o feminino. Acreditamos que a participação no programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas pode ser uma variável que concorra para uma maior satisfação corporal, para homens e mulheres, uma vez que oportuniza maior contato com o próprio corpo e experiências de cunho funcional e psicossocial.

Palavras Chave: Imagem Corporal, Educação Física, Gerontologia, Envelhecimento, Educação permanente.

Abstract

Body Image is distinguished by mental representation of oneself body. It had Paul Schilder as great scholar, who aboard the Body Image in physiological, psychological and social aspects. He researched believes, memories, associations, feelings and body attitudes of his patients, deducing that, to achieve scientific accuracy, a questionnaire should be used with scale in. Through the development of Body Cathexis' scale, which evaluates satisfaction or dissatisfaction degrees about body parts and functions. representations with Secord and Jourard's, Schilder's proposal became true. Body Cathexis scale has been used to evaluate Body Image (Jourard and Remy, 1957; White and Wash, 1965; Tucker, 1985; Balogun, 1986, 1987) as it provides standardless possibilities (Roger, 1977), in quantity of itens to be evaluate, admitting 3 thru 7 points Likert's kind of scale, that emphasizes both lower and higher degrees. Studies form Mahoney and Finch (1976a), Tucker (1981, 1983a), Balogun (1986a) and Ward, McKeown, Mayhew, Jackson and Piper (1994) examined above mentioned scale and verified multinationality, vality, inside consistency, stability and security. This investigation purpose was to verify body cathexis' distribution between participants of Gerontological Physical Education Program from Universidade Federal do Amazonas, in Manaus. Body Image was investigated at body cathexis' field, through a scale with 57 itens in ageing subjects. In itens from Secord an Jourard (1953, 1954) and Tucker (1981) filled in by 271 academicians from third adult age from Universidade Federal do Amazonas, at two different moments: during participation of a 8 thru 9 months (in October and November 2002) Gerontological Physical Education Program and one month vacation (in January 2003). Subjects were distributed by sex and in categories of 45 thru 59 years old (114 women and 7 men) and older than 60 years old (136 women and 14 men). The results don't show significative differences between phases, except from the members. Body Cathexis from male groups scored higher 3, punctuation and is very different from female groups Body Cathexis. In general Body Cathexis was beyond average members, pointing out high degrees of satisfaction both for the sexes and ages with a study about Body Cathexis' distribution of Gerontological Physical Education Program participants from Universidade Federal do Amazonas, we conclude that for head, trunk, members, body functions, physical qualities and global appearance, it was possible to find degrees of satisfaction above 3. The participants showed high Body Cathexis despite of age, the year thru became members, how many activities, they joined or how many diseases were registered. Body Cathexis makes just by sex, in which male scored higher degrees of satisfaction than female. We believe that the participation in Gerontological Physical education Program from Universidade Federal do Amazonas may be a reason that concurs to improve body satisfaction, both for men and women, as it provides a closer contact with oneself body and allows functional and psychosocial experiences.

Key words: Body Image, Physical Education, Gerontology, Ageing, Easting education.

Conteúdo

1	Introdução	1
2	Quadro Teórico	12
2.1	Sobre o envelhecimento	12
2.1.1	O velho no tempo e na sociedade	20
2.1.2	Designações para o velho	22
2.1.3	Algumas classificações do envelhecimento humano	25
2.1.4	Enfoques demográficos e a expectativa de vida	30
2.1.5	Características biopsicossociais do envelhecimento humano	33
2.1.6	Trajetórias sociais do envelhecimento no Brasil	41
2.2	Sobre Imagem Corporal e Catexe Corporal	44
2.2.1	Traços históricos dos estudos sobre Imagem Corporal	45
2.2.2	Imagem Corporal: conceitos	48
2.2.3	Imagem corporal segundo Paul Schilder	49
2.2.4	Linhas de investigação e avaliação da Imagem Corporal	54
2.2.5	Catexe ou Catexia	55
2.2.6	Avaliação da Catexe Corporal	57
2.2.7	Resultados das pesquisas realizadas com a escala da Catexe Corporal	61
2.3	Dimensionando o contexto da pesquisa	70
2.3.1	Programas de educação para adultos e idosos	71
2.3.2	A motricidade humana segundo Meinel	74
2.3.3	Educação Física Gerontológica	77
2.3.4	O Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas	86

3	Metodologia	94
3.1	O Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas	94
3.2	Sujeitos da Pesquisa	95
3.3	Avaliação da Catexe Corporal	96
3.4	Procedimentos de levantamento	97
3.5	Processamento dos dados	98
4	Apresentação dos Resultados	99
4.1	Distribuição dos sujeitos	101
4.2	Distribuição da Catexe Corporal	102
4.2.1	Grau de satisfação e ano de ingresso no programa	104
4.2.2	Grau de satisfação e número de atividades que participa no programa	106
4.2.3	Grau de satisfação e número de doenças registradas pelos sujeitos	107
4.2.4	Resultados da Catexe Corporal para a classificação global	108
4.2.5	Resultados da Catexe Corporal para os itens específicos da classificação global	109
4.3	Grau de satisfação do sexo masculino entre 45 e 59 anos, meia idade, turma 1	113
4.4	Grau de satisfação do sexo feminino entre 45 e 59 anos, meia idade, turma 1	114
4.5	Grau de satisfação do sexo masculino de 60 anos ou mais, idosos, turma 2	115
4.6	Grau de satisfação para o sexo feminino de 60 anos ou mais, idosas, turma 2	116
4.7	Sentimentos sobre si mesmo e queixas de doenças dos sujeitos	118
5	Discussão	120
6	Considerações Finais	141
	Referências Bibliográficas	144
	Anexos	160

Lista de Tabelas

4.1	Distribuição dos sujeitos por grau de satisfação, faixa etária e sexo nas duas fases	103
4.2	Média e desvio padrão da Catexe Corporal por faixa etária e sexo nas duas fases	104
4.3	Frequência e proporção de sujeitos por grau de satisfação e ano de ingresso nas duas fases	106
4.4	Frequência e proporção de sujeitos por grau de satisfação e número de atividades que participa no programa nas duas fases	107
4.5	Frequência e proporção de sujeitos por grau de satisfação e número de doenças registradas pelos participantes do programa nas duas fases . .	108
4.6	Média da Catexe Corporal Global para <i>Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas</i> e <i>Aparência Global</i> nas duas fases .	109
4.7	Média da Catexe Corporal para os itens da Cabeça nas duas fases por turma e sexo	109
4.8	Média da Catexe Corporal para os itens do Tronco nas duas fases por turma e sexo	110
4.9	Média da Catexe Corporal para os itens dos Membros nas duas fases por turma e sexo	111
4.10	Média da Catexe Corporal para os itens das Funções Corporais nas duas fases por turma e sexo	111
4.11	Média da Catexe Corporal para os itens das Qualidades Físicas nas duas fases por turma e sexo	112
4.12	Média da Catexe Corporal para os itens da Aparência Global das duas fases por turma e sexo	112
4.13	Frequências da classificação de si mesmo no momento do preenchimento da escala da Catexe Corporal	118

Lista de Figuras

4.1	Distribuição dos sujeitos por sexo e idade	101
4.2	Distribuição dos sujeitos por idade	102
4.3	Distribuição dos sujeitos por ano de ingresso	105

Lista de Quadros

2.1	Aspectos sociológicos: características do status da velhice (Moragas, 1997)	14
2.2	Conceitos de envelhecimento	16
2.3	Algumas teorias sociais do envelhecimento	17
2.4	Algumas teorias do envelhecimento na visão da Biogerontologia	19
2.5	Classificações do envelhecimento	26
2.6	Modelos de estágios da vida adulta de Levinson (1978)	28
2.7	Classificações da idade adulta	28
2.8	Conceito de Imagem Corporal	48
2.9	O que é catexe ou catexia?	56
2.10	Pesquisas envolvendo Catexe Corporal (BC) e Auto Catexe (SC)	61
2.11	Desenvolvimento da motricidade humana no ciclo vital - Meinel (1984) . . .	76
2.12	Atividades motoras básicas da vida diária American Geriatrics Society (Cotton, 1998)	79
2.13	Classificação de funções físicas para idosos através de níveis Spirduso (1995)	79
2.14	Guide Lines - OMS 1996	85
2.15	Horário das disciplinas e turmas do PIFIPS-U3IA	90
4.1	Classificação global e itens da escala superposta da Catexe Corporal	100

Capítulo 1

Introdução

O envelhecimento útil e feliz não pode ser apenas um mito, cabendo à sociedade a responsabilidade de redefinir, sócio e culturalmente o significado da velhice, possibilitando a restauração da dignidade para esse grupo etário. Cabe ao idoso o compromisso de lutar, pois se a sociedade inventou a velhice, devem pois os idosos reinventar a sociedade.

Marcelo Antônio Salgado

Por ocasião do Ano Internacional do Idoso, em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) denominou o período de 1975 a 2025 como *a era do envelhecimento* (Costa 1998), tendo em vista o crescimento acelerado da população idosa tanto em países ricos como pobres. Todos os países foram, então, conclamados a refletir e a criar políticas para atender à explosão demográfica de seus cidadãos idosos, deverá atingir seu pico e platô no decorrer dos 50 anos previstos.

Neste sentido, nos diferentes campos do conhecimento, o homem vem repensando questões referentes ao envelhecimento e propondo encaminhamentos que contribuam tanto para a longevidade como para a qualidade de vida do idoso.

Dois fatores relevantes contribuíram para o rápido crescimento dessa faixa etária nesta era, a evolução tecnológica e a epidemiológica. A primeira, disponibiliza equipamentos auxiliares no prolongamento da vida e compostos químicos para promover a es-

tabilização da saúde e manutenção de aspectos estéticos. A segunda, a epidemiológica, conta com métodos consagrados ao controle de doenças que, conseqüentemente, baixam a mortalidade; preconiza tratamentos que possibilitam a convivência com doenças crônicas e/ou degenerativas; e, no aspecto preventivo, veicula informes educativos e preve uma linha de programas como as campanhas de vacinação.

Por muito tempo, a população idosa foi vista como de responsabilidade quase que exclusiva da Medicina notória no *tratamento de doenças* e do Serviço Social com *condutas assistencialistas* que levavam o idoso à dependência cada vez maior de doações e serviços com caráter especialmente paternalista. A partir das últimas décadas do século XX, entretanto, a pessoa idosa passou a ser considerada de forma mais abrangente, tornando-se preocupação de diferentes áreas. A evidência disto está nas pesquisas atuais sobre o fenômeno do envelhecimento, situado como fase do ciclo vital. Nesses estudos, o principal desafio é o de descobrir e disponibilizar o maior número possível de informações que propiciem ao homem uma velhice sadia ou, pelo menos, a possibilidade de conviver com suas limitações no mais alto grau de qualidade orgânica, comportamental e social.

Neste bojo, a Educação Física que, em princípio, era voltada para as áreas escolar e esportiva, atendendo, sobretudo, a escolares e adolescentes, também aderiu a essa tendência por meio da implementação de programas de atividades físicas gerontológicas. Os resultados obtidos têm sido espetaculares.

São conseqüências positivas da aplicação dos programas de Educação Física Gerontológica, segundo vários autores: no aspecto fisiológico, a melhoria de funções orgânicas nos níveis neuromuscular, cardiovascular e respiratório; na instância psicológica, está comprovado o bem-estar do idoso na melhora do sono, do humor, enfim, de sua saúde mental. No âmbito social, há demonstração concreta do aumento do círculo de amizades e no desempenho de novos papéis (Morehouse e Miller; 1975,

Silva; 1982, Baur e Egeler, 1983; Meinel, 1984; Otto, 1987; Rauchbach, 1990; Lorda Paz, 1990; Wagorn, Theberge e Orban, 1993; Puggard, 1994; Leite, 1996; Meirelles, 1997; Okuma 1998; Gorinchteyn, 1999; Destéfani, 2000; Valério, Andrade e Dias, 2000; Barbosa, 2000; Corazza 2001, Manidi e Michel, 2001). Todos estes resultados fortalecem a indicação sistemática de atividades propostas e orientadas pela Educação Física Gerontológica.

Neri (2002) demonstra em seus estudos que o próprio comportamento contemporâneo da população idosa está rompendo com o paradigma da *degeneração* na Gerontologia e com o paradigma *médico* na Geriatria, cujos pressupostos afirmavam a predominância de perdas, doenças e incapacidades humanas na velhice. Igualmente, podemos verificar que a *Teoria do afastamento social* não mais se aplica como regra geral no ciclo de envelhecimento. Os idosos da atualidade estão mantendo por mais tempo as funções orgânicas, estão querendo ser mais vistos, estão mais envolvidos e integrados socialmente.

Cunha (1994, p. 40), uma psicóloga com mais de 60 anos, afirma que *envelhecer é uma tarefa difícil, que só sabe quem está passando pelo processo*. Sugere resumidamente quatro pontos fundamentais para reflexão e ação constantes daqueles em fase de envelhecimento: 1) enfrentar esta fase de forma consciente, procurando sentir e perceber o que é válido e relevante na atualidade de cada dia; 2) aprender a desistir de algumas atividades e, ao mesmo tempo, ter coragem de se engajar noutras que, em outras épocas possivelmente seriam desdenhadas; 3) gostar de testar limites, sabendo que sempre há um espaço dentro de si que é a vida; 4) livrar-se, à medida do possível, dos preconceitos que existem na sociedade, a respeito da velhice.

De fato, no ciclo vital, a fase do envelhecimento exige mais esforço do que foi empregado nas idades anteriores, para a adaptação geral do indivíduo. Daí o desafio aos diferentes campos do conhecimento para contribuírem efetivamente para a quali-

dade de vida da população idosa crescente Para os indivíduos que passam por este processo é importante que haja uma disponibilidade de informações claras, concretas e operacionais, além de suporte e orientação..

Durante os 16 anos de atuação como professora de Educação Física atrelada à Gerontologia, temos observado o fortalecimento da concepção defendida por Neri (2002) e vemos multiplicado o depoimento de Cunha (1994) nas vozes de um número cada vez maior de pessoas que têm participado do Programa de educação para o envelhecimento, oferecido pela Universidade Federal do Amazonas: PIFPS-U3IA - *Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta*. Este programa é realizado com o propósito de favorecer a adaptação - se não for possível superar - às dificuldades de ordem biopsicossocial inerentes ao processo de envelhecimento.

Em pesquisa inicial, realizada em 1987, equacionamos traços da população manauara na faixa etária superior a 50 anos a partir de aspectos clínicos e psicomotores, por meio do emprego de questionários. Concluímos que *o idoso precisa de uma vida melhor no sentido de ser integralmente amparado, o que resolverá seus problemas, preocupações e angústias, cabendo a nós, sociedade jovem, volver nossos olhos e estender a mão para pessoas que passaram a vida toda produzindo* (Barbosa et al, 1987, p. 47). Esta investigação mostrou também que a população estudada, por uma questão cultural, não era afeita à atividade física e, por esta razão, herdou costumes sedentários com experiências motoras restritas.

Tais constatações nos estimularam à pesquisa seguinte, cuja base foi testar a aplicação de um programa psicomotor recreativo, com os objetivos de dar início a um programa de atividades psicomotoras recreativas para gerontes e, por este meio, estimular neles o gosto pela atividade, certificando-se da sua real capacidade e desejo de participar.

Como resultado, observamos que os participantes responderam com total interesse

às atividades psicomotoras recreativas, confirmando com seus atos, durante a aplicação do programa, o slogan *Idoso Feliz Participa Sempre*. Foram colaboradores, corteses, responsáveis no decorrer das aulas, conviveram atentos, sorriram e conversaram afetuosamente com os colegas e os professores. Fisicamente, embora tenha ocorrido um predomínio da utilização do lado direito nas coordenações motoras finas manuais, a atuação foi satisfatória com ambos os lados; também verificou-se uma melhora na resistência aeróbica dos envolvidos. Vale ainda nota que, embora, em certos momentos, tenham apresentado dificuldades espaço-temporal visíveis em deslocamentos interpe-soais, isto não impediu a demonstração de bom senso rítmico e de relativo equilíbrio pertinente aos caracteres da faixa etária. Com repetições adequadas, a maioria alcançou boa coordenação dinâmica geral. (Barbosa et al, 1988).

De posse desta comprovação, persistimos na implantação de um programa educativo para o envelhecimento. No período inicial, entre 1989 e 1992, enfrentamos barreiras, pois não era ainda *natural* associar o idoso à atividade física, naquele contexto. Entres superados, o Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta (PIFPS-U3IA) foi, em 1993, implantado na Universidade Federal do Amazonas, com foco fundamental na Educação Física Gerontológica.

Foi surpreendente a adesão de pessoas de meia idade e idosos que se propuseram a vivenciar os slogans: *Porque a educação cabe em qualquer lugar e idade; Só se educa quem participa; Resistiremos participando; Equilíbrio crescente; Sucesso sempre; 1999 Ano Internacional do Idoso - Aposte nisso!; 3º milênio - educação é a saída.*

Para responder à grande demanda foi necessário um aumento no número de vagas, nas propostas de disciplinas, na disponibilidade de horários e, também, a ampliação das instalações. Esse crescimento gerou um aumento nos custos, o que nos levou a buscar parcerias e a criar uma associação para dar suporte aos projetos do programa, a Associação de Estudos Gerontológicos do Amazonas (AMEGAM).

O desenvolvimento do programa inclui reavaliações periódicas, as quais confirmam a adequação dos conteúdos de profilaxia e questões sociais do envelhecimento; das atividades que desenvolvem a motricidade como a ginástica, os jogos, os esportes, a dança, o folclore e a recreação; bem como da expressão artística e dos intercâmbios esportivos e culturais, usando terminologias próprias que derivam do processo de construção da Educação Física Gerontológica (Barbosa, 2000).

No âmbito da contribuição científica, O PIFPS-U3IA já serviu de informação para os níveis de ensino Fundamental e Médio em trabalhos de Feiras de Ciências e atividades dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN); forneceu dados para pesquisas dos níveis Sequencial de Cinesociogerontologia, de Graduação em Psicologia, Engenharia, Serviço Social e Turismo, Especialização de Educação Física em Gerontologia Social. Já resultou em três dissertações de mestrado e esta será a segunda tese de doutorado. No campo editorial, houve a publicação dos livros, *Por que não Educação Física?* e *Educação Física Gerontológica*, a respeito dos resultados dessa experiência (Barbosa 1998a, 2000); há o registro do Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia, de 1995 até o presente, e inúmeros trabalhos foram apresentados em eventos regionais, nacionais e internacionais. Destaque para a premiação de um deles, como primeiro colocado na II Amostra de Extensão da Universidade Federal do Amazonas em 2000, por sua qualidade e relevância.

Consideramos que, mesmo enfrentando constantemente dificuldades de toda ordem, a educação para o envelhecimento possa estar consolidada na Universidade Federal do Amazonas. A evidência está, sobretudo, na consecução do objetivo de criar o hábito da atividade física nos acadêmicos da 3ª Idade Adulta, um grupo composto de pessoas com mais de 45 anos que, com sua participação, demonstram o desejo de inclusão como sujeitos, vivendo plenamente com seus corpos, para ocuparem seus lugares neste ponto do ciclo da vida.

Fundamentados, portanto, na corrente da Educação Permanente, essas experiências têm revelado ricas mudanças comportamentais no processo de envelhecimento, conforme preconizam Neri (2002) e Cunha (1994). Os próprios sujeitos do envelhecimento estão rompendo com tradições e teorias que não mais comportam o fenômeno de ser idoso hoje. Envelhecer com maturidade significa estar consciente de suas características biológicas, psicológicas e sociais.

As grandes transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, pelas quais o indivíduo passa, do ponto de vista da Imagem Corporal, são exclusivamente percebidas por ele próprio, ou seja, estão figuradas na representação mental do seu próprio corpo (Schilder, 1999). Singular, essa imagem só pode ser avaliada em primeira pessoa, isto é, através do *eu* (Damásio, 2000), pois apenas este indivíduo pode resgatar o conteúdo do seu álbum existencial de memórias, crenças, atitudes e sentimentos sobre partes e funções corporais (Schilder, 1950, 1999). Conforme afirma Cunha, é evidente que, ao envelhecer, o indivíduo lúcido percebe muito mais a si mesmo, pois tem a referência de experiências vividas anteriormente, para compreender as diferenças com as quais terá que lidar à medida que o tempo passa (Cunha, 1994).

Na sua chegada ao programa, nossos alunos trazem consigo a memória recente de situações envolvendo depressão, discriminação social (fomentada até na própria família, que deveria dar apoio nos momentos-chaves da mudança de papéis), sensação de abandono, de incapacidade física e produtiva, de fracasso. A experiência tem mostrado que, em grande parte, essas comoções vão sendo trabalhadas e reelaboradas direta ou indiretamente por meio das sessões das disciplinas, da oportunidade de convivência com os colegas, da percepção da melhoria explícita de algumas funções orgânicas, ou seja, por um misto de variáveis sistêmicas compatíveis com os componentes fisiológicos, libidinais e sociais da imagem corporal.

Por conseguinte, sendo o processo de construção e reconstrução contínua da Ima-

gem Corporal estendido por toda a vida e, também, pertinente à fase de envelhecimento, fica claro que quanto mais subsídios a respeito deste processo forem fornecidos ao idoso, mais chances ele poderá ter de uma convivência saudável consigo próprio. Nesse sentido, justifica-se também a necessidade de se investigar mais este tema para que, enquanto profissionais, possamos entender melhor o processo de construção e reconstrução da imagem corporal vivenciado pelo indivíduo ao envelhecer e, a partir desse conhecimento, contribuir para melhorar sua qualidade de vida.

O estudo da Imagem Corporal já motivou e envolveu várias áreas do conhecimento humano, tais como a Neurologia, Psicanálise, Fenomenologia, Psicologia, Medicina, mas não tem sido freqüente objeto de pesquisa Gerontológica associada à Educação Física. Isto não significa, entretanto, que ela esteja à margem, pois, como verificamos no trabalho de Turtelli, Tavares e Duarte (2002), a própria Educação física, nas formas de dança e movimento, vem sendo envolvida expressivamente neste processo. Almejamos que esta situação possa vir a modificar-se num futuro breve com a inclusão também da Educação Física em Gerontologia Social.

Os estudos viabilizados disponibilizaram inúmeras técnicas e instrumentos para avaliar a Imagem Corporal, tais como *modelos de estimativa do corpo; procedimentos do ajustamento da imagem; figuras/silhuetas; questionários de medidas cognitivas; escalas multidimensionais; medidas de estima e satisfação corporal e; escalas de ansiedade* (Thompson, Penner e Altabe, 1990).

Dentre os questionários de escala multidimensional, enfocando estima e satisfação corporal, encontramos a escala da Catexe Corporal. Este instrumento é baseado nos estudos de Secord e Jourard (1953) que elaboraram e testaram uma escala composta de itens referentes a partes e funções corporais, acoplada a uma escala do tipo Likert de cinco pontos do mais insatisfeito ao mais satisfeito. Esta escala foi denominada de *Body Cathexis scale* (BC) ou, conforme traduzido por Penna (1989), escala da Catexe

Corporal; sendo, a Catexe Corporal, definida como o grau de satisfação ou insatisfação com partes e funções corporais (Secord e Jourard, 1953).

É interessante esclarecer que o termo aportuguesado como *Catexe*, *Catexis* ou *Catexia* veio da tradução americana *Cathexis* que, por sua vez, teve origem na palavra alemã *Besetzung*, usada no contexto da Psicanálise por Sigmund Freud no sentido de *ocupar*. Stratton e Hayes (1994) definiram Catexe como investimento de energia psíquica em uma pessoa, objeto ou situação.

Enquanto a Imagem Corporal é a representação mental do corpo do indivíduo, a Catexe Corporal é a energia psíquica investida na representação da pessoa, seja qual for a situação dinâmica de construção ou reconstrução dessa imagem. A representação mental pode desenvolver processos de investimento da energia psíquica de toda ordem, assim como desinvestir, reinvestir, através do poder da plasticidade humana (Schilder, 1999, Brenner, 1987).

Esta pesquisa se propõe a avaliar a energia psíquica investida, Catexe Corporal, representada pelo grau de satisfação que as pessoas têm com o próprio corpo. Neste estudo, a verificação se dará em relação a pessoas em fase de envelhecimento, participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, e residentes em Manaus.

Muitos pesquisadores têm, em seus estudos, utilizado a escala da Catexe Corporal e comprovado cientificamente, com seus resultados, a validade, segurança, estabilidade consistência interna e construto multidimensional da mesma (Mahoney e Finch, 1976a; Tucker, 1981, 1983a 1985; Balogun 1986a; Theodorakis, Doganis e Bagiatis 1991; Ward, McKeown, Mayhew, Jackson e Piper, 1994).

Apesar dos mais de 60 trabalhos, por nós levantados, que estudaram a Catexe Corporal, apenas o de Lai (1984) o de Shim e Kotsiopulos (1990a), Judisch-Berg (1995), Brown, Wang, Ward, Ebbeling, Puleo, Benson e Rippe (1995) ultrapassaram a faixa

etária dos 45 anos; mas, também esses não tinham como foco específico a Catexe Corporal no envelhecimento. Esta informação parece reforçar que seja oportuna e de relevância a realização de estudos científicos elucidativos dos processos da Catexe Corporal nestas faixas etárias, meia idade (de 45 a 59 anos) e idoso (60 anos ou mais), notoriamente inexploradas.

A maioria das pesquisas sobre Catexe Corporal (BC) divulgadas foi feita envolvendo sujeitos universitários (Secord e Jourard, 1953, 1954, 1955; Jourard e Remy, 1955, 1957; Johnson, 1956; Weinberg, 1960; White e Wash Jr, 1965; Darden, 1972; Mahoney, 1974; Mahoney e Finch, 1976a; Roger 1977; Loftis e Clance, 1978; Clance, Mathews Jr e Joesting, 1979; Aitken, Clarke, Brown e Kay, 1980; Krotee, 1980; Joesting, 1981; Tucker, 1981 1982a, 1982b, 1983a, 1983b, 1983c, 1984, 1985, 1987; Balogun 1986a, 1986b, 1987; Ward e McKeown, 1987, 1988; Seggar, McCammon e Cannon, 1988; Lester e Wendell, 1988; Ford Jr, Puckett, Reeve e Lafavi, 1991; Salusso-Deonier e Schwarzkopf, 1991; Melnick e Mookerjee, 1991; Ward, McKeown, Mayhew, Jackson e Piper 1994; Merrill, 1994; Maxwell, 1995; Radtke, 1997; Weier, 1997) e as que foram feitas com adultos estabeleceram amostras até 45 anos. (Markee, Carey e Pedersen, 1990; Theodorakis, Doganis e Bagiatis, 1991). O supracitado, imaginamos, deve-se ao fato dos estudantes serem facilmente contatados e, no geral, mostrarem-se abertos à participação, até porque compreendem a importância de sua contribuição participativa para o desenvolvimento científico.

Algumas dessas pesquisas associaram a atividade física à Catexe Corporal e encontraram correlação positiva entre ambas, ou seja, uma favorece o aumento da outra (Darden, 1972; Dasch, 1978; Joesting e Clance, 1979; Tucker, 1982b, 1983a, 1983b, 1987; Lai, 1984; Balogun, 1986b, 1987; Seggar, McCammon e Cannon, 1988; Ford Jr, Puckett, Reeve e Lafavi, 1991; Salusso-Deonier, Schwarzkopf, 1991; Ward, McKeown, Mayhew, Jackson e Piper, 1994).

Neste estudo, nosso objetivo é identificar a distribuição da Catexe Corporal dos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, através da superposição das escalas de Secord e Jourard (1953, 1954) e Tucker (1981). Os resultados poderão nortear análises a cerca do que se está desenvolvendo no planejamento e aplicação do PIFPS-U3IA nestes 10 últimos anos; crucial, como feedback sensível da repercussão das estratégias empregadas. Além disso, os elementos identificados servirão para ampliar o conhecimento e as reflexões sobre a Catexe Corporal no processo de envelhecimento de sujeitos engajados em programa sistemático de Educação Física Gerontológica.

No próximo capítulo será desenvolvido o quadro teórico composto de três partes: envelhecimento, Imagem Corporal e catexe, desfechando com o contexto da pesquisa.

O terceiro capítulo contém a descrição do delineamento metodológico desta pesquisa, relativos aos sujeitos, ao tipo de instrumento de avaliação empregado na investigação, assim como o método de levantamento e processamento dos dados.

Serão apresentados, no quarto capítulo, os resultados representados pela distribuição da Catexe Corporal dos sujeitos na primeira e na segunda fase de levantamento, seguidos das comparações entre as duas fases.

Os resultados obtidos e as suas relações com o quadro teórico, pertinentes aos constructos da Imagem Corporal, Gerontologia e Educação Física, serão discutidos no quinto capítulo.

O sexto capítulo será ocupado com as conclusões e recomendações procedentes de toda trajetória percorrida nesta investigação.

Como elementos pós-textuais virão as referências bibliográficas e os anexos.

Capítulo 2

Quadro Teórico

É o homem inteiro que é preciso refazer, são todas as relações entre os homens que é preciso recriar, se quisermos que a condição de velho seja aceitável, quando compreendemos o que é a condição de velhos, não podemos contentar-nos em reivindicar uma "política da velhice" mais generosa, uma elevação das pensões, habitações saudáveis, lazers organizados. É todo o sistema que está em jogo, e a reivindicação só pode ser radical, mudar a vida.

Simone Beauvoir

Neste capítulo apresentaremos fundamentos importantes para subsidiar este estudo. Desenvolveremos aspectos teóricos relacionados ao envelhecimento, à Imagem Corporal, à Catexe Corporal e à dimensão do contexto da pesquisa.

2.1 Sobre o envelhecimento

Apesar de notório no decorrer de toda a existência da humanidade, fenômeno do envelhecimento humano passou a ser estudado com terminologia técnica somente a partir de 1903, quando foi introduzido o termo Gerontologia (Hayflick, 1996). A expressão vem do grego e significa a associação dos sentidos homem velho e estudo. Segundo Hayflick (1996), o Gerontologia abrange o envelhecimento de todos os seres vivos; o que consideramos uma generalização. Sentimos mais afinidade com a posição de Salgado

(1982) quando associa a Gerontologia ao estudo dos processos de envelhecimento com base nos conhecimentos biológicos e psicocomportamentais. Neste conceito verificamos a presença das três dimensões da Imagem Corporal apresentadas por Schilder e que mostraremos posteriormente.

De fato, praticamente todos os autores da atualidade classificam a Gerontologia como o campo do conhecimento de caráter multidisciplinar, com capacidade de envolver profissionais de todas as áreas que se interessem por enfocar o envelhecimento com o objetivo de explicá-lo, até porque este fenômeno não está, ainda hoje, elucidado em todas as suas nuances (Bodachne, 1998; Neri, 1993, 2001a; Papaleo Netto, 2002a).

Percebemos, por exemplo, que nas regiões tropicais há uma tendência a se atingir características precoces relativas ao envelhecimento morfológico, o mesmo não ocorrendo nas regiões mais frias, ou temperadas. No Amazonas o clima é quente e úmido, favorecendo que as pessoas amadureçam aceleradamente e, por questões culturais, se reproduzam em tenras idades. Assim, completam o ciclo vital e chegam a sua descendência, muito antes do tempo que serve de referência nos estudos sobre envelhecimento.

O enfoque da Gerontologia é abrangente; classifica-se, segundo Bodachne (1998), nas modalidades Básica e Social. A Gerontologia Básica estuda o envelhecimento na Biofisiologia, Genética e Imunologia. Já a Gerontologia Social cuida das leis de proteção ao idoso; de seu relacionamento na sociedade, na família e entre eles mesmos; busca, por fim, estabelecer programas de recreação, de ocupação do tempo livre e da educação do idoso. A Gerontologia Social é exercida por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, sociólogos, advogados, terapeutas ocupacionais, arquitetos, demógrafos, enfim, todos os especialistas que possam relacionar-se com os problemas enfrentados pelo homem nesta fase do ciclo da vida (Bodachne, 1998). Este é o ideal para a realidade de Estados mais adiantados do Brasil ou de países de primeiro mundo. No Amazonas, entretanto, não contamos com recursos para se reunir uma equipe multidisciplinar. O que temos é a

participação de profissionais como Professores de Educação Física, Educação Artística, Assistentes Sociais e Médicos atuando na Geriatria, todos trabalhando de forma isolada.

O interesse científico pela Gerontologia Social só ocorre por volta de 1950, após a segunda guerra mundial, a partir da criação da Associação Internacional de Gerontologia. O objetivo dessa associação é o de promover a pesquisa gerontológica em Biologia (Genética, Nutrição, Fisiologia, Anatomia, Bioquímica entre outras), Medicina (Epidemiologia, Geriatria) e Ciências Sociais (Antropologia - cultura, idoso e sociedade; Psicologia - comportamento, sentimento; Sociologia - demografia, política, família, religião; Economia - micro e macro, Política).

Moragas (1997) cita, como resultado de trabalhos em Gerontologia, a abordagem sociológica do status da velhice, que mostra os lados positivos e negativos dessa fase da vida; que podem ser vistos no Quadro 2.1.

Quadro 2.1: Aspectos sociológicos: características do status da velhice (Moragas, 1997).

Área	Positivos	Negativos
Biológica	Imunizado Desenvolvido Maduro	Fraco Doente Limitado
Psíquica	Equilíbrio Estável Experimentado Serenó	Lento Inseguro Desmemoriado Confuso
Social	Livre do trabalho obrigatório Maior tempo livre Menor responsabilidade	Perda do trabalho oficial Contatos sociais limitados Menor influência Perda de poder social
Econômica	Pensão Assistência Vantagens fiscais Serviços gratuitos	Pensão insuficiente Maior necessidade de atenção sanitária Perda do poder aquisitivo

Observando os dados no Quadro 2.1, consideramos que esta havendo uma transição dos itens, *os contatos limitados e a perda de poder social* para o lado positivo, pois, graças à alta do fenômeno do engajamento social, com possibilidades de adesão a papéis sociais agradáveis (o de atleta, bailarino, cantor, etc), tais aspectos não estão mais tão condizentes com o perfil dos idosos atuais, em geral. Ainda assim, o exposto no Quadro

2.1 é o que mais se aproxima da realidade atual. Basta lembrar a respeito do alto índice de desemprego conjuntural, da falta de oportunidade, dos problemas econômicos e da realidade do país que não tem como amparar seus velhos. Neste sentido, o item *Econômica - perda do poder aquisitivo*, aponta uma contradição observável na realidade, a de que, em certas famílias, o idoso é o único que tem renda fixa, mesmo que insuficiente para atender suas necessidades individuais e, ainda assim, acaba por dividi-la com os demais membros da família.

No Brasil, os fatores que impulsionaram o crescente estudo da Gerontologia de acordo com Papaléo Netto (2002b), foram:

- o aumento rápido do número de idosos;
- os problemas gerados pela velhice que exigem respostas operacionais;
- o interesse de profissionais, pesquisadores e das sociedades científicas, das universidades em busca de soluções para os problemas desta população;
- a disseminação dos conhecimentos sobre a velhice em todo o mundo.

Pelo que observamos retratado da evolução da Gerontologia no Brasil, o interesse profissional e a aplicação de suas estratégias foram decisivas no rendimento de novas informações. Estas têm sido difundidas em eventos, simpósios, publicações de anais, artigos em revistas e livros. Além disso, a de disciplinas em diferentes graduações, cursos de especialização e das linhas de mestrado e doutorado, voltadas para este tema, acrescidos de programas pedagógicos de atenção ao envelhecimento, têm contribuído para o desenvolvimento da Gerontologia no Brasil. Neste sentido, o papel das universidades tem sido da máxima importância.

Encontramos muitos autores que procuram conceituar o envelhecimento, mas que chegam a conclusão da dificuldade de defini-lo em toda a sua abrangência, ou com total

precisão. Por isto apresentamos o Quadro 2.2, onde podem ser vistos alguns conceitos, seus autores e datas, a fim de procurarmos por similaridades que nos subsidiem a formação do nosso próprio conceito e/ou definição de envelhecimento.

Quadro 2.2: Conceitos de envelhecimento.

Autor	Data	Conceito
Alonso-Fernandez	1972	O envelhecimento está inscrito em todas as idades.
Leite	1996	É um processo fisiológico pouco conhecido.
Hayflick	1996	É uma consequência normal da passagem do tempo.
Sayeg	1996	É uma fase natural da vida.
Costa	1998	Processo evolutivo, um ato contínuo que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte. É como uma forte percepção de si mesmo imprimisse ao indivíduo uma informação sensitiva de ter vivido, até aquele momento de sua existência menos ou mais tempo de vida cronológica, não obrigatoriamente em função de suas experiência, mas sim desta particular e intensa impregnação sensorial, um entalhe em relevo marcado dentro dele, no âmago de seu ser (p.33).
Neri	2001b	Em termos biológicos, compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.
Paschoal in Papaléo Netto	2002	Segundo os biogerontologistas, compreende alterações as quais estão expostas um organismo vivo do nascimento à morte.
Fractczak in Papaléo Netto	2002	É um processo, estágio definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse.

Todos os conceitos reunidos no Quadro 2.2, são complementares e abordam principalmente as dimensões cronológica e fisiológica, psicológica e social inerentes ao fenômeno como trajetória individual, admitindo diferentes linhas de pesquisa.

Após conceituar o envelhecimento, é necessário saber que tipo de teorias a este respeito são defendidas e, até que ponto, cabíveis para explicar este fenômeno. Sintetizadas no Quadro 2.3.

Conforme Neri (2002), a teoria do desengajamento não se sustenta, comparativamente ao ser idoso hoje. A teoria da atividade, por sua vez, está se consolidando na conjuntura atual. A teoria da seletividade, parece abranger a vida toda, não é específica para idosos. Há muita lógica na teoria da continuidade, muito embora situações como

mortes, aposentadoria, casamentos de filhos e rompimentos, necessitem de reelaboração pessoal.

Quadro 2.3: Algumas teorias sociais do envelhecimento.

Teoria	Proposição	Data	Contexto
do afastamento ou desengajamento	Cumming e Henry	1961	Baseada em pesquisa com 271 pessoas de 50 aos 90 anos; o afastamento ocorre de modo universal; consentido pelo idoso e pela sociedade.
da atividade	Havighurst e Albrecht	1953	Quanto maior a atividade, maior a satisfação e consequente saúde física e mental; teoria validada por grande número de pesquisas sobre velhice bem-sucedida.
da seletividade ou socioemocional	Carstensen	1991	Indica a redução das redes sociais e restrição social; complementada por Kahn e Antonucci (1980) com o termo <i>comboio social</i> (ao longo da vida as pessoas tendem a sedimentar um grupo restrito de relações sociais).
da continuidade	Formulada como teoria geral do desenvolvimento, hoje foca meia idade e idosos	sem data	Inicialmente como teoria do desenvolvimento. As pessoas de meia idade e idosos procuram manter estruturas pré-existentes tanto externas como internas. A descontinuidade é negativa.
do colapso da competência	Kuypers e Bengston	1973	O colapso da competência trás consequências negativas no envelhecimento, pode ser convertida com terapia de reconstrução social.
da troca	Tem base nas formulações de Homans e Blau, centradas no modelo econômico da década de 30	sem data	O idoso tende a se afastar das interações sociais porque possui poucos recursos (educacionais, econômicos, etc). A vida social é um ciclo de trocas. As que beneficiam aproximam, as que dão prejuízo afastam as pessoas.
do construcionismo social	Apoia-se no interacionismo simbólico, na fenomenologia na etnometodologia e Max Weber	É recente	Inclui questões do significado social das relações no envelhecimento e as atitudes perante a vida e os acontecimentos.
da modernização	Cowgill e Holmes	1972	Relaciona modernização e a mudança de papéis e no status da pessoa idosa.
da subcultura do envelhecimento	Tem influência da cultura idosa norteamericana	sem data	Apregoa que os idosos estão desenvolvendo uma cultura própria, que resulta dos seus interesses e crenças, interagem entre si e excluem outros grupos etários.
da estratificação por idade	Riley e colaboradores	1994	Tem como ponto de partida a estratificação por idade e classe social, e suas diversidades (tamanho, gênero, distribuição por classe social).
perspectivas feministas do envelhecimento	Influência do movimento feminista	Década de 70	O gênero deve ser o principal enfoque para atender o envelhecimento e o idoso.
político econômica do envelhecimento	Tem origem no marxismo	sem data	Observa estruturas institucionais reforçadas pela economia e como influenciam o status no envelhecimento.
crítica	Com várias influências	sem data	Se ocupa em focalizar as dimensões estruturais e humanistas diversas presentes na Gerontologia atual.

Um provável colapso da competência é concernente a situações específicas, o que não pode ser universalizado. Apesar do modelo das trocas ter uma forte evidência, há várias tendências humanistas atreladas ao contexto atual, fazendo com que situações

que dantes pareciam sem solução, tomem um outro rumo, haja vista a solidariedade das pessoas.

A teoria do construcionismo social parece bem atual, mas acessível apenas aos que estiverem engajados socialmente. A mesma afirmação, respeitando a especificidade, pode servir para a teoria da modernização. A teoria da subcultura do envelhecimento se restringe aos grupos que vivem isolados, por exemplo, em asilos. A teoria da estratificação social parece ser mais um ponto de partida para estudos em pesquisa social, é meramente classificatória.

As teorias e perspectivas feministas do envelhecimento abordam um aspecto pertinente, as diferenças físico-biológicas entre os dois sexos. No nosso campo, importa mais a percepção do avanço feminino, que, atravessando épocas, se consolida e abre espaço para o reconhecimento, potencialidades e direitos da mulher que envelhece, de posse de suas características biopsicossociais de esposa ou viúva, mãe, avó, e, sobretudo, de cidadã participativa.

Aspectos econômicos são apenas uma variável determinante com boa dose de interferência na vida de todos, sobretudo, na dos idosos, pela limitação das aposentadorias. A teoria crítica apresenta explicações organizacionais e humanistas, as quais vem sendo desenvolvidas na Gerontologia.

As teorias presentes no Quadro 2.3 são de muita relevância quando justapostas, podendo até se complementarem, mas, individualmente, não significam a realidade universal do envelhecer.

Do ponto de vista da Biogerontologia, conforme podemos observar no Quadro 2.4, baseado nos estudos de Hayflick (1996), há uma variedade de teorias que tentam explicar o envelhecimento do ponto de vista biológico, mas, por falta de sustentação universal, nem sempre comprovadas.

As teorias apresentadas no Quadro 2.4, são uma tentativa de explicar o envelhe-

cimento, partindo de um ponto de observação científica. Nenhuma delas é completa e definitiva, pois não conseguem explicar todos os aspectos contidos no fenômeno do envelhecimento.

Quadro 2.4: Algumas teorias do envelhecimento na visão da Biogerontologia.

Teoria	Argumento principal
da substância vital	O DNA dos genes essenciais presentes nas células que não se dividem irá se perder com o tempo de vida, a perda destas substâncias explicaria as mudanças na velhice.
da mutação genética	A mutação genética poderia impulsionar a evolução e a seleção natural, podendo consequentemente explicar o envelhecimento e a longevidade.
da exaustão reprodutiva	É comprovada em espécies como o salmão, alguns moluscos, plantas e flores, que após o surto reprodutivo envelhecem.
neuroendócrina	Baseia-se no uso de hormônios para regular o envelhecimento tendo em vista que alguns hormônios atrasam e outros aceleram o envelhecimento.
do desgaste	Os animais envelhecem acumulando danos por excesso do uso.
do ritmo de vida	Se o ritmo de vida que seria limitado, for acelerado pelo seu detentor, este chega mais precocemente ao envelhecimento.
do acúmulo de resíduos	As toxinas e resíduos acumulados com o tempo prejudicam o funcionamento celular provocando falência das mesmas. O indício é a lipofusina um pigmento marrom que surge em células nervosas e cardíacas dos idosos, compostas de proteínas e gorduras, há indícios que esse pigmento interfira no funcionamento celular.
das ligações cruzadas	Existem nas células ligações cruzadas que aumentam visivelmente na bioquímica do idoso, as quais obstruiriam a passagem de nutrientes e resíduos, inviabilizando o funcionamento celular.
dos radicais livres	A liberação de moléculas de oxigênio formando radicais livres podem causar danos ao organismo por serem moléculas oxidantes.
do sistema imunológico	A diminuição ou produção incorreta de anticorpos, são características que justificam o envelhecimento.
dos erros e reparos	Erros na produção de proteína e do DNA afetam os mecanismos de reparo implicando no envelhecimento e morte.
da ordem à desordem	Baseada nos princípios da termodinâmica, a ordem seria resultante do direcionamento da maior parte de energia do organismo para atingir a maturação sexual e a idade adulta. A desordem, por sua vez, decorrência da deterioração e da eficiência máxima.

Diferente das teorias apresentadas anteriormente, julgamos interessante também apontar as teorias da retração e da atividade, presentes no trabalho, *Ginástica, Jogos e Esportes para idosos*, de Baur e Egeler (1983). Estas teorias possuem visões dicotômicas do envelhecimento, através das quais o idoso pode se enquadrar em ser *ativo* ou *sedentário*. Em nossa concepção analítica, as ambas teorias são comprovadas e se revezam em todas as épocas, de modo inversamente proporcional entre a população idosa mundial.

Tudo isso que foi apresentado nos faz refletir sobre a complexidade e a especifi-

cidade componentes do envelhecimento, apontando a necessidade de um estudo mais profundo para consecução de conclusões mais amplas e ações eficientes em prol de uma longevidade saudável.

2.1.1 O velho no tempo e na sociedade

A Pré-história foi marcada pela luta acirrada pela sobrevivência. Poderíamos, então, em decorrência, pensar que seria natural o indivíduo, nessa época, desenvolver um organismo mais resistente às agressões do meio. Todavia, como desconhecia métodos de prevenção e tratamento de doenças, estava entregue à própria sorte, não havendo, dessa forma, possibilidade de atingir vida longa. Podemos pressupor que o processo de envelhecimento era acelerado, em vista das constantes adversidades vividas naquela época. Nas formações sociais primitivas das tribos, pelas informações que temos até hoje, a figura do pajé ou do grande chefe é a de pessoas que sobreviveram, com maior tempo de vida (idade), com status de liderança do grupo, por seus feitos, atitudes valentes e corajosas que lhes deram destaque, primeiro como guerreiro jovem e, depois, pela sabedoria adquirida.

Aproveitamos o ensejo para traçar a linha tênue do dualismo que se vê no envelhecimento: de um lado, a perda de vigor físico e, do outro, a sabedoria acumulada com a experiência dos anos.

Historicamente, nas diferentes sociedades, o ancião teve vários significados sociais, envolvendo tanto privilégios, quanto humilhações. Na China, de acordo com Beauvoir (1970), o ancião é reconhecido como filho predileto dos Céus, por viver tanto. Os aniversários de 40, 50, 60, 70, 80 anos são festejados com pompa. Segundo a mesma autora, na antiguidade grega, por exemplo, evidencia-se, em Esparta, terra de povo eminentemente guerreiro, a Gerúsia, organização composta de gerontes com atribuição judicial. Em Atenas, havia o Conselho Público, do qual participavam somente homens

com mais de 50 anos de idade. Observa-se nestes dois casos a imponência da experiência de vida como parâmetro de reconhecimento social.

No mesmo sentido, a obra escrita por Cícero *De Senectute*, pode ser resumida pelas duas orações seguintes:

1. Os maiores estados foram agitados pelos jovens, mas foram mantidos e engrandecidos pelos velhos;
2. Não é pela energia física, ou pela agilidade e rapidez de braços e pernas que se levam a bom termo grandes coisas, é através da reflexão, do pensamento e do juízo, qualidades que o homem não perde na velhice, ao contrário costuma aumentar.

Como podemos concluir, Cícero concerne ao idoso a síntese do poder assegurado pelo vigor físico de antigo guerreiro e o poder da sabedoria, fruto do seu amadurecimento perante o tempo. Todavia, em oposição ao pensamento de Cícero, os mesmos gregos tinham o dizer popular de que *é preferível morrer a envelhecer*. Dentre os filósofos, Platão abordava o envelhecimento como apogeu e Aristóteles como decadência.

Na Idade Média e Renascimento, há registros da perseguição aos velhos; sob o pretexto do silogismo: por serem considerados feios, logo eram maus. As bruxas eram velhas, narigudas, com verruga na ponta do nariz, ou seja, as distorções corporais e religiosas do teocentrismo e os tabus, foram crescendo e sedimentando-se de tal forma, que o velho tornou-se, na época, um alvo fácil de repugnância, pelo esteriótipo de feiúra que representava.

Na Idade Moderna, também houve registros de perseguição aos velhos, sobretudo, aos pobres. Para escapar da situação da velhice, os ricos gastavam fortunas com o mito da fonte da juventude, que povoava a fantasia. Eles depositavam a esperança nas fórmulas químicas e na ciência. Entretanto, apenas o poder econômico, era capaz de elevar a imagem social do velho como rico.

Na Idade Contemporânea, encontramos uma diversidade de mitos em relação aos idosos, que ainda os excluem social, política, religiosa, cultural e economicamente. Percebe-se também, por outro lado, um cenário mais propício para a inclusão dos idosos, visto o salto significativo de investigações científicas em torno do envelhecimento, motivadas pelo crescente número dessa parcela da população que, cada vez mais, se impõem como indivíduos que precisam ser tratados como cidadãos que são. De modo geral, os diferentes enfoques contemporâneos sobre velhice, apontam para a concepção de que envelhecer deve ser visto de forma individualizada, como um processo resultante de toda uma vida particular (Costa, 1998).

2.1.2 Designações para o velho

Apesar destes registros significativos, é difícil ainda hoje para o ser humano se reconhecer velho. A dinâmica cultural se encarrega de encontrar saídas paliativas e cria rótulos, privilegiando, desta forma, uma terminologia mais simpática em detrimento de outra. É notória uma dinâmica na utilização de palavras/termos para designar pessoas envelhecidas: o clássico ancião, o velho, o idoso, o geronte, o senescente, o senil, a pessoa de idade avançada. Há ainda o velhinho, o velhote, o velhusco, o vetusto, o velhustro, o longevo (grande velho), o velhote, o ultrapassado, o antiquado, o antigo, todos estes com conotações aproximadas.

O termo *ancião* é um adjetivo de origem francesa *ancien*, o qual era clássico para designar o homem velho e respeitável, o velho, o idoso, o presbítero. Inclusive comemorávamos no Brasil o dia do ancião, há tempos atrás. Hoje este termo parece obsoleto e é pouco ou raramente usado na linguagem corrente. Já a palavra *velho* é usada para fazer referência ao muito idoso, de época remota, antigo, gasto pelo uso, usadíssimo, antiquado, desusado. É usado afetivamente por casais para se referirem um ao outro.

Velhice, por sua vez, designa o estado ou condição de velho, de idade avançada, velhinho, velhote. Este último, *velhote*, é dito para o indivíduo velho mas bem disposto. Há outras palavras similares como *vetusto*, *velhusco*, *velhustro*, embora tais termos sejam, por muitos, considerados como pejorativos, pois quando nos referimos a alguém chamando-o de velhote é por puro menosprezo, no caso por exemplo, de ele ter apresentado falhas ou rendido menos do que se esperava. A esse respeito, o renomado gerontólogo brasileiro, Marcelo Antonio Salgado, em todas suas conferências, enfatiza que o termo correto e adequado não é outro senão o termo *velho*.

Em contrapartida, usamos o termo *idoso* para nos dirigir a quem tem bastante idade. Esse termo, é de uso corrente na atualidade, com conotação respeitosa. Alguns idosos, no entanto, quando são assim denominados, não aprovam este chamamento, como já pudemos testemunhar. O largo uso desse termo deve-se, muito provavelmente, ao aumento desta faixa da população.

Geronte, é um termo equivalente ao *idoso*, mas é uma terminologia mais técnica, usada correntemente por profissionais e em textos científicos. Acreditamos que este seja o mais adequado para designar pessoas em fase de envelhecimento, por isso mesmo utilizamos nas construções do programa de educação para o envelhecimento Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta (PIFPS-U3IA): Gerontocoreografia, Gerontoatletismo, Gerontovoleibol, Peteca Gerontológica.

O termo *senescente*, por sua vez, de origem latina, é usado para designar quem está envelhecendo, também é um termo usado de modo técnico. Capisiano (1973) utiliza o termo *senescência* para o processo de envelhecimento normal. Lapenta (1996) conceitua a senescência como velhice saudável resultante do processo ou estado pessoal, concordante com Costa (1998) e Nobre Melo (1981).

Senil é um termo que designa algo próprio da velhice, ou relativo a muito velho, decrepito, fraqueza intelectual resultante da velhice. Para alguns autores (Costa, 1998;

Nobre Melo, 1981; Salgado, 1982), *senil* caracteriza o envelhecimento doentio. Lapenta (1996) refere-se à *senilidade* como estado doentio e acidental, de grande desgaste, disfunção do organismo e psiquismo, degenerativo.

Encontramos discordância entre os autores sobre o sentido de *senescência* e *senilidade*. Solomon (1975) emprega *senilidade* para o envelhecimento considerado normal. Alonso-Fernandez (1972) afirma não haver diferença entre *velhice*, *idade senil*, *senectude* e *ancianidade*, igualando todos ao envelhecimento fisiológico normal. Por sua vez, Jaspers (1973) usa os termos *senectude* e *senilidade* para a velhice anormal, com manifestações psicopatológicas.

Para Bodachne (1998) ainda não foi encontrado um consenso para o sentido de velhice, pois depende dos diferentes enfoques, celular, orgânico ou cronológico. Esses aspectos tornam o fenômeno complexo e impossível de uma e só abrangente explicação. Também, na opinião de Veras (1994), a *velhice* tem significação imprecisa, pois segundo ele, sua realidade é difícil de perceber. Afinal, questiona o autor, quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Veras não acredita que seja possível estabelecer conceitos universalmente aceitos.

O termo *terceira idade* foi usado pela primeira vez num artigo de autoria do francês, Huet, para a revista *Informations Sociales*. A partir desta data, disseminando-se, por todo o mundo, popularizando-se em nosso contexto social (Oliveira, 1999). Apesar de Costa (1998) afirmar que *terceira idade* não é uma terminologia apropriada para o contexto científico, sendo, portanto, apenas de domínio popular, observamos que ela transita vastamente em diferentes estudos gerontológicos, como pesquisas de um modo geral, monografias de conclusão de cursos de graduação e de especialização, dissertações de mestrado, teses de doutorado, livros, artigos, reportagens, com os quais nos deparamos freqüentemente. Após enorme revisão de literatura, optamos por não aderir o termo *terceira idade* em nosso exercício profissional, no seu sentido original,

por também entendermos, que os autores não têm como descrevê-la, classificá-la, até porque foi inicialmente usada exclusivamente para se referir a aposentados de um país de primeiro mundo, e a faixa etária designativa não corresponde à nossa.

Em suma, este vasto número de termos empregados para designar o ser que envelhece, pode representar uma tentativa persistente de negar o fato real de que envelhecer faz parte do nosso ciclo vital, do qual ninguém pode fugir.

2.1.3 Algumas classificações do envelhecimento humano

As classificações do envelhecimento evidenciam o esforço dos estudiosos no sentido de indicar pontos comuns presentes em determinadas faixas etárias.

Vejamos primeiramente a classificação elaborada por Reuter e Hunecke (1991), a qual cobre o decorrer de toda a vida:

- Infância e adolescência - 0 aos 15 anos
- Idade adulta jovem ou juvenil - 15 aos 30 anos
- Idade madura - 31 aos 45 anos
- Idade mudança ou média - 46 aos 60 anos
- Faixa do homem mais velho - 61 aos 75 anos
- Faixa do homem velho - 76 aos 90 anos
- Faixa do homem muito velho - mais de 90 anos

Assim como as demais, esta classificação inclui o envelhecimento como parte do ciclo vital, o qual vai se desdobrando a cada faixa etária atingida com o passar do tempo. Somos menos ou mais velhos, dependendo de quem nos classifica. O cronológico é o indicador mais preciso.

Para efeitos didáticos, algumas classificações de envelhecimento estão listadas no Quadro 2.5. Observamos classificações concentradas segundo o parâmetro cronológico, o qual nem sempre cobre com exatidão a heterogeneidade do fenômeno individual. A este respeito, Solomon (1975) argumenta que não há embasamento nenhum para o marco do início da velhice.

Quadro 2.5: Classificações do envelhecimento.

Autor	Data	Faixa Etária	Classificação
OMS	1963	45 a 59 anos	Meia idade
		60 a 74 anos	Idade avançada
		75 a 90 anos	Velho
Nicola	1986	45 a 60 anos	Idade meio
		60 a 70 anos	Senescência gradual
		70 anos	velhice
		90 anos	Longevo
Leite	1996	55 a 65 anos	Grupo jovem idoso
		65 a 75 anos	Grupo idoso
		Mais de 75 anos	Grupo velho idoso
Alonso-Fernandez	1972	50 a 65 anos	Maturidade tardia
		65 a 80 anos	Senectude
		Acima de 80 anos	Grande idade

A Organização Mundial de Saúde, em alguns documentos divulgados mais recentemente, se apresenta mais flexível sobre a cronologia do envelhecimento, mas o documento mais conhecido e citado é o de 1963. Interessa-nos, sobretudo, em razão do conceito de *meia idade*, que é similar à terminologia *idade meio*, incluída por Nicola (1986), e que abrange uma faixa etária de sujeitos, em nossa pesquisa, que não se enquadram no termo idosos.

Do ponto de vista do desenvolvimento sócio-econômico, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), há uma outra classificação: nos países desenvolvidos, o indivíduo é considerado idoso aos 65 anos e, nos países em desenvolvimento, aos 60 anos (Neri, 2002). Esta mesma organização, a ONU, em 1982, durante por ocasião do Ano Internacional do Idoso, estabeleceu como população idosa as pessoas a partir dos 60 anos de idade.

A classificação apresentada por Leite (1996), por exemplo, propõe a seguinte: *jovem idoso* (young old), *idoso* (old), e *velho idoso* (old old); na tentativa de melhor

diferenciar as faixas etárias e, assim, facilitar a indicação de atividades para a profilaxia motora. São sugestões do autor: para o primeiro grupo, indica-se a atividade física de maior efeito preventivo. O segundo grupo deve continuar a atividade física para manutenção de fatores saudáveis, perdidos com o sedentarismo. Enquanto o terceiro grupo necessita de um programa especial, pois os componentes deste grupo são frágeis.

Alonso-Fernandez (1972) usou o termo *maturidade tardia* com o sentido de idade madura. Mas, como afirma Fonseca (1998), o real contexto da maturidade está na capacidade de viver cada momento da vida com alta qualidade de consciência, maturação, ou melhor, processo da evolução. Costa (1998) também considera que não há sincronicidade no processo de envelhecimento, pois cada parte do organismo envelhece num dado tempo. San Martin e Pastor (1990) concordam com Fonseca ao defenderem que as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem a etapas do processo do envelhecimento natural, pois o envelhecimento é pessoal.

Nossa experiência comprova que, embora o cronológico seja necessário como marco referencial, o que se tem na prática é que o comportamento, a atitude da maioria das pessoas não corresponde a essas classificações.

Além das classificações de envelhecimento, até aqui relacionadas, há outras mais específicas, que envolvem a idade adulta no sentido de especificar as diferentes fases que englobam essa faixa etária, conforme podemos visualizar nos Quadros 2.6 e 2.7, respectivamente.

Podemos perceber, nos Quadros 2.6 e 2.7, que a cronologia se mantém como um dado relevante na classificação das idades adultas.

No Quadro 2.7 ressaltamos o cuidado de Meinel (1984) em respeitar a heterogeneidade própria do avançar do tempo para cada indivíduo - dependente de suas variáveis biopsicossociais em contato com o meio a que está exposto - deixando progressivas larguras nas margens etárias entre as II, III e IV idades adultas.

Quadro 2.6: Modelos de estágios da vida adulta de Levinson (1978).

Faixa etária	Situação
17 a 22 anos	Transição do estado de adolescência para adulto; exploram-se possibilidades da vida adulta
22 a 28 anos	Entrada no mundo adulto; cria-se estrutura de vida; exploram-se opções da adolescência
28 a 33 anos	Novca transição; trabalha-se a estruturação da vida; avaliam-se escolhas e corrigem-se rumos
33 a 40 anos	Estatbilidade; o indivíduo trabalha e produz
40 a 45 anos	Transição para a meia idade; a estrutura de vida é revista
45 a 50 anos	Redefinição de papéis familiares e profissionais; estabelece-se nova estrutura de vida

Quadro 2.7: Classificações da idade adulta.

Autor	Data	Faixa Etária	Classificação
Meinel	1984	18 - 20 a 30 anos	I idade adulta
		30 a 45-50 anos	II idade adulta
		45-50 a 60-70 anos	III idade adulta
		60-70 anos em diante	IV idade3 adulta
Mosquera	1985	20 a 40 anos	Adultez jovem
		40 a 65 anos	Adultez média
		Mais de 65 anos	Adultez velha
Kaplan e Sadock	1999	Fim da adolescência aos 40 anos	Idade adulta inicial ou jovem
		45 a 65 anos	Idade adulta média ou intermediária
		Acima de 65 anos	Idade adulta tardia ou velhice

Vistas as classificações cronológicas, passemos a outros critérios. Comfort (1979), por exemplo, apresenta a classificação *idade sociogênica*, centrada nos papéis desempenhados pelo indivíduo. Na mesma linha, Moreno (1994) apresenta a *idade cultural*, a qual pode ser medida pelo teste dos papéis representados e assumidos, relacionados às idades cronológicas.

Autores como Salgado (1982) e Rauchbach (1990) classificam o envelhecimento pelos prismas *biológico*, *psicológico*, *funcional* e *social*, como explicitaremos a seguir.

O envelhecimento *biológico* e o *funcional*, são verificados por alterações nas funções do organismo humano, por exemplo, no código genético e nas reações orgânicas frente ao meio ambiente. Estas alterações ocorrem devido ao próprio processo da senescência explicado pelo tempo de vida.

No envelhecimento *psicológico* as características marcantes são as perdas sofridas ou as situações vislumbradas mas que não serão mais atingidas (fracasso). Por ser tão subjetivo, cada indivíduo pode ou não atingir este estágio, tanto é que podemos ver

pessoas de muita idade demonstrando espírito jovem e vice-versa.

O envelhecimento *social*, por sua vez, pode ser observado através das relações sociais com a família, os amigos, na religião, no mercado de compra e venda, entre outros. É um processo de mudança de papéis e comportamento típico dos anos mais tardios da vida adulta e diz respeito à adequação nos papéis que o meio social normalmente espera das pessoas nesta faixa etária (Birren e Schroots, 1984).

A velhice, para Salgado (1982), é assim expressa:

é uma etapa da vida na qual, em decorrência da alta idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam a relação do indivíduo com o meio. A velhice expressa tempo de vida, mutações biológicas, psicológicas e sociais. Além de ser um processo físico, é um estado de ânimo, é um período vulnerável, faixa de idade onde há mais riscos de que nas outras, com exceção da infância (p. 26).

Encontramos em Rowe e Kahn (1998), Neri (2001a), Papaléo Netto (2002b) as definições de classificações mais recentes de envelhecimento *bem-sucedido*, *comum*, *saudável*, *normativo*, descritas a seguir:

- O envelhecimento *bem-sucedido* é entendido como aquele que tem baixo risco de doenças e incapacidades funcionais, relacionados a doenças, funcionamento mental e físico excelentes.
- O envelhecimento *comum* é aquele resultado dos efeitos adversos de dietas, sedentarismo e causas psicossociais, que ocorre com o passar dos anos.
- O envelhecimento *saudável* é visto como aquele em que não estariam presentes os efeitos adversos, ou se existentes, não seriam importantes, haja vista a ênfase do potencial dos benefícios obtidos com exercícios físicos, moderação na ingestão de bebidas e outros cuidados.
- O envelhecimento *normativo* refere-se ao que é normal e divide-se em *primário* e

secundário. O *envelhecimento primário* é de caráter universal, está presente em todos, sendo geneticamente determinado ou pré-programado. O *envelhecimento secundário* é resultante da interação entre o indivíduo e as influências externas, sendo variável entre indivíduos de diferentes meios.

Os biogerontologistas consideram o envelhecimento como um *continuum* da vida; começa na concepção e termina com a morte; o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início, sendo arbitrariamente determinado especificamente por fatores socioeconômicos e legais (Papaléo Netto, 2002a, p. 10).

2.1.4 Enfoques demográficos e a expectativa de vida

A expectativa de vida e o conceito de velhice foram mudando no decorrer da existência humana, conforme sua evolução e desenvolvimento. Segundo o registro de dados divulgados por autores como Beauvoir (1990), Lapenta (1996), Forette (1998), Oliveira (1999), Mazo, Lopes e Benedetti (2001):

- No Império Romano, 18 anos, em média, era a esperança de vida.
- Na Europa, século XVII, a expectativa passou para 25 anos;
- Ainda na Europa, no século XVIII, ampliou-se para 30 anos.
- No século XIX houve um aumento expressivo no número de idosos europeus; no resto do mundo, entretanto, isto ocorreu de forma mais lenta e progressiva.

Uma das razões desse aumento, provavelmente, está no movimento dos trabalhadores, que, lutando por uma jornada de trabalho de 8 horas e pela inserção das férias e aposentadoria, contribuiu com os aspectos inerentes à melhoria da qualidade de vida.

Houve também uma indiscutível evolução da cultura da recreação e do lazer, descrevendo o equilíbrio humano fundamentado na distribuição das 24 horas do dia em:

8 horas de sono, 8 de trabalho e mais 8 de diversão. Estes avanços foram fatores cruciais para explicar o aumento da expectativa de vida.

Do ponto de vista sanitário, o controle de epidemias, o domínio de conhecimentos sobre doenças, a produção de vacinas, a difusão de hábitos e estruturas higiênicas, a maior produção e distribuição de alimentos, são variáveis que têm também favorecido o prolongamento da vida.

Vários autores acreditaram que o século XX foi o tempo em que mais se registrou medidas protetoras da vida e postergadoras da morte. Os dados corroboram a observação:

- Em 1900 menos de 1% da população tinha 65 anos; hoje são 6,2%. No Brasil cerca de 7,1% dos habitantes chegará aos 65 anos de vida. A população mundial de 1990, era de 56 milhões, com aproximadamente 11 milhões maiores de 60 anos.
- A previsão da expectativa de vida em 1995, para países desenvolvidos era de 72,9 anos; para países de médio desenvolvimento, 66,8 anos e, para países de baixo desenvolvimento, 55,8 anos. Para o Brasil, a previsão era de 66,3 anos.
- O Japão, país de tradição milenar, e que sempre cultivou uma filosofia de vida plena, registra média de 80 anos para mulheres e 76 anos para os homens.
- A projeção da população mundial para 2015 é de 62 milhões maior de 60 anos, representando 25% do total.

São fatores determinantes do aumento do tempo médio de vida segundo Bodachne (1998):

- O controle da natalidade - planejamento familiar;
- Melhores condições sanitárias com o controle de epidemias e endemias;

- Uso de vacinação em larga escala;
- O uso adequado de antibióticos, diminuindo a mortalidade por doenças infecciosas;
- Melhorias sócio-econômicas;
- Medicina preventiva - melhor conhecimento e controle dos fatores de risco de diversas doenças;
- Melhoria da assistência médica preventiva, curativa e reabilitadora, avançando nos meios de diagnóstico e terapêutica;
- Maior abrangência dos meios de comunicação, facilitando assim o melhor esclarecimento da população;
- Êxodo rural que facilita o acesso aos recursos básicos para sobrevivência;
- Medicina do trabalho prevenindo acidentes;
- Educação em saúde.

Apesar de todas as adversidades de um país em desenvolvimento, também no Brasil o processo de envelhecimento populacional foi expressivo no século XX. A expectativa de vida prevista para os brasileiros, no final do século XX, foi de 71 anos para os homens e 75 anos para as mulheres.

Os censos brasileiros comprovam a afirmativa acima e mostram que houve, no decorrer das últimas décadas, um aumento significativo da população maior de 60 anos. Em 1950 foram registrados 2,2 milhões; em 1980, cresceu para 4,7 milhões; em 1992, passou para 10,7 milhões (homens 4.903.468 e mulheres 5.772.041); e este número mais que duplicou em 2000, 12,5 milhões. Podemos chegar ao ano de 2025 com 34 milhões de idosos, o equivalente a 15% da população brasileira, segundo estimativa do IBGE.

Sem dúvida alguma, estes números populacionais, são expressivos e, por isso, faz-se necessário a agilização de estratégias para o atendimento a que faz jus esta parcela da população, como cidadãos.

Merece destaque a diferença da expectativa de vida entre os gêneros. De acordo com os dados divulgados mais recentemente, a expectativa de vida do sexo feminino é de 3 a 4 anos mais que a do sexo masculino. Segundo a literatura, tal diferença pode ser explicada pelas estruturas física e emocional; e pelos papéis que desempenham na sociedade.

2.1.5 Características biopsicossociais do envelhecimento humano

A identificação das características biopsicossociais do envelhecimento, envolve aspectos relativos ao físico, sistema corporal, orgânico-funcional, mais a capacidade física; ao social, em que se inclui questões de status moral, econômico e civil, entre outras, e os psíquicos, provenientes das elaborações individuais e interpessoais.

Do ponto de vista anátomo-fisiológico, Lapenta (1996) aponta que podemos observar no corpo as características evidentes do envelhecimento. O organismo fica mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levar o indivíduo à morte (Carvalho Filho, 2002). O envelhecimento é explicado fundamentalmente pela redução da capacidade homeostática do organismo, que, com o decorrer da idade, não demonstra mais a mesma eficácia para garantir a manutenção da saúde ou defender o organismo das agressões do meio externo e/ou interno (Comfort, 1979).

Carvalho Filho (2002) e Bodachne (1998) apresentam algumas das características cruciais para se determinar o envelhecimento biológico:

- As alterações nas células são observadas em todo o organismo nesta fase.
- A massa celular cai de 19% para 12%, ocasionando redução do potássio total.

- As condições do envelhecimento estão relacionadas com alterações das proteínas que compõem o organismo como as enzimas, os hormônios, entre outros.
- O fenômeno torna-se mais complexo a partir das diferentes velocidades do envelhecimento celular, em diferentes partes do corpo ou aparelhos vitais.
- A água, que se situava entre 60 e 70% do organismo, cai para 52%.
- A gordura corporal (composto adiposo) tende a aumentar concentrando-se no tronco.
- Diminui o consumo de oxigênio.
- Diminui o peso e volume da maioria dos órgãos.
- O conteúdo de mineral ósseo apresenta redução (de 6% para 5%).
- A estatura óssea mantém-se até os 40 anos, após reduz cerca de 1cm por década.

Wagorn Theberge e Orban (1993) abordam o envelhecimento corporal, através das funções de aparelhos e sistemas, tais como o sistema nervoso, o cardiovascular, o ósseo-articular, o sistema muscular, o respiratório, o aparelho digestivo e o sistema tegumentar. Apresentamos a seguir uma resenha da referida abordagem.

No sistema nervoso, afirmam os autores, há diminuição do número de células, o que afeta a velocidade da passagem das mensagens, diminui o fluxo de sangue para o sistema nervoso e, com isto, o tempo de reação é mais lento, o equilíbrio e a coordenação são diminuídos, os movimentos são também mais lentos. Há, então, dificuldade de controle emocional, aumenta-se o tempo de compreensão de idéias, diminui-se o tempo de concentração, assim como o da memória de curto prazo.

No sistema visual, os olhos perdem líquido dentro do globo ocular, a pupila fica menor, há um engrossamento e enrijecimento da córnea, decresce o número de células

na retina, decresce o fluxo de sangue para o olho e, também, decresce o tamanho e a força dos músculos que controlam o movimento ocular. Todos estes fatores geram dificuldades de adaptação à luz ou ao escuro, a visão fica embaralhada, aumenta a dificuldade em focalizar objetos, o decréscimo da visão periférica, ou seja, no campo de visão, ocorre uma sensível perda do equilíbrio.

Na audição, o fluxo de sangue é diminuído nos ouvidos; há um estreitamento do canal auricular, o que resulta em dificuldade de ouvir, de localizar sons, de entender alguém falando rapidamente, de ouvir sons e vozes agudas e, às vezes, até de se equilibrar.

No sistema cardiovascular, o músculo cardíaco sofre diminuição no seu número de células, decréscimo na força e na elasticidade dos vasos e, ainda, redução do fluxo sanguíneo. Este último, também se reduz para os demais órgãos do corpo. As válvulas do coração tornam-se menos flexíveis, surgem depósitos de gordura e de cálcio nos vasos, aumentando a dificuldade de circulação sanguínea e tornando o organismo mais vulnerável às pequenas hemorragias internas. Os sinais estão na diminuição de batimentos cardíacos quando se está em repouso e no rápido aumento, durante o esforço físico; são perceptíveis também no aumento da pressão arterial e na respiração encurtada. Registra-se uma fadiga crônica; é provável haver perda de equilíbrio, mais possibilidade de sensação de tontura, de palidez ou rubor da pele; há risco da ocorrência de varizes, de entorpecimento e esfriamento de extremidades (mãos, pés), e aumento da sensibilidade ao frio.

Nos sistemas ósseo e articular, acontece a diminuição da quantidade de tecido ósseo, o decréscimo da densidade óssea, perda de cálcio, estreitamento das juntas, mudanças nos líquidos articulares, possíveis projeções ósseas nas articulações (osteófitos), enrijecimento dos ligamentos, desgaste, enfraquecimento e perda de elasticidade da cartilagem. Estas mudanças podem causar maior vulnerabilidade a fraturas, perda de

peso, diminuição de estabilidade postural, deformação do tecido ósseo na articulação, edemas e artalgias.

No sistema muscular ocorre perdas no número de células, que também diminuem de tamanho; há alteração no fluxo sanguíneo, na velocidade das contrações, na elasticidade das células e uma menor capacidade de receber as mensagens do cérebro. Pode-se, então, perceber os sinais de redução da força, da resistência, do tamanho e da consistência musculares; o decréscimo no controle e na rapidez dos movimentos; a perda do equilíbrio postural, o menor controle da bexiga, do intestino, as dificuldades de digestão e o aumento de lesões musculares.

No aparelho respiratório, diminuem-se a elasticidade, as trocas gasosas, a força dos músculos respiratórios, a flexibilidade do tórax (das costelas e do diafragma); observa-se maior vulnerabilidade dos pulmões à infecção. Como sinais, evidencia-se uma respiração ora mais curta, ora mais acelerada, às vezes, ofegante, e um aumento na fadiga.

No aparelho digestivo, os sinais começam pela possibilidade da perda dos dentes e do tecidos da gengiva, ressecamento da boca e redução dos sentidos do paladar e olfato. A quantidade de secreções no aparelho digestivo decresce e, com isto, a absorção é reduzida; com a redução do fluxo de sangue para as vísceras e o enfraquecimento dos músculos do reto, há riscos de hemorragia no estômago ou nos intestinos. As dores nos dentes são mais freqüentes, ocorre dificuldades para mastigar e engolir, bem como sensações de desconforto durante e depois das refeições; além de haver redução ou perda de apetite e um menor controle da evacuação, aumenta-se a incidência de úlceras, azia, gases, diarreia e constipação intestinal.

No sistema tegumentar ocorre um adelgaçamento da pele e uma tendência da mesma a ficar áspera e ressecada, com menor elasticidade. Ainda na pele, diminuem-se a pigmentação, o fluxo sanguíneo e a capacidade de renovação das células, reduzem-se também as glândulas sudoríparas. As conseqüência mais comuns decorrentes de todas

essas mudanças são as rugas e as manchas marrons, conhecidas como manchas senis.

Abordando o envelhecimento do ponto de vista social, Motta (1989), menciona como principais indicadores:

- A progressiva diminuição dos contatos sociais;
- O distanciamento social de gerações;
- A progressiva perda do poder de decisão;
- O progressivo esvaziamento dos papéis sociais;
- A gradativa perda da autonomia e independência;
- As alterações no processo de comunicação e a crescente importância do passado.

Estes indicadores decorrem, segundo a autora, de fatores como:

- O meio ambiente (composição demográfica, expectativas da sociedade, equipamentos sociais - necessidade de lazer, saúde, segurança, transporte, habitação);
- A degenerescência física (expressa entre outras perdas sensório-motoras, declínio da memória) e diferenciações anatômicas;
- As experiências de vida (lento e progressivo esvaziamento dos grupos sociais com os quais estava integrado no trabalho, religião ou vizinhança, por exemplo; transformação no grupo familiar os filhos crescem, namoram, casam, tem os netos; transformações nos grupos de companheiros, amigos da infância, da escola, evolução nos grupos de trabalho até chegar à aposentadoria);
- As vivências particulares (no ambiente social, com a renda mensal, as experiências na política da família, escola dos filhos, dentro da estrutura religiosa ou da conjuntura do país e do mundo, assim como sentimentos íntimos);

- Os resultados econômicos e sociais da experiência de vida e as ocorrências mais amplas (ocorrências de guerras e revoluções, grandes desastres ambientais com o secas ou enchentes, prolongado período de isolamento pessoal devido uma grande dor).

Do ponto de vista psíquico, o envelhecimento é um processo extraordinariamente complexo, muito influenciado por fatores individuais (Costa, 1998). Dentre as alterações psicológicas normais do envelhecimento Costa (1998) destaca:

- Dificuldade de aceitar-se como alguém que está envelhecendo.
- Acentuação das características da personalidade.
- Dificuldade de aceitar situações novas.
- Tendência à introspecção.
- Aumento da ansiedade e medo que podem tornar-se patológicos.

Moragas (1997), estudioso da Gerontologia Social, apresenta uma classificação dos tipos psicológicos de idosos: maduro estável, passivo, defensivo, colérico, auto-agressivo. Sendo:

- Tipos estáveis - integrados ao meio social, encaram a velhice com tranquilidade, desfrutam daquilo que a vida proporciona, procurando adaptar-se;
- Tipos defensivos - fechados, conservadores, convencionais, detestam as novidades, são ativos, rígidos, disciplinados, individualistas, pessimistas quanto à velhice, não suportam a inatividade e, se pararem, morrem;
- Tipos passivos - os que ficam refugiados em casa; desengajados, gostam de ser servidos, não gostam de tomar decisão;

- Tipos coléricos - os infelizes, sentem-se fracassados, culpam o mundo e as pessoas; para eles, o passado é amargo e pesado, são negativos quanto à velhice;
- Tipos auto-agressivos - os desajustados, odeiam a si mesmo; são deprimidos e isolados.

Ressaltamos que estes tipos não são exclusivos entre os idosos, também podem ser percebidos entre pessoas de outras idades.

Ainda do ponto de vista psicológico, Davidoff (1983), classifica os padrões adaptáveis ao envelhecimento, entre os dos adultos, com diversos tipos de personalidade, em 3 tipos:

1. Os reorganizáveis - substituem as velhas atividades por novas.
2. Os focalizados - especializam-se, concentrando energias em um ou mais papéis e atividades.
3. Os desengajáveis - deliberadamente, abandonam os compromissos sociais, embora mantenham interesse pelo mundo e por si próprios.

Referindo-se aos aspectos característicos de envelhecimento, Néri (2001) afirma que os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação para enfrentar perdas de funcionalidade, quer seja lançando mão de recursos tecnológicos e apoios sociais e psicológicos, quer valendo-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas.

Como orientação psicológica para o envelhecimento normal, Destéfani (2000) sugere os seguintes comportamentos:

- Estar consciente das modificações para aceitá-las
- Ter um bom relacionamento consigo mesmo

- Ter auto estima positiva
- Pensar positivamente
- Viver no presente
- Valorizar o que se tem
- Evitar isolamento
- Ter tarefas a realizar
- Alimentação equilibrada
- Fazer exercício com acompanhamento
- Cultivar relações com amigos e familiares
- Evitar o estresse
- Ouvir música
- Conversar com amigo
- Dormir bem
- Reconhecer-se como pessoa, que possui valor próprio
- Cuidar da beleza
- Fugir de pensamentos tristes
- Pensar sempre.

Os conselhos acima são indicações importantes e úteis para uma vivência integral e integrada em qualquer tempo. São normas das quais todos deveríamos nos conscientizar e colocar em prática por toda a vida, não apenas na velhice.

2.1.6 Trajetórias sociais do envelhecimento no Brasil

Neste tópico relataremos os marcos históricos da Gerontologia Social do Brasil entre 1960 a 1997, a partir dos registros de Salgado (1994, 1998), Destéfani (2000) e Barbosa (2000).

O grande registro da década de 60 foi a criação do programa pioneiro de atendimento ao idoso, em 1963, por iniciativa do Serviço Social do Comércio de São Paulo (SESC-SP), que completa 40 anos em 2003.

No plano governamental, em 1971, ocorre a primeira medida relativa à renda vitalícia para carentes, maiores de 70 anos, e à formação de grupos de idosos, em Centros Sociais coordenados pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), vinculada às Secretarias de Ação Social. Em 1973, havia 279 asilos registrados pelo Brasil. Mesmo assim não eram previstas contribuições sistemáticas por parte dos governos Municipal, Estadual e Federal, para atendimento dos idosos. O número desta parcela da população era considerado insignificante para o Governo e a política social para o idoso, até 1976, era confundida com caridade. Neste ano, 1976, registra-se um marco, a realização de 3 seminários subvencionados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Neles, foram levantados dados diagnósticos e foram apresentadas as linhas básicas de uma política de atendimento ao idoso, com a intervenção ativa de Marcelo Salgado.

Na década de 80 houve pouco avanço, mas as discussões continuaram. As desigualdades sociais são notórias. Os dados demográficos divulgados, mais uma vez, demonstram o aumento da população idosa no país. As entidades mais conhecidas e atuantes são, então, a LBA, o Serviço Social do Comércio de São Paulo (SESC-SP), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), a Associação Cearense de Proteção ao Idoso (ACEPI). Já no final da década, ocorre a primeira mobilização nacional de idosos, com a qual asseguram a inclusão, na Constituição de 1988, de itens reivindicados, tais como a responsabilidade da família, do Estado e da sociedade pelos seus idosos. O as-

sistencialismo continuou aumentando, visto pelos governantes como uma saída clássica para lidar com as desigualdades sociais. Sob este ponto de vista a velhice continuou sendo concebida como sinônimo de pobreza material, depauperação física e mental.

É também nesta década, porém, que chega ao Brasil os modelos de universidades na 3ª Idade, com abordagens educacionais junto às populações idosas. Profissionais de diferentes áreas inferem a importância da atuação na Gerontologia Social, apesar da carência de formação que lhes possibilitem execuções fundamentadas. Desse modo, os trabalhos pioneiros surgem e muitas idéias vão sendo testadas, para dar base a ações profissionais que vão, progressivamente, se estruturando em torno de um corpo de conhecimentos fundamentais para possibilitar a formação de pessoal.

Na última década do século XX, foi assinada, pelo então Presidente da República Itamar Franco, a Lei 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Dois anos depois veio o Decreto 1948/96, que regulamentou a Lei 8842/94, assinado por Fernando H. Cardoso. Logo a seguir, em 1996, é divulgado em formato de seminários regionais o Plano de Ação Governamental - Política Nacional do Idoso (PAG-PNI). No período, observa-se um aumento no número de entidades desenvolvendo, com idosos e grupos de idosos, programas de todas as bandeiras, religiosa, educacional (alfabetização, atividade física, profilática), turística, artística, social (prefeituras nos centros sociais e de saúde). Também ocorre um maior número de iniciativas de formação profissional ligadas à área, através de cursos sequenciais e da introdução de disciplinas instrumentais nos currículos de graduação e de pós-graduação.

O censo de 2000 comprova, mais uma vez, que a população idosa continua aumentando, conforme registros do IBGE. As condições da aposentadoria continuam agravando a situação do idoso tanto do ponto de vista psicológico, como social e econômico.

A Lei 8842/94, promulgada pelo Presidente Itamar Franco - encontrada na íntegra em Barbosa (2000) - pode ser sinteticamente assim apresentada:

- Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI)
- Cria o Conselho Nacional do Idoso
- A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições de autonomia, integração e participação.
- Considera idosa a pessoa maior de 60 anos.
- A família, sociedade e Estado têm o dever de assegurar ao idoso seus direitos.
- Ministérios envolvidos - Saúde, Educação e Desporto, Previdência Social, Justiça, Cultura, Planejamento e Orçamento e do Trabalho.

O Decreto 1948/96, outorgado pelo Presidente Fernando Cardoso, também disponível na íntegra em Barbosa (2000), pode ser assim resumido:

- Regulamenta a Lei 8842/94
- Dispõe sobre implementação da Política Nacional do Idoso
- Infere sobre as competências dos Ministérios - Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação e do Desporto, Cultura, Justiça, Trabalho
- Deve coordenar as ações da PNI
- Deve promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso
- Deve estimular a criação de formas alternativas de atendimento não asilar
- Deve promover eventos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento.

Todas as iniciativas apontadas e os avanços legais conquistados só foram possíveis graças às articulações feitas por Marcelo Salgado, que é considerado o maior Gerontólogo do Brasil do século XX. Além de ser o responsável, Salgado é também participante ativo de todo o processo histórico desencadeado na Gerontologia Social do Brasil. Nestes mais de 30 anos, ele foi incansável, em seu trabalho, o que lhe rendeu reconhecimento nacional e renome internacional. Também detém autoria de várias publicações, responde pela organização da revista *A Terceira Idade SESC-SP* e até 2001, coordenou eventos consagrados no SESC de São Paulo. Seus trabalhos, além de apresentar fortes marcas sociológicas e artísticas, são fundamentados em ampla visão sobre a Educação Permanente.

2.2 Sobre Imagem Corporal e Catexe Corporal

A Imagem Corporal é um fenômeno multifacetado inerente ao ser humano. Por mais que quiséssemos, jamais poderíamos avaliá-la em todas as suas variáveis. A parte que nos propusemos a pesquisar, neste trabalho, diz respeito à Catexe Corporal.

Paul Schilder, que consolidou os fundamentos conceituais da Imagem Corporal, entre as três primeiras décadas do século XX, foi o precursor da avaliação da Catexe Corporal. A partir de observações sobre memórias, crenças, associações, atitudes e sentimentos de seus pacientes sobre o próprio corpo, deixou pistas aos investigadores para que avançassem na direção de maior objetividade na avaliação da Catexe Corporal usando como instrumento um questionário e uma escala acoplada.

A Terminologia Catexe tem suas raízes na Psicanálise, sendo apresentada originalmente por Freud para se referir ao sentido de *ocupar*, relativo à palavra alemã *Besetzung*, que foi traduzida para o inglês como *Cathexis*.

Secord e Jourard, unindo os resultados de Schilder sobre memórias, associações, crenças, atitudes e sentimentos em relação ao corpo, à energia psíquica investida ou

ocupada, da teoria Psicanalítica de Freud, elaboraram e testaram a *Body Cathexis scale*, que foi traduzida como escala da Catexe Corporal, em 1953 (Anexo 1). Este trabalho foi um marco importante para a realização de muitas outras investigações sobre a Catexe Corporal.

2.2.1 Traços históricos dos estudos sobre Imagem Corporal

A notificação destes traços históricos servirá para nos situar dentro do contexto da Imagem Corporal, não sendo motivo para associação com os resultados da pesquisa.

Dentro da trajetória histórica do estudo da Imagem Corporal, observa-se a participação constante de neurologistas, psicanalistas, fenomenologistas, psicólogos, geneticistas, médicos psicossomático, psicofarmacologistas (Ajuriaguerra, 1977; Fonseca, 1977; McCrea, Summerfield e Rosen, 1982; Penna, 1990). Neste texto, mostraremos algumas contribuições desses profissionais, de importância fundamental, para o avanço no estudo da Imagem Corporal e, também, para o andamento do trabalho que hoje apresentamos.

O cirurgião Pare, no século XVII, ao admitir a existência do membro fantasma relatado por pacientes que tiveram membros amputados, forneceu a primeira pista para que se compreendesse que corpo e sensação estão associados.

No final do século XIX e início do século XX, o corpo passou a ser objeto de investigações científicas por parte de neurologistas, preocupados com a patologia e a localização cerebral (Arnoldi, 1989). Antes desta data o que havia sobre estudos da Imagem Corporal eram discussões filosóficas.

Os neurologistas observaram, em pacientes, que lesões cerebrais, provocavam distorções na representação mental do corpo (McCrea, Summerfield e Rosen, 1982), a saber:

- Incapacidade de distinguir o lado esquerdo do direito do seu corpo;

- Negação da existência de várias partes do corpo;
- Incapacidade de reconhecer a paralisia de partes corporais;
- Falsa atribuição de partes corporais de si mesmo.

Observações como estas, que sustentam a associação entre imagem do corpo e aspectos neurológicos, foram decisivas para o desenvolvimento do estudo da Imagem Corporal.

O neurologista Pick apresentou a imagem mental do corpo formada por estímulos visuais, sensações de movimento (cinestesia) e tato. No artigo publicado, *Patologia da consciência do eu*, defendeu que as patologias dos sentimentos corporais estariam correlacionadas com perturbações do *eu*. Descreveu alguns casos clínicos que ilustravam esta idéia, chamando a atenção de neurologistas para as patologias dos sentimentos corporais. (Arnoldi, 1989; Fisher, 1990).

Head, também neurologista, foi o pesquisador que construiu uma teoria sobre a unificação e a integração das percepções corporais. Definiu o conceito de modelo postural do corpo, considerando-o um esquema plástico que muda de acordo com cada postura assumida (Arnoldi, 1989; Fisher, 1990). Dentre outras contribuições da Neurologia para o estudo da Imagem Corporal, nas primeiras décadas do século XX, temos, de acordo com Fisher (1990):

- Apontaram distorções das percepções corporais;
- Fizeram estudos dos fenômenos da imagem do corpo cientificamente aceitáveis como exemplo os de Pick e Head;
- Julgaram a noção de um centro corpo-imagem que registra percepções corporais e as integra;

- Propuseram relações lineares entre classes de percepções e distorções para partes específicas do cérebro;
- Mantiveram o lado psicológico em suas formulações, ou seja, experiências corporais poderiam associar-se à personalidade e psicodinâmica.

Paul Schilder é o autor que mais se destaca no contexto dos estudos da Imagem Corporal. Apresentou informações pioneiras da Imagem Corporal, trazendo à luz interpretações que integraram a Psicologia da Gestalt, Psicanálise, Medicina, Fenomenologia. Associou o estudo do cérebro ao da Fisiologia e da Psicologia. Muito provavelmente esta facilidade deve-se a sua formação plural de médico, psiquiatra e filósofo, reunindo assim condições ideais para integrar os fundamentos que dantes não pareciam compatíveis no mundo científico. Dentre as contribuições de Schilder temos:

- Incluiu a Psicologia ao estudo do corpo.
- Demonstrou que os mecanismos do sistema nervoso central são importantes para construção da Imagem Corporal.
- Escreveu sobre a aparência do corpo humano; considerou o valor da Imagem Corporal construído na área do comportamento normal.
- Admitiu a Imagem Corporal nas versões patológica e normal, pois antes de chegar ao estado doente houve o suposto estado de equilíbrio que pode ser reencontrado com o tratamento.

A motivação e o interesse crescentes no estudo da Imagem Corporal gerou a produção de muitos estudos sobre assunto, em diversas direções. A Imagem Corporal, passa a ser considerado um constructo significativo para compreensão, previsão e controle do comportamento humano. (Arnoldi, 1989).

2.2.2 Imagem Corporal: conceitos

O conceito de Imagem Corporal abrange aspectos sensoriais e perceptivos do indivíduo. Inclui mecanismos consciente e inconscientemente. As relações do sujeito consigo e com o mundo se refletem no dinamismo da Imagem Corporal. Ela é singular, individual, mas precisa do mundo e dos outros para se estruturar. De modo bastante sintético, relacionamos no Quadro 2.8 conceitos de diversos autores a respeito da Imagem Corporal.

Quadro 2.8: Conceito de Imagem Corporal.

Autor	Data	Conceito de Imagem Corporal
Gorman	1969	É o conceito de uma pessoa sobre seu corpo, o qual tem sido formado pelas interações de combinações perceptuais consistindo em todo presente e passado de experiências sensoriais e combinações de todas as experiências e memórias.
Wahba	1982	A Imagem Corporal mais definida é consciente e decorre de uma melhor apropriação do corpo, é indispensável ao processo de formação da identidade.
McCrea Summerfield e Rosen	1982	Refere-se ao corpo como uma experiência psicológica e foco de sentimentos, atitudes individuais em direção a si próprio, concerne às experiências individuais e subjetivas com seu corpo e a maneira pela qual estão organizadas.
Dolto	1984	É a síntese de vida de nossas experiências emocionais, é cada momento, memória inconsciente de tudo vivido, relacional e ao mesmo tempo é atual, vive em situação dinâmica.
Cash e Pruzinsky	1990	Uma experiência individual permeada por sentimentos, determinada também socialmente com experiências não fixas, influenciam o processo de informações que são acrescidas a cada momento, sendo multifacetadas.
Fallon in Cash e Pruzinsky	1990	É o modo com que as pessoas percebem e, igualmente, o modo que pensam do que vêem.
Bernstein citado por Cash e Pruzinsky	1990	É um fenômeno biopsicossocial que engloba a visão de nós mesmos.
Craig e Caterson citados por Anaruma	1995	Estendem o conceito a dois pontos: 1) superfície, comprimento e figura postural do corpo; 2) atitudes, emoções e reações dos indivíduos em relação a seu corpos.
Schilder	1999	É a representação mental do corpo do indivíduo. É o nosso corpo representado na nossa mente. É a figuração de nosso corpo em nossa mente.
Barros	2001	Somos nós mesmos relacionando-nos com o mundo e com as pessoas numa unidade corporal e, construindo, assim, uma nova imagem a cada momento. Simboliza nosso ser.
Tavares	2001	É uma experiência em primeira pessoa, uma experiência muito especial, no sentido em que o objeto corresponde a nosso <i>eu</i> , dentro de aspectos conscientes e inconscientes. A Imagem Corporal é totalmente vinculada à minha identidade e a minha experiência existencial.

Há vários pontos de encontro entre os conceitos de Imagem Corporal contidos nesse quadro, um aspecto que caracteriza cada abordagem é a ênfase quanto aos aspectos consciente e inconsciente. Segundo Kaplan e Sadock (1999) o consciente é a parte da mente na qual conteúdos do mundo externo, de dentro do corpo, ou da mente são traduzidos à percepção. O inconsciente, por sua vez, é a parte da mente na qual os conteúdos são mantidos fora da percepção.

Segundo Arnoldi (1989), o conceito da Imagem Corporal tem implicações teóricas e práticas; as primeiras nos dão elementos consistentes para compreender, prever e controlar o comportamento; as práticas, por sua vez, nos auxiliam a:

- Conhecer aspectos do comportamento normal da criança e do adolescente com vistas à educação;
- Detectar desvios do desenvolvimento, em tempo hábil, para tomar medidas preventivas terapêuticas;
- Fornecer elementos para distinguir indivíduos normais dos portadores de patologia psicológica;
- Auxiliar na elaboração de diagnósticos de diferentes patologias específicas;
- Auxiliar no campo da reabilitação de indivíduos portadores de doenças físicas que requerem o relacionamento do corpo com o meio ambiente.

2.2.3 Imagem corporal segundo Paul Schilder

O principal ponto de partida para os estudos da Imagem Corporal nos foi legado por Paul Schilder, que a abordou com enfoque tridimensional, considerando-a em suas dimensões fisiológica, libidinal e sociológica. Schilder vê o corpo e a personalidade como

unidade. Em seu conceito, a Imagem Corporal é a configuração de nosso corpo formado em nossa mente.

Na esfera da fisiologia, parece-nos relevante considerar os seguintes aspectos (Schilder, 1999):

- O corpo humano é um sistema complexo que forma uma unidade, sendo muitas vezes analisado como uma máquina. Nessa perspectiva, o aspecto energético é a tônica, devendo ser esclarecido que usamos energia mecânica nas contrações musculares, energia elétrica nos impulsos nervosos, energia química na digestão e energia calorífica como resultado de reações químicas (Tokay, 1967). Na esfera libidinal ainda aparecerá a energia psíquica ou da libido. O certo é que o corpo humano trabalha baseado na utilização de diferentes tipos de energia.
- As trocas energéticas que constróem a vida humana auxiliam na classificação dos graus de satisfação ou insatisfação com partes e funções corporais ou energias investidas nestas instâncias.
- Na composição do corpo humano, se, por um lado, podem ser vistos externamente a cabeça, o tronco, os membros e suas especificidades como cabelos, orelhas, nariz, olhos, rosto, boca, dentes, queixo, braços, mãos, pernas, pés, etc, por outro, o corpo engloba funções internas que são classificadas como óssea, muscular, respiratória, digestiva, circulatória e nervosa.

Salientamos que, em linhas gerais, estes componentes, tanto internos com externos, partes e funções corporais, serão alvo desta pesquisa para se verificar como é a distribuição do grau de satisfação ou insatisfação, isto é, o grau de energia psicológica investida pelos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, conforme já apresentamos inicialmente. Isto posto, voltaremos aos estudos de Schilder.

- Os estudos filogenéticos e ontogenéticos humanos explicam a evolução da espécie e o desenvolvimento do ciclo vital, fornecendo-nos informações para sabermos que o organismo humano aprimorou-se, obtendo funções cada vez mais especializadas. Estas funções em contato com o meio ambiente e espaço de tempo, amadurecem, chegando a sua melhor performance e, paulatinamente, passarão por processos degenerativos.
- A esfera fisiológica neste estudo, é evidenciada como a relação entre dados proprioceptivos, as percepções e as intenções motoras; destaca-se a importância da formação de imagens pelo cérebro, através do contato com o mundo.

Schilder integrou os conhecimentos fisiológicos e somáticos aos psicológicos, dando novo rumo às investigações. Consideramos relevante apontar as seguintes idéias sobre a esfera libidinal:

- A Psicologia da *Gestalt* influenciou Schilder nos estudos da Imagem Corporal, principalmente, no que diz respeito à percepção. O termo *Gestalt*, de origem alemã, significando *forma* ou *configuração e estrutura*, cujo fundamento principal baseia-se no fato de que a percepção formada a partir das experiências porque passamos desencadeiam nosso comportamento.
- Schilder apresentou o desenvolvimento psicosssexual baseado na Psicanálise (fase oral, fase anal, fase fálica, fase genital), procurando explicar a partir destes fundamentos, com se processa a constituição da Imagem Corporal. Dá importância aos orifícios como meios de comunicação do corpo com o mundo, meios pelos quais o mundo entra em nós. Vê o corpo e o mundo interligados, estando ambos em constante intercâmbio.
- Reconhece a importância das representações mentais e das percepções no psiquismo humano. Nossas ações, em relação à pessoas ou à objetos, são planejadas,

contando com a antecipação mental.

- Seu estudo apresenta o corpo como um álbum existencial, no qual ficam marcados, de alguma forma, todos os acontecimentos pertinentes à vida do ser humano que o possui. Partindo deste pressuposto, infere que qualquer perturbação na unidade eu-corpo gera problemas para o ajustamento com a realidade, com a autonomia, podendo assim, produzir incapacidade e distorções em relação ao mundo exterior.
- A ligação da Imagem Corporal com o que está fora do corpo é outra experiência vital, pois incorporamos partes externas a nós, tanto no concreto, como no abstrato. As roupas que escolhemos, os acessórios, as tatuagens, e mesmo a imitação de pessoas, de suas filosofias, de seus pontos de vista, comportamentos, ou crenças, por exemplo, podem ser incorporadas, o que ocorre de modo consciente ou inconsciente.
- A Imagem Corporal se constrói fundamentalmente a partir de nossas relações e percepções com tudo aquilo que nos é externo, modificando-se dinamicamente a partir de nossas subseqüentes vivências.

Na esfera sociológica da Imagem Corporal, Paul Schilder reafirma o corpo como referencial, considerando que as relações entre as pessoas têm como base a interação entre suas Imagens Corporais. A estruturação dessa Imagem é individual, mas se processa no contexto de relações entre corpos. Vejamos os enfoques de Schilder para a dimensão sociológica:

- Do ponto de vista espacial, a proximidade dos corpos aumenta a inter-relação de Imagens Corporais. Num abraço, por exemplo, podemos entrelaçar nossa Imagem Corporal com a do outro, assim como em qualquer outro tipo de contato, podemos nos ver nos outros ou nos identificarmos com algo do outro.

- Nos completamos com o outro; as ações morais, a dor, o sofrimento e a alegria são todos fenômenos sociais, pois dependem dos outros para acontecer.
- O processo de identificação pode ocorrer em relação às pessoas que mais admiramos, ou desejamos ocupar o seu lugar, ocorre no plano inconsciente. Paul Schilder acredita que podemos nos identificar com diversas pessoas ao mesmo tempo.
- Os códigos morais parecem estar intimamente ligados à necessidade de preservação da nossa Imagem Corporal. A agressão ao outro evidencia nossa vulnerabilidade e ameaça nossa integridade corporal. Os argumentos e regras morais foram elaborados para arbitrar a preservação social.
- Existe uma relação direta entre a beleza humana e a sexualidade. No entanto, a influência estética desaparece quando o desejo torna-se mais forte. A beleza pode figurar a promessa completa de satisfação, mas o desejo a ultrapassa.
- O rosto tem importância especial para a Imagem Corporal, por ser a parte mais expressiva do corpo e, assim, vista por todos.
- As emoções são sempre consideradas sociais, pois é com a presença, ou pela ausência dos outros, que elas são plenamente manifestadas, seja a raiva, a alegria, o medo, a saudade, ou qualquer outra. Ainda nas palavras de Schilder, toda emoção relativa a outra pessoa nos aproxima de sua Imagem Corporal.

Como se pode perceber no estudo do autor, as três dimensões estão integradas de tal forma que fica difícil saber onde acaba uma e começa a outra. Vale ressaltar que esse enfoque tridimensional é indispensável para as investigações científicas envolvendo a Imagem Corporal. Nessa matéria, Schilder é fonte fidedigna e assegura credibilidade ao pesquisador.

2.2.4 Linhas de investigação e avaliação da Imagem Corporal

O estudo da Imagem Corporal, originalmente, tratava de desvios e distorções. O avanço e as descobertas levaram os pesquisadores a uma ampliação no seu campo de pesquisa, considerando inclusive o aspecto preventivo. Passa-se, então, a se investigar o corpo saudável e as suas alterações, classificadas como doenças ou não, tornando o estudo rico e diversificado, como pode ser constatado a seguir.

Thompson, Penner e Altabe (1990), após analisar inúmeros resultados de trabalhos desenvolvidos sobre a Imagem Corporal, classificaram como linhas de investigação:

- Percepção e avaliação da própria aparência corporal;
- Precisão da percepção do tamanho corporal;
- Precisão da percepção das sensações corporais;
- Habilidade de julgar a posição e valores dos limites do corpo;
- Distorções nas sensações corporais e experimentos associados à Psicopatologia e danos cerebrais;
- Respostas para danos do corpo, perda de partes e cirurgia;
- Resposta para vários procedimentos projetados para camuflar o corpo de alguma maneira, melhorando-o;
- Atitudes e sentimentos pertinentes à identidade sexual do seu corpo.

Como se pode notar, estas oito direções indicadas pelos autores apontam para a grande abrangência e a complexidade de se investigar a Imagem Corporal.

Os mesmos autores também catalogam maneiras de estudar a Imagem Corporal através da avaliação de aspectos da aparência (Thompson, Penner e Altabe, 1990), são elas:

- Modelos de estimativa do corpo
- Procedimentos do ajustamento da imagem, figura/silhuetas
- Questionários de medidas (cognitivas, escalas multidimensional, medidas de estima e satisfação corporal, escalas de ansiedade, miscelânea).

As escalas são bem características de estudos psicológicos, elas podem mensurar sentimentos do modo mais objetivo possível. Esse instrumento de pesquisa torna as informações mais objetivas; as escalas de uso mais freqüentes são do tipo Likert de 3, 5 ou 7 pontos de escore ou pontuação. Segundo McCrea, Summerfield e Rosen (1982), para a avaliação da Imagem Corporal, por intermédio de medidas de estima e satisfação, estão disponíveis a *escala da Catexe Corporal*, a *escala revisada da Catexe Corporal* e a *escala de Insatisfação Corporal*. Essas escalas são instrumentos importantes na viabilização deste estudo.

2.2.5 Catexe ou Catexia

Utilizado por Freud, o termo original, *Besetzung*, de origem alemã, foi traduzido para o inglês e difundido por psicanalistas norte americanos como *Catheris* (Bettelheim, 1982; Brenner, 1987); em português é traduzido como *catexis*, *catexia* e *catexe*. (Stratton e Hayes, 1984; Fadiman e Frager; 1986, Brenner, 1987; Penna, 1989; Kaplan, Sadock, 1997 e 1999, Hall, Lindzey e Campbell, 2000). Catexia, como enunciado por Freud e citado por Bettelheim (1982), *reporta a uma energia psíquica fixada numa idéia, pessoa ou objeto*. Para Freud, segundo Reuchlin (1979), a energia psíquica poderia investir-se numa representação, num órgão ou num objeto, mas também poderia ser retirada deles a fim de ligar-se a outras representações, ou a outros objetos.

Tomaremos o conceito sobre Catexia, enunciado por Freud, como base para nosso estudo, uma vez que sintetiza os demais conceitos e retrata princípios da teoria psica-

nalítica relacionados com esta pesquisa. Podem ser catexadas as lembranças, os pensamentos e as fantasias do objeto, as quais, no entendimento de Brenner (1987), são chamadas de representações mentais ou psíquicas. O objeto catexado gratifica o indivíduo naquela fase e pode se transformar em outra fase, ou seja, atingir grande dinamismo.

Como se pode observar no Quadro 2.9, as definições de catexe convergem para o conceito de energia psíquica investida ou utilizada por uma pessoa.

Quadro 2.9: O que é catexe ou catexia?

Autor	Data	Conceito
Murray	1967	É o caráter daquilo que suscita uma necessidade, valência de um objeto-meta ou de um incitador.
Cabral e Nick	1979	Canal, determinado impulso na aceção de valor afetivo para um objeto, ação ou idéia. Energia psíquica (libido) que foi concentrada no objeto que pode ser pessoa, coisa ou grupo social ou causa.
Tolman	1979	Tipo de engate no processo de aprendizagem que representa as propriedades afetivas adquiridas pelo objeto.
Reuchlin	1979	Energia psíquica que se poderia investir numa representação, num órgão, num objeto, isto é, ligar-se a eles.
Pikunas	1979	Vinculação de afetos e impulsos para um objeto; Finalidade, direção da energia psíquica para uma determinada saída.
Bettelheim	1982	Significa simplesmente ocupar, ocupação; Conforme usado por Freud, o termo reporta a uma energia psíquica fixada numa idéia, pessoa ou objeto.
Fadiman e Frager	1986	É o processo pelo qual a energia libidinal disponível na psique. é vinculada ou investida na representação mental de uma pessoa; Dinamismo libidinal em certo tempo e espaço.
Brenner	1987	É a quantidade de energia psíquica que se dirige ou se liga à representação mental de uma pessoa.
Penna	1989	Dinamismo libidinal em certo tempo e espaço do corpo. A economia da energia de um indivíduo, como está distribuída e organizada.
Stratton e Hayes	1994	É um termo empregado na teoria psicanalítica, para referir-se ao investimento de muita energia, desejo ou significação em uma pessoa, objeto ou evento.
Zimmerman	2001	É a quantidade de energia psíquica que fica ligada a objetos externos.

A libido pode se repartir entre objetos exteriores chamando-se libido de objeto; pode também se dirigir à própria pessoa, o que se denomina de libido narcisista ou libido do ego. Conclui Brenner (1987) que quanto maior a catexia mais importante é o objeto, em termos psicológicos. O indivíduo interessa-se mais por si mesmo que pelos objetos (Reuchlin, 1979).

2.2.6 Avaliação da Catexe Corporal

Os estudos preliminares, contendo as primeiras observações sobre a *Imagem Corporal* e *Catexe*, conforme já apresentamos antes, foram feitas por Paul Schilder (Secord, Jourard, 1955). O primeiro é dado em 1935, quando o estudioso escreve uma monografia sobre a Imagem Corporal e a função de ajustamento. A seguir em 1938, surge o artigo *Psicoterapia*. Nestes trabalhos, ele descreveu alguns questionários semi-objetivos para explorar crenças, sentimentos e memórias de pacientes em relação a seu corpo. Naquela ocasião, Paul Schilder sugeriu a adição de uma escala que tornasse o questionário mais objetivo.

Em 1953, Secord e Jourard, acatando a sugestão de Paul Schilder, elaboraram a *escala da Catexe Corporal (BC)*, de 5 pontos, com 46 itens, e a publicaram no *Journal of Consulting Psychology* com o título *Appraisal of body cathexis; body cathexis and the self*. Esta *escala da Catexe Corporal (BC)*, avalia o grau de satisfação ou insatisfação de partes corporais e funções corporais. Eles construíram também a *escala de Auto Catexe (SC)*, para avaliar o grau de satisfação ou insatisfação relacionados ao *eu*, no sentido da identidade psíquica.

A escala de Catexe Corporal (BC) original foi composta de 46 itens (Anexo 1) com escala do tipo Likert de 5 pontos, assim dispostos: 1) Tenho um forte sentimento de desejo de mudança; 2) Não gosto, mas posso conviver; 3) Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra; 4) Estou satisfeito; 5) Considero-me muito satisfeito.

Os itens componentes da escala original da Catexe Corporal (BC) foram: *cabelos, compleição facial, apetite, mãos, largura dos ombros, braços, tórax/peito, olhos, distribuição de pelo no corpo, nariz, dedos, excreção, pulsos, respiração, cintura, disposição corporal, orelhas, costas, queixo, atividade física rotineira, tornozelos, pescoço, forma da cabeça, compleição corporal, perfil, altura, idade, digestão, quadril, textura da pele, lábios, pernas, dentes, testa, pés, dormir, voz, saúde, atividade sexual, joelhos, postura,*

face, peso, sexo, nuca, e tronco.

Secord e Jourard (1953) testaram tal escala em amostra de universitários, homens e mulheres com a seguinte hipótese: *os sentimentos sobre o corpo são proporcionais aos sentimentos sobre o eu*. O objetivo foi desenvolver um método de avaliação de sentimentos individuais em relação ao corpo. O resultado obtido indicou que os sentimentos sobre o corpo são proporcionais aos sentimentos sobre o *eu*.

Em continuidade às pesquisas, Secord e Jourard, em 1954, estudaram a relação entre o tamanho corporal e a Catexe Corporal. Participaram desta pesquisa 62 homens universitários, que completaram a escala da Catexe Corporal de 40 itens; foram também tomadas as medidas da largura dos ombros, altura, peso, circunferência do tórax em expansão e expiração, bíceps contraído e relaxado. Constataram que o tamanho grande é, aparentemente, um desejo qualitativo masculino.

Os componentes desta escala de 40 itens foram: *cabelos, compleição facial, apetite, mãos, largura dos ombros, braços, olhos, distribuição de pelos no corpo, nariz, excreção, cintura, disposição corporal, orelhas, costas, queixo, compleição corporal, perfil, altura, idade, digestão, quadril, pernas, dentes, pés, dormir, voz, saúde, atividade sexual, joelhos, postura, face, peso, sexo, resistência física, força muscular, esperteza, tolerância à dor, resistência à doença e órgãos sexuais.*

Secord e Jourard também pesquisaram sobre o ideal de beleza corporal feminina com uma escala da Catexe Corporal de 12 itens *peso, quadril, coxas, panturrilhas, tornozelos, pés, busto, cintura, largura dos ombros, extensão do nariz, comprimento do pescoço e altura*, em 1955, descobrindo que para esta amostra o tamanho pequeno representa o ideal de beleza feminina, exceto para o busto.

Com estes exemplos, mais adiante alguns pesquisadores fizeram outras modificações na escala de Catexe Corporal, conforme seu objeto de estudo. Vejamos:

- Mahoney e Finch (1976), propuseram uma escala com os 5 pontos mas com so-

mente 20 itens para os homens e 22 para as mulheres, por considerá-los suficientes para discutir o complexo corporal. Os itens escolhidos foram os seguintes: *cozas, panturrilhas, forma das pernas, joelhos, face, dentes, nariz, peso, olhos, quadril, tamanho dos pés, tronco, largura dos ombros, tamanho do pescoço, cabelos, voz, cor dos cabelos, cintura, altura, busto, comprimento das pernas e traço facial*. Pode-se constatar que esta escala é, basicamente, composta por partes corporais.

- Em 1985, Davis associou o somatotipo percebido à Catexe Corporal, e à atitude sobre o uso de roupas (a escolha de roupa) entre mulheres universitárias; propôs, então, uma modificação da escala da catexe corporal para os seguintes 24 itens: *compleição facial, ouvidos, perfil, distribuição de pelos, olhos, altura, tornozelos, cintura, braços, forma das pernas, aparência geral, face, quadril, largura dos ombros, boca, pescoço, dentes, nariz, queixo, textura dos cabelos, compleição corporal, cor dos cabelos, cozas e busto/peitos*.
- Ward e McKeown em 1988, utilizaram a escala da Catexe Corporal de Secord e Jourard com 32 itens de 5 pontos a saber: *cabelos, pescoço, parte inferior dos braços, pulsos, mãos, dedos das mãos, face, ombros, altura, saúde, tornozelos, dormir/sono, pés, dedos dos pés, costas, parte superior dos braços, peito, perfil, joelhos, nível de energia, magreza, compleição corporal, postura, gordura corporal, tronco, peso, barriga/estômago, nádegas, quadril, cozas e barriga*. Pesquisaram a relação entre a Catexe Corporal e mudanças morfológicas subseqüentes a 10 semanas de um programa de dança aeróbica para mulheres de idade universitária.
- O estudo de Ward, McKeown, Mayhew, Jackson, e Piper, em 1994, sobre confiança e multidimensionalidade da escala da Catexe Corporal associada ao exercício físico partiu da escala de Secord e Jourard, dela retirando 19 itens e acrescentando 9 outros. Testando, eles chegaram à proposta de 22 itens somente, refe-

rentes as seguintes partes corporais: *tronco, parte inferior das pernas, compleição corporal, nádegas, panturrilhas, quadril, coxas, peso, pescoço, ombros, joelhos, tornozelos, gordura corporal, cintura, pés, estômago/barriga, parte inferior dos braços, mãos, pulsos, dedos das mãos, dedos dos pés e costas.*

- Tucker, em 1981, ao estudar a estrutura interna e o grau de confiança da escala da Catexe Corporal, propôs 40 itens, a saber: *cabelos, compleição facial, apetite, mãos, distribuição de pelos, nariz, resistência física, excreção, força muscular, cintura, disposição corporal, costas, ouvidos, idade, queixo, compleição corporal, perfil, altura, sentido de perspicácia, tolerância à dor, largura dos ombros, braços, peito, olhos, coordenação, quadril, resistência à doença, pernas, dentes, aparência global, tônus muscular, sono/dormir, voz, saúde, habilidade física, joelhos, flexibilidade, face, peso e órgãos sexuais.*

Comparando a escala de Tucker (1981) com as escalas original e modificada de 40 itens, de Secord e Jourard (1953, 1954), observamos que, em relação à original, foram retirados os itens *pulso, dedos, respiração, atividade física rotineira, tornozelo, pescoço, forma da cabeça, textura da pele, lábios, nuca e tronco*; com relação a de 40 itens, a *digestão* foi trocada por *coordenação*; o *sexo* pela *aparência global*; a *postura*, pela *flexibilidade*; a *atividade sexual* pela *habilidade física*; e os *pés*, trocado pelo *tônus muscular*.

O relacionado acima nos mostra que a escala original da Catexe Corporal é flexível, podendo passar por modificações adequadas às necessidades específicas de uma dada pesquisa. No nosso caso, optamos pelo emprego da superposição das 3 escalas: a original de 46 itens (1953), a de 40, de Secord e Jourard (1954) e a modificada, de 40 itens, de Tucker (1981), perfazendo uma escala com 57 itens (Anexo 3). Fizemos esta opção por julgamos ser estas as que mais se prestariam ao objetivo deste trabalho.

2.2.7 Resultados das pesquisas realizadas com a escala da Catexe Corporal

Para identificar as pesquisas realizadas com a escala da Catexe Corporal recorremos ao Sistema de Bibliotecas da UNICAMP (SBU), na base de dados MEDLINE-Sport Discus, que nos forneceu a indicação de 62 resultados de investigações sobre o fenômeno, no período de 1953 a 2001. Apresentado no Quadro 2.10. Os resultados obtidos pelos vários pesquisadores enfocam este assunto em quase 50 anos.

Quadro 2.10: Pesquisas envolvendo Catexe Corporal (BC) e Auto Catexe (SC).

Pesquisadores	Data	Escalas	Sujeitos	Resultados
Secord e Jourard	1953	BC com 46 itens SC com 55 itens	Universitários 56 mulheres 70 homens	Corpo e <i>eutendem</i> ser catexados em graus iguais.
Secord e Jourard	1954	BC com 40 itens	Universitários 62 homens	Tamanhos corporais grandes são desejo qualitativo da masculinidade.
Secord e Jourard	1955	BC com 12 itens	Universitárias 60 mulheres	Tamanhos corporais menores são mais desejáveis pelo sexo feminino, exceto busto.
Jourard e Remy	1955	BC com 40 itens SC com 55 itens	Universitários 51 mulheres 48 homens	Há influência da BC e SC dos pais sobre os filhos.
Johnson	1956	BC e SC originais	52 Seminaristas 95 estudantes de enfermagem	Significante relação foi encontrada entre BC e SC validando Secord e Jourard. As pontuações mais baixas das mulheres, sugerem que a importância corporal feminina as torna mais críticas
Jourard e Remy	1957	BC com 40 itens	Universitários 51 mulheres 48 homens	Mais que os homens, as mulheres apresentam grande variabilidade nas respostas da BC. Mulheres têm mais alta diferenciação da Imagem Corporal que os homens.
Weinberg	1960	BC SC de Jourard e Secord	Universitários 108 homens 104 mulheres	BC e SC foram significativamente relacionadas.
White e Wash	1965	BC de Secord e Jourard	Universitários 42 homens 32 mulheres	Ambos os sexos, catexam seus corpos e autoconceitos iguais. Confirmam os resultados de Secord e Jourard.
Darden	1972	BC com 40 itens	Universitários Esportistas 145 homens	Encontrou significantes diferenças entre BC de praticantes de esportes coletivos e individuais.
Mahoney	1974	BC de Secord e Jourard	Universitários 129 mulheres	A satisfação com aspectos corporais está relacionada a auto-estima.
Mahoney e Finch	1976a	BC com 22 itens	Universitários 128 mulheres 98 homens	A percepção corporal em termos da satisfação corporal pode ser examinada através de pequeno número de dimensões.
Mahoney e Finch	1976b	BC com 21 e 23 itens	98 homens 129 mulheres	Há correlação entre BC e auto-estima
Roger	1977	BC original	Universitários 84 homens 104 mulheres	Não há forma padronizada para a escala BC.

Loftis e Clance	1978	BC com 40 itens	Universitários 5 homens 19 mulheres	Não se constataram diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo controle.
Dasch	1978	BC original	Universitários 9 homens 24 mulheres	Os fatores dança e o local influenciam positivamente na BC.
Clance, Mathews Jr e Joesting	1979	BC e SC de Johnson 1956	Universitários 24 homens 43 mulheres	Aumentou BC e SC (aceitação corporal e auto aceitação).
Joesting e Clance	1979	BC e SC de Secord e Jourard	Corredores não corredores 70 homens 55 mulheres	Correlação entre as escalas BC e SC confirma os resultados de Secord e Jourard.
Aitken, Clarke Brown e Kay	1980	BC	Estudante de Educação Física	Houve correlação positiva entre BC e mesomorfia e entre BC e ectomorfia.
Krotee	1980	BC	Universitários 330 homens	Encontrada significante diferença entre os participantes de programa de atividades físicas e os não participantes.
Tucker	1981	BC com 40 itens	Universitários 83 homens	A escala da BC é um instrumento estável e consistente.
Joesting	1981	BC	66 estudantes	Pessoas que participam regularmente de programa de atividade física têm melhor visão de seu corpo.
Tucker	1982a	BC com 40 itens	Universitários 111 homens	A experiência com peso aumenta a BC.
Tucker	1982b	BC com 40 itens	Universitários 88 homens	A compleição corporal é o maior fator considerado para atitudes corporais de homens.
Metcalfe	1982	BC	20 homens 21 mulheres	As variáveis do autoconceito, atitudes no trabalho e satisfação total da tarefa, cresceram como um resultado do programa de exercícios.
Tucker	1983a	BC com 40 itens	Universitários 315 homens	A escala BC tem condições de medir um complexo do eu.
Tucker	1983b	BC com 40 itens	Universitários 142 homens	Força muscular relativa é um significante preditor da personalidade de homens, particularmente de BC.
Tucker	1983c	BC	Universitários 113 homens	O treinamento com peso é positivamente associado ao autoconceito.
Lai	1984	BC de Secord e Jourard	216 mulheres de 17 a 64 anos	Diferentes níveis de performance da atividade física das mulheres tiveram significante efeito sobre a BC.
Furst e Tenenbaum	1984	BC	59 homens	Os sujeitos com altos níveis de satisfação/sucesso com sua atividade física tiveram baixos níveis de ansiedade e alta BC.
Tucker	1984	BC	Universitários 112 mulheres	A performance física é a função seletiva do traço psicológico.
Tucker	1985	BC com 40 itens	Universitárias	A escala BC fornece uma medida complexa do eu.
Davis	1985	BC com 24 itens	Universitárias 91 mulheres	O auto-somatotipo difere significativamente da BC de mulheres.
Balogun	1986a	BC com 40 itens	Universitárias 52 mulheres	A escala BC pode ser aplicada na prática da atividade física ou em situações clínicas. A escala BC possui uma medida multidimensional do ser.

Balogun	1986b	BC com 40 itens	Universitárias 50 mulheres	Autoconceito e BC podem ser significativamente preditores de força de grupos musculares de mulheres. Formas aeróbicas de exercício aumentam a força muscular e podem ser usados na melhoria da saúde mental de mulheres adultas com baixa auto-estima e com sentimentos negativos sobre parte do seu corpo.
Balogun	1987	BC com 40 itens	Universitárias 45 mulheres	Mulheres melhoram o modo de perceber suas várias partes e processos do corpo depois de terem objetivado informações sobre seus níveis de saúde corporal.
Tucker	1987	BC com 40 itens	Universitários 241 homens	O treinamento regular com peso influencia positivamente atitudes corporais de homens.
Ward e McKeown	1987	BC com 32 itens	Universitárias	Fraca associação entre BC e variáveis morfológicas.
Ward e McKeown	1988	BC com 32 itens	Universitárias 41 mulheres	Encontraram BC global alta para mulheres e fraca associação entre BC e peso.
Blackman, Hunter, Hillyer	1988	BC com 50 itens	Adolescentes 16 mulheres	Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo controle e o grupo experimental.
Seggar, McCammon e Cannon	1988	BC com 25 itens	Universitárias 323 mulheres	A atividade física foi significativamente relacionada a BC.
Lester e Wendell	1988	BC de Secord e Jourard	Universitários 32 homens 27 mulheres	Associação entre auto-estima e BC foram diferentes para homens e mulheres.
Hamilton e Chowdhary	1989	BC com 28 itens	Mulheres adultas 30 americanas 30 escocesas	Há semelhanças e diferenças entre a BC dos dois grupos. Mais que as escocesas, mulheres americanas apresentam entre si significantes diferenças na BC.
Markee, Carey e Pedersen	1990	BC de Davis BC com roupa	Trabalhadoras 25 a 45 anos Mulheres	Valores de BC com roupa foram maiores que BC sem roupa. Roupa não é meramente um corpo coberto, podem criar uma nova e melhor percepção corporal.
Shim e Kotsiopulos	1990a	BC com 17 e 18 itens	Adultos 269 homens 469 homens	Constatou-se BC entre neutra a moderadamente positiva.
Shim e Kotsiopulos	1990b	BC com 23 itens	Adultas 482 mulheres	BC foi fracamente correlacionada com a satisfação com a roupa
Brisson e Voaklander	1990	BC	353 mulheres 33 homens	BC, idade, frequência aos exercícios e o número de crianças em casa foram significativamente preditores do comportamento ativo
Salusso-Deonier e Schwarzkopf	1991	BC com 40 itens	Universitários 93 mulheres 32 homens	O exercício regular tem o potencial para aumentar a BC de homens e mulheres.
Ford Jr, Puckett, Reeve e Lafavi	1991	BC modificada	Universitários 113 homens	As atividades físicas selecionadas afetaram positivamente os escores da BC.
Melnick e Mookerjee	1991	BC com 10 itens	Universitários 33 homens 24 mulheres	O pessoal que fez treinamento com peso registrou, significativamente, maiores escores de BC e auto-estima.
Theodorakis, Doganis e Bagiatis	1991	BC com 40 itens	Adultas 152 mulheres	A satisfação corporal não varia com a idade.

Freishlag e Freishlag	1993	BC	Escaladores 102 homens e mulheres	Fatores psicológicos se mostraram mais positivos, auto atributos e habilidade de escalar aumentada.
Bosscher	1993	BC	24 homens mulheres pacientes psiquiátricos	Pacientes na terapia da corrida melhoraram significativamente a avaliação da depressão, auto-estima, queixa somática e BC.
Ward, McKeown, Mayhew, Jackson e Piper	1994	BC com 28 itens	Universitárias 403 mulheres	A avaliação da escala da BC global revisada é
Merrill	1994	BC	Universitárias 68 mulheres	Não foi encontrada diferença entre os resultados com e sem atividade física.
Stoughton	1994	BC	87 mulheres	O grupo experimental mostrou significante melhora na depressão, raiva, vigor, fadiga e BC.
Maxwell	1995	BC	Universitárias 152 mulheres	O grupo experimental teve maior pós-teste na BC e no bem-estar geral.
Brown, Wang, Ward, Ebbeling, Fortlage, Puleo, Benson e Rippe	1995	BC	69 mulheres 66 homens adultos	Mulheres reportaram maior satisfação com atributos físicos e os homens aumento efetivo.
Judisch-Berg	1995	BC	41 Mulheres	O grupo do sobrepeso não teve significante diferença na BC.
Clark	1996	BC	37 Mulheres	Correlações inversas entre BC, autopercepção física e força muscular.
Radtke	1997	BC de Secord e Jourard	Universitários 39 homens	Os homens estavam mais satisfeitos com sua Imagem Corporal.
Weier	1997	BC de Secord e Jourard	Universitárias 42 mulheres	Os sujeitos foram mais satisfeitos com quadril, peso, pernas, compleição corporal e perfil.
Marquez - Sterling, Perry Kaplan, Halberstein e Signorile	2000	BC	Mulheres sedentárias na primeira gravidez	Através do programa de exercícios e sua relação com variáveis físicas e fisiológicas foram observáveis melhora de alguns itens de bem-estar e BC.

BC = Body Cathexis ou Catexe Corporal

SC = Self Cathexis ou Auto Catexe

Secord e Jourard, foram pioneiros nessa linha de pesquisa, na qual deram continuidade e muita contribuição. O objetivo no seu trabalho original foi desenvolver um método de avaliação de sentimentos individuais em relação ao corpo e averiguar se as variáveis derivadas dessa avaliação de sentimentos são, ou não, significantes para teoria da personalidade. A escala para determinação do grau de catexe direcionado a vários aspectos do corpo foi aplicada em grupos de universitários compostos por ambos os sexos. Em paralelo foi aplicada a escala para aspectos do *eu*, um teste homônimo de ansiedade relacionada à Catexe Corporal; e o teste psicológico de segurança e insegurança de Maslow. Um dos mais significantes resultados foi a demonstração de que o corpo e o eu tendem a ser catexados nos mesmos graus de igualdade. Isso corroborou a

hipótese de que a estima do corpo e do eu tendem a ser proporcionais, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino. A escala foi considerada satisfatória. No conjunto verificou-se também correlação entre Catexe Corporal e insegurança.

Na pesquisa seqüente, Secord e Jourard se dedicaram a decifrar no, gênero masculino, a consideração do esteriótipo popular do homem ideal - ombros largos, músculos heróicos - na ficção e nos filmes. Usaram desta vez a escala da Catexe Corporal com 40 itens, já diferenciada da original, associando medidas do corpo, tais como largura dos ombros, circunferência do tórax, perímetro do bíceps relaxado e contraído. Os resultados apresentam correlações significantes, obtidas para todas as variáveis, exceto para o peso. Os resultados indicam que o tamanho grande está associado a fortes sentimentos positivos relacionados a respectiva parte corporal e, o menor tamanho, com sentimentos fracos e negativos. Tamanho grande é aparentemente um desejo qualitativo masculino.

Como não poderia deixar de ser, na investigação seguinte, o foco voltou-se para a figura feminina ideal. O instrumento de medida, a escala da Catexe Corporal, apresentou apenas 12 itens: *altura, peso, busto, cintura, quadril, costas, panturrilhas, tornozelos, pés, extensão do nariz, largura dos ombros e comprimento do pescoço*. Com o objetivo de relacionar a Catexe Corporal à figura feminina ideal, estas partes foram medidas e pediu-se às pesquisadas para estimarem o tamanho que desejavam para si em cada uma delas. Os autores concluíram que a figura feminina ideal é difícil de ser atingida completamente e que os tamanhos menores eram desejáveis para a amostra, exceto o do busto.

Como um quarto trabalho, ainda em 1955, Secord e Jourard elaboraram uma abordagem analítica de investigações disponíveis até então, na qual relacionaram a Catexe Corporal à personalidade. Consideramos como destaques deste trabalho as seguintes reflexões: a omissão dos psicólogos em relações aos sentimentos corporais; sentimentos corporais e consequências comportamentais; a associação entre distúrbios emocionais e

a própria aparência; a constatação de que a sensação de segurança é proporcional ao autoconceito; culturalmente, a aparência corporal é um meio de impressionar os outros; a aprovação ajuda na auto-estima; quando o corpo não corresponde ao padrão cultural internalizado, o indivíduo pode sentir insegurança; homens e mulheres têm um conceito de Imagem Corporal ideal que varia segundo seus valores; nesse sentido, medidas antropométricas são importantes determinantes da Catexe Corporal para ambos os sexos; medidas da Catexe Corporal são correlacionadas à Auto Catexe, à ansiedade, à preocupação corporal e à segurança; a variabilidade nas partes do corpo é maior entre as mulheres.

Os trabalhos foram se somando e o interesse que Secord e Jourard despertaram foi enorme. Dentre os pesquisadores que compõem o Quadro 2.10, Tucker parece ser o que mais se envolveu no estudo da Catexe Corporal, com nove pesquisas ao todo, representando 14,51% do total. Suas contribuições podem ser situadas claramente entre os dois aspectos:

- O estudo da estrutura interna, da dimensionalidade, do fator de satisfação e da confiabilidade da escala da Catexe Corporal
- A força muscular obtida no trabalho com peso e suas relações com a Catexe Corporal em homens e mulheres.

Na investigação que fez em 1981, Tucker conseguiu determinar 40 itens para a escala da Catexe Corporal que passou a usar e a disponibilizou para tantos outros estudos. Demonstrou que a escala da Catexe Corporal é um instrumento multidimensional, estável e consistente, com alto coeficiente de confiança.

Na grande maioria das investigações, contidas no Quadro 2.10, podemos constatar que a população mais freqüente na composição das amostras foi formada por universitários. Ao todo, foram 44 trabalhos, o que representa 70,96% do total de investigações.

Voltando aos resultados, ficou comprovado que há diferença significativa da Catexe Corporal entre os sexos masculino e feminino. O feminino é o que apresenta maior diferenciação, observa mais os detalhes e demonstra maior grau de exigência. Uma explicação pode ser a questão cultural.

Destacamos que o aumento da Catexe Corporal foi resultado unânime nos grupos pesquisados que estavam envolvidos com atividade física, detectando, assim, correlação positiva entre Catexe Corporal e atividade física. Quando uma aumenta a outra também o faz.

Outros resultados que merecem destaque são:

- Independente do nível inicial, a atividade física aumenta a Catexe Corporal, por isso, aconselha-se a indicar essa atividade, seguida de uma avaliação da Catexe, para pessoas com baixa Imagem Corporal.
- Do ponto de vista prático, a atividade física pode ser benéfica para pacientes com negativa Imagem Corporal, ajudando-os a melhorá-la.
- A escala pode ser usada por pesquisadores interessados em avaliar o efeito psicológico de exercícios de treinamento físico, dietas, ou drogas usadas em Imagem Corporal.
- As formas aeróbicas de exercício geram aumento de força muscular e podem ser usadas na melhoria da saúde mental de mulheres adultas, com baixa auto-estima e com sentimentos negativos sobre partes do corpo.
- A prática com o exercício físico pode contribuir para aumentar a Catexe Corporal de homens e mulheres, não importando o nível inicial da satisfação do corpo.
- O exercício regular tem potencial para aperfeiçoar a Catexe Corporal para ambos, homens e mulheres.

- O foco sobre a atratividade corporal para a competência física revela que o envolvimento dos sujeitos com o desenvolvimento da aptidão física rende um significativo aperfeiçoamento da Catexe Corporal para os dois gêneros, masculino e feminino.

Vários pesquisadores demonstraram que escala de Catexe Corporal, por ser comprovadamente confiável, consistente e multidimensional, pode ser usada para os mais diversos experimentos. Relataremos de forma resumida os resultados de investigações com adultos que mais se aproximam da faixa etária que pesquisaremos:

Lai, em 1984, realizou um estudo, comparando a composição corpórea, a Catexe Corporal e atitudes sobre a obesidade em mulheres com diferentes níveis da atividade física. A amostra constituiu-se de 216 mulheres, com idades variando de 17 a 64 anos. As pesquisadas foram agrupadas por faixa etária (idade universitária, além da idade universitária e meia idade); e por nível de atividade física (3 categorias: mais ativa, moderadamente ativa e relativamente ativa). Empregou a escala da Catexe Corporal, a tomada de dobras cutâneas, a escala de obesidade de Bray e o percentual de gordura derivado da fórmula de Siri. Obteve-se os seguintes resultados: os diferentes níveis de performance de atividade física das mulheres tiveram significantes efeitos sobre seus percentuais de gordura corporal e suas Catexes Corporais; os sujeitos com maior nível de exercício mostraram mais baixos percentuais de gordura corporal e atitudes mais positivas sobre seus corpos; a atitude sobre a obesidade entre mulheres jovens ou velhas, exercitando-se ou não, não foram significantemente diferentes. A atitude das mulheres obesas não foi afetada pela idade ou nível da atividade física.

Shim e Kotsiopulos, em 1990a, relacionaram a Catexe Corporal de homens e mulheres adultos, numa amostra de 269 homens e 469 mulheres com idade de 25 a 54 anos, usando a escala da Catexe Corporal de 18 itens, dos quais 17 são da escala adaptada de Mahoney e Finch (1976). Obtiveram como resultados que a Catexe Corporal de homens e mulheres situou-se entre neutra (3) e moderadamente positiva (4). As mulheres

tendem a sentir relativa insatisfação com a *coxa*, o *peso global*, o *quadril* e o *abdômen*. Os homens apresentaram pontuação mais baixa para a *cintura* e levemente mais alta para a *largura dos ombros*. No grupo feminino as mais baixas pontuações foram para o *abdômen* e as levemente mais altas, para a *cor dos cabelos*. Houve grandes diferenças entre homens e mulheres nos itens *coxas* e *abdômen*. A relação Catexe Corporal e idade foi baixa, indicando fracas relações entre as duas variáveis. Somente três partes corporais foram relacionadas com graus de insatisfação para idade, entre os homens, nos 18 itens da escala: *cabelo*, *altura geral* e *tamanho da perna*.

Entre as mulheres, nove itens corporais foram relacionados com graus de insatisfação para a idade, entre os 18 itens: *forma da perna*, *cor do cabelo*, *complexão facial*, *altura geral*, *tamanho dos pés*, *peito*, *abdômen*, *coxas* e *catexe total*.

Brown, Wang, Ward, Ebbling, Fortlage, Puleo, Benson e Rippe, em 1995, investigaram o efeito crônico do exercício físico e o exercício diferenciado com estratégias cognitivas. Foram sujeitos da pesquisa 69 mulheres, com idade média de 54,8 anos; 66 homens, com idade média de 50,6 anos e um grupo controle. A atividade física compreendia caminhada, relaxamento e tai chi chuam. Os resultados comprovaram melhora no humor e baixa aspectos relativos a depressão em mulheres, com o elemento relaxamento. As mulheres no grupo de caminhada notaram maior satisfação com seus atributos físicos e os homens do mesmo grupo reportaram aumento afetivo.

Judisch-Berg, em 1995, relacionou a Imagem Corporal à composição corporal em 41 mulheres com média de idade de 58,9 anos. Teve como objetivo determinar se mulheres com gordura corporal de 30,5 ou menos diferem na margem corporal das com gordura corporal acima dessa medida. Os instrumentos foram a escala da Catexe Corporal, a escala da silhueta e algumas medidas antropométricas. Não se encontrou significativa diferença para Catexe Corporal entre os grupos. As mulheres, no geral, não apresentaram baixa Catexe Corporal.

2.3 Dimensionando o contexto da pesquisa

No Brasil, como um todo, e no Amazonas, em especial, há dez anos atrás, não era nada comum aos olhos da sociedade que pessoas adultas, na meia idade e idosas participassem ativamente em programas de atividades físicas. Não se praticava esse tipo de atividade nos clubes, academias e centros sociais como vemos hoje. O desconhecimento do assunto por parte dos profissionais e a falta dessa cultura na população em fase de envelhecimento resultaram, a princípio, na falta de sustentação para iniciativas nesse sentido. Fato é que, para se chegar às condições de iniciar um programa de Educação Física para atender pessoas de meia idade e idosas, foi necessário um árduo trabalho de preparação em todos os sentidos: desde o levantamento teórico a aplicação em pesquisas.

O empenho se justificava, porque também nós, professores de Educação Física, vislumbramos a possibilidade de contribuir com a Gerontologia Social, estimulados pelo conhecimento de várias experiências realizadas em outros países e que nos possibilitou a construção de um modelo regional. O impacto positivo dessa iniciativa pode ser verificado entre os participantes e na própria mídia que, passando a divulgar o nosso programa, estimulou uma maior adesão desta parcela da população e ainda despertou a sociedade amazonense, como um todo, a voltar sua atenção para questões do idoso.

Vale destacar que a Literatura alemã, disponível na Educação Física, teve grande influência nos fundamentos de nosso trabalho. São exemplos, a classificação das faixas etárias (45 a 59 anos e maiores de 60 anos), a apresentação de atividades (ginástica, jogos, esportes, recreação e dança), os princípios da aplicação com segurança, as teorias do envelhecimento e abordagens principalmente psicológicas, sociais e biológicas.

É gratificante, hoje, assistir a organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, apresentarem postura mais flexível na cronologia do envelhecimento e indicarem a atividade física como elemento fundamental para prevenção e manutenção

humana nesta fase do ciclo vital. Segundos nossos estudos, esse parece ser a solução mais compatível com nossa realidade regional.

Semelhantemente aos resultados favoráveis do nosso programa, encontramos produção escrita sobre frutos de programas de educação Física, desenvolvidos em outras universidades, aplicados em fase de envelhecimento, com comprovada contribuição à população atendida, envolvendo todos os níveis biopsicossociais.

2.3.1 Programas de educação para adultos e idosos

O presidente dos Estados Unidos em 1727, Benjamim Franklin, tem seu nome registrado como o pioneiro a instituir e incentivar um programa de educação para adultos e Idosos (Liberato 1996). Sua intenção era favorecer esta faixa da população com a alfabetização, o que certamente ajudaria mais ainda o país que governava a crescer. A atitude do presidente Franklin teve o resultado esperado, confirmando o seu raciocínio. Assim, surgiram outros programas educacionais com o apoio da Igreja e do Estado. Observamos que este exemplo foi tão significativo que atravessou épocas e se aprimorou, chegando até nossos dias.

No Brasil, são conhecidos como precursores da educação de adultos o Movimento de Educação e Base (MEB) da Igreja Católica e o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), de responsabilidade do Ministério de Educação e das Secretárias Estaduais de Educação. Outros movimentos mais globais, de caráter sócio-educacionais, foram resultantes de parcerias entre as secretarias de Assistência Social e as de Educação e Cultura em conjunto com a igreja católica. Eram convênios de cooperações para o desenvolvimento de projetos sociais, conhecidos como clubes de mães.

O movimento de educação de idosos nas Universidades teve início na França, com o Prof. Pierre Vellas, em 1972. Espalhou-se para outros países entre 1975 e 1993: Polônia (1975), Japão (1976), Áustria (1977), Inglaterra (1977), Israel (1979), ex-União

Soviética (1979), Alemanha (1979) Suíça (1987), Portugal (1993).

No Brasil, o movimento para a educação de idosos começou na década de 80, conforme registros de Liberato (1996) que lista os locais e as respectivas data de início: Universidade de Santa Maria (1982), Universidade Federal de Santa Catarina (1982); Universidade Estadual do Ceará (1988); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1988); Universidade Estadual do Rio de Janeiro (1989); Pontífice Universidade Católica de Campinas (1991); Universidade de Passo Fundo (1991); Universidade de Caxias do Sul (1991); Faculdade da Terceira Idade de São José dos Campos (1991); Universidade Federal de Juiz de Fora (1991); Universidade de Santos (1991); Universidade Metodista de Piracicaba (1992); Universidade Católica de Goiás (1992); Universidade da São Paulo (1993); Universidade Federal do Amazonas (1993); Universidade São Judas Tadeu (1996); Universidade do Sagrado Coração de Bauru (1996); Universidade de Sorocaba (1997).

O autor que nos forneceu os dados anteriores acredita que hoje já são mais de 50 universidades atendendo pessoas acima de 45 anos, no sentido de permitir-lhes o acesso à educação continuada e à Universidade, por meio de atividades educativas, socioculturais e organizativas, valorizando a cidadania.

É importante enfatizar que dentre os programas desenvolvidos nas diferentes universidades, há um grande número de interessados com idade ao redor de 45 anos. Esse interesse permite uma certa homogeneidade na faixa etária atendida, viabiliza uma ação profilática já a partir da meia idade e uma perspectiva de um envelhecimento bem-sucedido

Sobre a associação da velhice bem-sucedida e Educação Permanente, Neri e Debert (1999) sugerem, como verdadeiros resultados de programas que atendem idosos os 3 itens:

1. A possibilidade da realização do potencial individual e o alto grau de bem-estar

físico, social e psicológico, proporcionando autonomia e assimilação de novos papéis sociais;

2. A oportunidade de envolvimento em atividades que os idosos julgam apropriadas para si como atividade física, lazer, educação, reciclagem, entre outras;
3. E, principalmente, a manutenção da competência, do poder fazer na direção em que os resultados lhes tragam satisfação.

Há colocações interessantes de Simões (1994) e Moragas (1997) que são apropriadas ao contexto da educação permanente. Simões (1994) defende que a aprendizagem na 3ª idade é viável, desde que respeite a limitação especificamente imposta ao indivíduo nesta faixa etária, considerando a dificuldade nervosa para retenção de novas informações. Assim, na visão desta autora, a pessoa idosa aprende melhor quando o seu ritmo é respeitado. Moragas (1997), discorre sobre a inteligência *fluída* e a *cristalizada*. A *inteligência fluída* é entendida como a aptidão fisiológica e neurológica para resolver novos problemas e organizar a informação em situação concreta. A *inteligência cristalizada* é um produto da educação, dos conhecimentos adquiridos no seio da cultura, apesar de ter seu apogeu na adolescência, aumenta durante toda a vida.

Um fato que se faz notar nos grupos tanto nos de universidades na terceira idade, quanto nos do SESC, das prefeituras, igrejas ou de turismo é a marcante presença maciça das mulheres que, normalmente, se aproxima ou ultrapassa os 90%. Praticamente uma unanimidade, uma maioria esmagadora (Borini, 2002; Gandolfi e Skora, 2001; Silva, 1999; Francioli, 1999; Furtado, 1996; Riva, 1996; Fiamenghi, 1994; Mazo, 1991; Goicochea e Coelho, 1990). Talvez este seja um reflexo do movimento feminino que tem despertado a mulher para a sua posição na sociedade como cidadã e a sua possibilidade e direito de envelhecer ativa e saudável.

Dentre as atividades encontradas nos programas das Universidades na terceira

idade e de Educação Permanente estão as de estimulação motora, complementares a realização do potencial individual; sua importância é capital para favorecer fatores morfológicos e funcionais para a consecução do envelhecimento bem-sucedido. Meinel (1984) apresenta um estudo detalhado da motricidade no ciclo de vida humano. Por considerá-lo relevante para o contexto desta tese, o apresentaremos de forma sucinta a seguir.

2.3.2 A motricidade humana segundo Meinel

Em sua obra de dois volumes que trata da motricidade humana, Meinel (1984) expõe o desenvolvimento motor desde a idade de recém-nascido até a idade por ele denominada quarta idade adulta. Essa abordagem nos permite observar a passagem de uma fase para outra. O Quadro 2.11 sintetiza os aspectos do desenvolvimento da motricidade humana segundo Meinel. As fases podem ser assim descritas:

1. Entre a fase de bebê para a fase de criança: *libera-se* movimentos, ganha-se informações, almeja-se orientação para *poder* ir ampliar mais ainda suas possibilidades.
2. Entre a fase de criança para a fase de adolescente: tem-se mais liberdade de movimentos, há *questionamentos* das orientações, busca-se *ampliação* social.
3. Entre a fase de adolescente para a fase de adulto jovem: há um incrível aumento do *domínio* corporal, a *independência* e a *limitação* social estão bem definidas.
4. Entre a fase de adulto jovem para idoso: há notória *desaceleração* do domínio corporal, as *perdas* sociais e a *independência* variam de indivíduo para indivíduo.

Ao classificar a idade adulta, Meinel (1984), situa números mais exatos na *1ª idade adulta*; na *2ª*, deixa evidente uma abertura de 5 anos entre a entrada e a saída

de uma fase para outra; na *3ª idade adulta* fornece 5 anos de largura para entrada e 10 anos para saída. Nesta última, o prazo maior visa respeitar as variações individuais e as experiências de vida; na *4ª idade adulta*, situada entre os 60 aos 70 anos, a classificação é determinada de acordo com as características motoras portadas pela pessoa em questão.

Esses números a princípio podem parecer confusos se não for levado em conta que o autor considera, além da cronologia, a capacidade motora do indivíduo. É a relação da motricidade com a idade cronologia que determina a faixa em que se está, por isso as margens tão espaçadas entre si. As idades são apenas referências para nos auxiliar didaticamente.

Com essas margens, podemos supor que o autor quer caracterizar diferenças individuais pela ampla heterogeneidade passível de ser encontrada na faixa. Por exemplo: entre os 45 aos 50 anos pode-se estar na *2ª* ou na *3ª idade adulta*, o que pode ser determinado pela motricidade do indivíduo.

A classificação apresentada por Meinel (1984) mostra que a motricidade adulta atinge um máximo de rendimento na *1ª idade adulta* desta fase, explicando que esta depende exclusivamente dos estímulos do indivíduo, o que equivale para outras idades, inclusive para o retardo de entrada numa ou noutra classificação. Na *2ª idade adulta* ressalta o máximo de rendimento da motricidade profissional e leve diminuição no rendimento motor geral, identificando diferenças nos treinados e destreinados. A *3ª idade adulta* já denota a involução motora para os destreinados. Na *4ª idade adulta*, o autor descreve a marcante regressão motora e defende o seu retardo através da atividade física.

Nesse sentido, Meinel aponta uma pesquisa mostrando resultados similares na condição física de jovens sedentários entre 25 a 30 anos e idosos ativos de 60 a 65 anos, concluindo pelo retardamento de 3 a quase 4 décadas no envelhecimento para os idosos ativos. O autor defende que nunca é tarde para começar a atividade física, pois há

resultados que podem ser obtidos em qualquer idade, haja vista a adaptação muscular.

Quadro 2.11: Desenvolvimento da motricidade humana no ciclo vital - Meinel (1984).

Classificação	Cronologia	Motricidade característica
Idade recém nascido	De 0 a 3 ou 4 meses	Movimentos reflexos / incondicionados
Idade bebê	De 3 ou 4 meses a 1 ano	Apreensão objetiva Desenvolvimento da posição ereta Locomoção
Idade criança pequena	De 1 a 3 anos	Realiza experiências motoras mais amplas Brincadeira funcional Brincadeira ficção
Idade pré-escolar	De 3 a 6 anos	Múltiplas formas de movimentos Diferentes tarefas Combinação de movimentos
1ª idade escolar	De 7 a 10 anos	Movimento linguagem corporal Apresenta melhoras motoras Atividades mais dirigidas Propício início de atividades esportivas
3ª idade escolar	Menina: de 10 a 12 anos Menino: de 10 a 13 anos	Idade de ouro da motricidade
1ª fase de amadurecimento puberdade	Menina: $\pm$ de 12 a 14 anos Menino: $\pm$ de 13 a 15 anos	Reestruturação corporal e motora Melhora qualidades físicas Necessita proposta multilateral da motricidade Acentuação individual Diferenças sexuais
2ª fase de amadurecimento adolescência	Mulher: de 14 a $\pm$ 18-19 anos Homem: de 15 a $\pm$ 20-21 anos	Estabilização motora Melhora qualidades físicas para execução Diferenças específicas do sexo
Idade adulta		
1ª idade adulta	De 18-20 a 30 anos	Rendimento ilimitado
2ª idade adulta	De 30 a 45-50 anos	Gradativa diminuição do rendimento físico Aperfeiçoamento de atividades profissionais
3ª idade adulta	De 45-50 a 60-70 anos	Involução motora progressiva e perceptível Mais acentuada em destreinados
4ª idade adulta	De 60-70 em diante	Expressa regressão motora e física

Meinel (1984) considera que *os exercícios físicos e jogos não podem, nem devem ser abandonados na idade avançada. Através deles, o desmoronamento da motricidade é bastante retardado, o ficar velho não se torna um peso* (p.384).

O Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas utiliza a classificação de Meinel *3ª Idade Adulta*, a qual norteia terminologicamente o PIFPS-U3IA. Na realidade, podemos estar atendendo pessoas na *2ª*, *3ª* e *4ª idade adulta*, quando focado o cronológico, mas o certo é que os participantes têm a independência de ir ao campus, cumprir seus horários de aula, realizar tarefas a que se propõem, inclusive, escolhendo espontaneamente a danças folclóricas, esportes geron-

tológicos, expressões artísticas e excursões com longa duração, tanto de viagem como de permanência. Estes 10 anos de projeto foram suficientes para acreditarmos que a expressão acima escolhida, *3ª idade adulta*, atende perfeitamente ao que empreendemos.

Silva (1983) reforça a informação anterior, quando afirma que o cuidado com o aparelho motor durante a vida é uma medida preventiva de grande importância, para evitar doenças que afetam a locomoção e a manipulação.

2.3.3 Educação Física Gerontológica

Desse modo, com base no aperfeiçoamento do trabalho foi instituída a Educação Física Gerontológica no Amazonas, que é uma vertente da Educação Física, voltada exclusivamente para atender pessoas em processo de envelhecimento, ou adultos maduros, ou idosos (Barbosa, 2000). Seu processo de desenvolvimento e construção foi se consubstanciando durante execução do planejamento do Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta (PIFPS-U3IA), entre 1993 a 1999. O desenvolvimento bem-sucedido do PIFPS-U3IA e a crescente necessidade de estratégias para dinamizá-lo geraram trabalhos e experiências que acumulados e estruturados tornaram-se instrumentos de formação e capacitação. Em 2000, ocorre a publicação do livro, *Educação Física Gerontológica*, e de outros artigos científicos que respaldam a denominação e nomenclatura utilizadas.

A Educação Física Gerontológica atende pessoas em fase de envelhecimento que estejam na *3ª Idade Adulta*, segundo a classificação de Meinel (1984), de 45 a 50 anos em diante. Para o futuro almeja-se atender progressivamente a *2ª* e a *1ª idade adulta* promovendo programas e estudos integrados em toda a extensão dessa faixa etária. Sua programação privilegia as atividades aeróbicas como a dança (coreográfica, folclórica, de salão), a natação, o ciclismo, a caminhada, ginástica, os esportes sem contato - os individuais e coletivos - como o tênis de mesa, tênis de quadra, natação, atletismo, volei-

bol, peteca, caratê. A preferência por esses últimos justifica-se como forma de prevenção contra choques e quedas, pois não se pode esquecer que a faixa etária trabalhada.

Baur e Egeler, de origem alemã, foram os primeiros autores com quem tivemos contato para desenvolver a nossa pesquisa e iniciarmos o programa de atividade física no envelhecimento. Com eles aprendemos a usar o termo *idosos*, e consideramos os fundamentos que apresentam para justificar a operacionalização de nosso programa. São estes:

- A adoção da atividade física como uma meta internacional a ser atingida;
- A insustentabilidade da teoria da retração que exige a imobilidade do idoso, e ascensão da teoria da atividade, que estimula a mobilidade do mesmo;
- A expectativa de vida é maior para pessoas mais ativas;
- A atividade física retarda o aparecimento de características do envelhecimento nos diversos órgãos vitais;
- Com o desenvolvimento do hábito da atividade física, a capacidade de rendimento orgânico foi comparável aos valores médios de pessoas de 20 a 30 anos mais novas sedentárias;
- Diversas sensações de mal estar podem desaparecer após um período de treinamento;
- Vários estudos detectam a alteração da motricidade no envelhecimento, mas muitas ações do indivíduo foram e podem ser recuperadas, com a aplicação de atividade física sistemática.

Diem, também alemã, autora da obra, *Mantenha-se jovem após os 40 anos*, de 1984, defende a necessidade do indivíduo manter-se apto, ser capaz, estar em forma,

estar disposto, levando o conceito tanto para o aspecto físico quanto para a natureza psíquica da pessoa. Recomenda, para tanto, um exame preliminar que identifique a aptidão, classificando-a, para proceder às atividades; sugere programas envolvendo corrida, ciclismo, ginástica, e indica uma variedade de instruções higiênicas para o que denominou de autotreinamento. Coerente com a proposta de identificação da aptidão de Diem (1984), o American Geriatrics Society, citado por Cotton (1998), classifica como atividades motoras da vida diária (AVDs) para idosos, as relacionadas no Quadro 2.12:

Quadro 2.12: Atividades motoras básicas da vida diária - American Geriatrics Society (Cotton, 1998).

Sigla	Significado	Conteúdo
ABVD	atividades básicas da vida diária	composta de auto cuidados.
AIVD	atividades intermediárias da vida diária	composta de auto cuidados e ações que manifestam a manutenção da independência.
AAVD	atividades avançadas da vida diária	são aquelas que permitem ao idoso viver sozinho, desenvolvendo atividades ocupacionais, recreacionais, prestação de serviços.

A partir do que foi situado no quadro 2.12, Spirduso (1995) apresenta uma classificação de funções físicas para idosos, especificadas através de níveis. Para apresentá-las, elaboramos uma apresentação esquemática, no Quadro 2.13:

Quadro 2.13: Classificação de funções físicas para idosos através de níveis - Spirduso (1995).

Nível	Classificação
N1	os fisicamente incapazes não realizam nenhuma AVD, necessitando, pois, de cuidados de terceiros.
N2	os fisicamente frágeis conseguem realizar tarefas domésticas leves como preparar alimentos, fazer compras, AVDs e algumas AIVD.
N3	os fisicamente independentes realizam ABVDs e AIVDs, executam trabalhos físicos leves.
N4	os fisicamente ativos realizam trabalho físico moderado, esportes de resistência, jogos, ABVD, AIVD, AAVD - costumam ter aparência física mais jovem.
N5	os atletas realizam atividades competitivas em âmbito nacional e internacional.

Todas estas classificações reforçam nossa preocupação com as questões da aptidão, presente na vida do idoso de várias formas, por exemplo: dificuldade de calçar meias, amarrar sapatos, carregar peso, subir ladeira, etc. Mas, também nos possibilitam, enquanto profissionais da educação Física, inserir essa abordagem nas atividades

programadas e até ampliar algumas dessas classificações, como já temos feito em nosso programa. Sabemos, no entanto, das limitações que sempre enfrentamos tendo em vista a concepção específica que cada sujeito traz consigo sobre o próprio envelhecimento. Entendemos, perfeitamente, que sempre haverá idosos que apresentarão comportamento compatível com o alto nível atlético e, em oposição a estes, os dependentes de outras pessoas para as mínimas tarefas da vida diária.

Lorda Paz (1990) enfatiza a importância de se desenvolver as qualidades físicas da resistência aeróbica em 50%, força muscular em 25% e flexibilidade também em 25%, dentro de um programa de Educação Física para anciãos, o que coaduna com os princípios do desenvolvimento da aptidão física ou condição física (Barbanti, 1979). A resistência aeróbica é a qualidade que favorece as funções cardiorespiratórias e circulatórias. Já a força muscular é uma qualidade que tem o valor primordial, em especial nas extremidades inferiores, e favorece a prevenção de quedas. Por sua vez, a flexibilidade é a qualidade que favorece a promoção da amplitude, elasticidade muscular e articular e a facilitação dos movimentos corporais. Para justificar a importância do exercício físico para pessoas idosas Silva (1982) apresenta os seguintes argumentos:

- O corpo humano foi criado para movimentar-se; logo, os movimentos são necessários para seu bom funcionamento.
- O bom condicionamento físico pode ser chave numa situação de urgência.
- As ações psicofísicas das atividades físicas no envelhecimento são relevantes, pois procuram atingir o ser na sua totalidade, residindo o seu valor na influência sobre o sistema nervoso central e a psique.
- Dores, como as sentidas em regiões da coluna vertebral, podem aparecer com o avançar da idade, em decorrência da fraqueza muscular,

- Tensões emocionais podem ser reduzidas através da atividade física regular, auxiliando os capilares a se dilatarem e favorecendo a circulação.
- A frouxidão dos músculos das pernas é a causa mais freqüente de varizes; fazer exercício para ativar a circulação de retorno, que é uma das necessidades vitais.
- Torcicolos são prevenidos com exercícios localizados, diários. A diminuição da freqüência de relatos de incidência do incômodo é uma comprovação.

Gorinchteyn (1999), em seus estudos, identificou benefícios da atividade física nos aspectos hemodinâmicos, no metabolismo das gorduras, na prevenção da osteoporose e do ponto das alterações posturais e articulares. São eles:

- Hemodinâmicos: controla a pressão arterial, promove adaptação cardiovascular e da musculatura esquelética, diminui a produção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) circulantes no repouso, expresso por freqüência cardíaca mais baixa e aumento de substâncias endorfinas endógenas que são neuro-hormônios e atuam no sistema nervoso central, programando sensação de saciedade e bem-estar.
- Metabolismo das gorduras: a inserção da atividade física tem o poder de reduzir as lipoproteínas de baixa densidade (HDL) e aumentar a lipoproteína de alta densidade (HDL) que previne obstruções arteriais.
- Prevenção da osteoporose: a atividade física estimula a mobilização do cálcio para o interior do osso.
- Alterações posturais: por desenvolver tônus muscular a atividade física melhora as tensões e acaba por normalizar postura.

Gorinchteyn (1999) conclui ainda que a atividade física, através de seus benefícios, proporciona ao idoso uma vida saudável, garantindo-lhes espaço social, cultural, permitindo-lhes redescobrir valores e sentimentos, como a auto-estima.

Meirelles (1997) afirma que o ser humano não pode ser encarado como um produto com prazo de validade e cita, como efeitos da atividade física no decorrer do envelhecimento:

- Uma melhor organização orgânica;
- Aumento da sensação de bem-estar;
- Melhora da auto-estima;
- Atenuação da ansiedade, da tensão e da depressão;

Centurião Filho (1998) discorre sobre as limitações orgânicas impostas pelo envelhecimento, que afetam a segurança e podem influenciar na auto imagem do idoso. mas que também podem ser razoavelmente combatidas pela adoção da atividade física. Refere-se o autor, ao desenvolvimento da percepção e do domínio sobre o próprio corpo, que pode levar o indivíduo a uma relação mais eficiente com o meio ambiente, os objetos e, as pessoas, promovendo, desta forma a estabilidade afetiva. Em resumo, Centurião Filho relaciona a auto-imagem negativa no envelhecimento ao sedentarismo e atesta a estabilidade afetiva para pessoas em fase de envelhecimento que adotam a atividade física e, assim, recuperam níveis de resistência, flexibilidade e força muscular, capacitando-se para a vida.

Okuma (1998), através de sua pesquisa, indica que a atividade física para o idoso pode:

- Ser um meio de manter sua qualidade de vida, manutenção de saúde física e mental.

- Ser um recurso para lidar com diferentes eventos da vida.
- Deve ser vista como uma oportunidade de manutenção de contatos e habilidades sociais, da condição da cidadania e possibilidade de manutenção e desenvolvimento do autoconceito.
- Contribuir para velhice bem-sucedida.
- Contribuir decisivamente com a possibilidade de ser.

Argumentando nesta mesma direção Mazo, Lopes e Benedetti (2001) apontam os benefícios da atividade física para idosos que ocorrem nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Sem a pretensão de esgotar o assunto, citaremos alguns estudos e posições de autores a esse respeito:

- Cardoso (1992) considera fundamental a prática da atividade física para adultos, pois, há uma maior possibilidade da exposição destes ao sedentarismo e à agitação estressante. Afirmar que no Brasil não há tradição do hábito da prática regular e metódica da atividade física. Infere que a prática do exercício regular, moderado e bem orientado ajuda na diminuição dos processos degenerativos e contribui para a preservação das estruturas orgânicas, mas também leva o indivíduo à participação grupal, resultando num nível adequado de bem-estar bio-psico-físico.
- Puggard (1994) estudou o condicionamento físico em pessoas mais velhas, comparando os efeitos de atividades como dança, natação e ginástica por 5 meses. Os resultados mostraram que os 3 tipos de programa propiciam ganhos, não havendo diferenças significativas entre os tipos de atividades praticadas.
- Todaro (2002) sustenta que a dança pode ser mais uma grande facilitadora para maior adesão dos indivíduos idosos à prática de uma atividade física, passando de sedentários a ativos pelos benefícios físicos e psicossociais.

- Ansarah (1991) analisou a influência de um programa de atividades físicas generalizadas como dança, expressão corporal, ginástica e jogos sobre a aptidão funcional de idosos, com 16 sujeitos, por 3 meses, com 3 sessões por semana. Concluiu que as atividades físicas generalizadas promovem ganhos significantes na agilidade e equilíbrio dos sujeitos pesquisados.
- Num estudo sobre a adesão de idosos à participação em atividades físicas, Gonçalves e Bosi (1998) concluem, após analisar os dados, que a saúde é um dos fatores de maior destaque associado à motivação em participar.
- O trabalho de Bisognin e Vilanova Ilha (1999) mostra que os idosos estão procurando cada vez mais os grupos de atividade física. A ocorrência não se dá apenas por recomendação médica, mas também por acreditarem que, nessa fase da vida, precisam mais do que nunca estarem de bem com a vida. Desejando viver plenamente, eles buscam participar, mesmo aqueles que no decorrer da vida não tenham praticado atividade física. Sobre a experiência, os idosos relatam se sentirem realizados e acharem muito importante para sua vida a atividade física, pois esta modificou seus hábitos diários, satisfazendo suas necessidades e expectativas quanto à vida, promovendo a saúde, possibilitando fazer novos amigos e, conseqüentemente, influenciando no seu relacionamento familiar e social.
- McAuley e Rudolf (1995) após analisarem 31 trabalhos, confirmam que a maioria dos idosos associam a atividade física ao bem-estar psicológico.
- Furtado (1996) também concluiu que os efeitos psicossociais do exercício incluem benefícios, tais como o aumento da satisfação da vida, o decréscimo da tensão, do estresse e da ansiedade.

A importância da atividade física no envelhecimento é tamanha que, em 1996, em

Heidelberg, Alemanha, foi lançado o *Guide Lines for physical in older persons*, previsto pela Organização Mundial de Saúde. O guia (cujo lançamento tivemos a oportunidade e o prazer de presenciar) pode ser, de acordo com Barbosa (2000), resumidamente assim apresentado:

Quadro 2.14: Guides Lines - OMS 1996.

Pessoas de terceira idade de 50 anos ou mais
Objetivos - fornecer guias como base de desenvolvimento de estratégias e intervenções, baseadas na população com objetivo da melhoria da qualidade de vida.
Evidência - o que a atividade física propõe: • Melhora o bem-estar geral • Ajuda a mudar conceitos estereotipados • Melhora a condição de saúde física • Preserva uma vida independente • Ajuda no controle de doenças e condições específicas (estresse)
Razões para exercer a atividade física - Fisiológicas/Psicológicas/Sociais como: • benefícios imediatos • benefícios a longo prazo
Razões para atividade física • Redução dos custos da saúde • Melhoria da produtividade • Promoção da imagem positiva
A continuidade da forma • Nível III Forma Frágil - os idosos incapazes de viver independentes na sociedade por razões físicas e psicológicas • Nível II Forma Independente = os idosos que vivem independente na comunidade, mesmo portando condições médicas crônicas • Nível I Boa forma saudável = os idosos que participam de todas as atividades da vida diária
Cuidados - pessoas preparadas, ambientes seguros, tipos de atividades, e materiais adequados.

Para nós, profissionais de Educação Física Gerontológica, é um avanço este órgão internacional reconhecer o envelhecimento numa faixa etária mais próxima da nossa realidade de país subdesenvolvido, como somos classificados. Tal fato, sobretudo, respalda nosso trabalho preventivo, pois no programa trabalhamos com pessoas a partir dos 45 anos; e a idade referencia indicada no documento da OMS é a de 50 anos. É nítida a contribuição da Educação Física no estudo sobre o processo de envelhecimento, apontando ganhos biológicos, psicológicos e sociais. Uma exaltação da qualidade de vida ativa.

Para finalizar este tópico, compartilhamos com Simões (1995) a idéia de que *mergulhar na corporeidade do idoso é entender a substituição da beleza esteticamente padronizada do corpo jovem pela vivência das emoções. O convívio do corpo do idoso deve*

ser bem fundamentado em 3 princípios: participação, ludicidade e prazer (p. 60).

Para Valério, Andrade e Dias (2000), as universidades públicas com projetos extensionistas de Educação Física podem e devem privilegiar fins sociais para o envelhecimento, em função dos benefícios proporcionados que tornam mais digna a vida do idoso participante.

2.3.4 O Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas

O Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta (PIFPS-U3IA) foi introduzido e coordenado por nossa iniciativa, a partir de 1993. É um trabalho que vem sendo construído ao longo dos anos, e sua execução, até o presente, conta com a participação conjunta de coordenadoras, professores e acadêmicos da 3ª Idade Adulta.

Este programa teve como alicerce os resultados de duas pesquisas, realizadas nos anos de 1987 e 1988.

Através de primeira pesquisa intitulada *Imagens: clínica, psicomotora - amostra da população de Manaus na faixa etária superior a 50 anos*, constatamos que:

- Os sujeitos idosos, especialmente os do sexo masculino, mostraram-se sedentários, com participação social e geral limitada ao lar/asilo. Esse sedentarismo pode estar relacionado com o fato destas pessoas, quando jovens, terem tido experiências restritas com a Educação Física.
- O estado clínico pareceu aceitável;
- As academias não ofereciam atividades específicas para atender a clientela que envelhecia. Apenas alguns Centros Sociais incluíam grupos de idosos, e, embora

contassem com atendimento Médico, não ofereciam nenhum programa de atividades físicas.

Esta pesquisa foi fundamental para mostrar que há muito a ser feito pelo geronte, não somente em Manaus, mas no Brasil como um todo; haja vista os relatos levantados, que denunciavam a falta de estrutura de toda e qualquer espécie para garantir o mínimo de atendimento ao idoso.

A falta de estrutura é, de fato, a grande dificuldade encontrada para o atendimento dessa população; inclui desde as péssimas condições de trabalho à falta de recursos materiais ou de preparação técnica. Da parte dos sujeitos, observamos que também não há uma preparação para o envelhecimento, o que muitas vezes precipita a precoce aceleração do mesmo. Em tais condições, a vulnerabilidade do idoso, mesmo em condições clínicas aceitáveis, é preocupante.

As imagens clínicas dos participantes, advindas de exames médicos e questionários, revelaram um estado aceitável, uma vez que não foram detectados males consideráveis; no entanto, sugerimos um estado de alerta preventivo.

Na avaliação do aspecto psicomotor, ficou notório que esta população não teve uma cultura que desse destaque às atividades físicas, herdando, portanto, costumes sedentários e restritas possibilidades motoras. Por isso, parece-nos, é bem adequada a proposição de atividades motoras, o que poderá concorrer para a adaptação positiva da nova identidade no que se refere ao biológico, físico e social.

Mediante as conclusões acima, apresentamos as seguintes propostas:

- Criação de disciplinas de graduação para capacitar a atuação neste mercado de trabalho;
- Estímulo à especialização no ramo da Gerontologia, por meio de cursos e convênios;

- Elaboração e cumprimento de programação anual dedicada à população idosa;
- Criação e ampliação do programa de atividades físicas e recreativas para o idoso interiorano, condizentes com a faixa etária;
- Criação e implementação de um programa de extensão universitária que favoreça o estágio acadêmico.

A segunda pesquisa, *Idoso feliz participa sempre*, consistiu no planejamento e realização de um programa de 40 sessões com dois grupos de Idosos: os Idosos Futuristas da Legião Brasileira de Assistência, com adesão apenas das mulheres residindo com a família, e os asilados da Fundação Dr. Thomas da Prefeitura de Manaus, com adesão de ambos os sexos.

Como resultados positivos dessa pesquisa, pudemos constatar que os idosos participantes do estudo engajaram-se num grupo social, participaram de eventos, convivendo atentos, sendo colaboradores, corteses, responsáveis nas sessões de aula, sorrindo, conversando afetuosamente com professores e colegas. Fisicamente, utilizaram predominantemente o lado direito nas coordenações motoras finas, mas atuaram satisfatoriamente com ambos lados e demonstraram melhor resistência aeróbica. Em certos momentos tiveram dificuldades para se deslocarem na ocupação do espaço e se atrapalharam quando as solicitações motoras envolviam cruzamentos com colegas; mas demonstraram bom senso rítmico e relativo equilíbrio; com repetições adequadas, alcançaram boa coordenação dinâmica geral e motora fina.

A partir dos resultados desta pesquisa, recomendamos que atividade física psicomotora fosse incluída definitivamente no quadro de serviços de instituições que atendem a idosos.

O Projeto Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta, depois de algumas tentativas não bem-sucedidas, entre 1989 a 1992, foi implantado, na

Universidade Federal do Amazonas, em 1993. Está ligado às Pró-Reitorias de Assuntos Comunitários (PROCOMUN entre 1993 a 1997) e Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT, desde 1993), na Faculdade de Educação Física. Graças ao surpreendente crescimento este projeto passou para a categoria de Programa, composto por vários projetos.

Os objetivos do *Programa Idoso Feliz Participa Sempre - Universidade na 3ª Idade Adulta* (PIFPS-U3IA, são identificados nos seguintes itens):

- Educar para o envelhecimento;
- Oportunizar aos idosos um contato com a universidade na condição de universitário;
- Desenvolver a prática motora em gerontes, facilitando sua nova identidade;
- Promover o estágio acadêmico em Educação Física Gerontológica;
- Auxiliar a especialização em Educação Física em Gerontologia Social.

O Programa é composto dos seguintes projetos:

- Disciplinas do PIFPS-U3IA
- Grupo de Dança *Gerontológica Gerontocoreographic Fame*
- Festival Folclórico dos Acadêmicos da Idade Adulta do Amazonas (FFATIAM)
- Assessoria aos Co-irmãos (Grupo União de Petrópolis, Anos Dourados da Polícia militar do Amazonas, Associação de idosos do Coroadó, Participar é Viver de São Francisco, Juventude Avançada da Cidade Nova)
- Feira de Motricidade e Arte Popular (FEMAP)
- Eventos de Esportes Gerontológicos

- Excursões de intercâmbio/participação em eventos.

As disciplinas (Anexo 4 - programas), com carga horária de 60 horas anuais, são oferecidas em sistema de matrícula anual, exigindo o mínimo de 75% de frequência e 5,0 pontos para aprovação. Iniciamos no primeiro semestre de 1993, oferecendo 3 disciplinas com apenas uma turma cada, houve um crescimento progressivo e agora, em 2003, são registradas 17 disciplinas com duas turmas de cada, conforme listado no Quadro 2.15.

Quadro 2.15: Horário das disciplinas e turmas do PIFIPS-U3IA.

Disciplina	horário	Turma
Caminhada Ecológica	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	2
Caminhada Ecológica	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	1
Técnicas de Autopercepção B	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	1
Técnicas de Autopercepção B	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	2
Gerontocoreografia	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	2
Gerontocoreografia	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	1
Musculação Gerontológica	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	1
Musculação Gerontológica	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	2
Gerontovoleibol NII	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	1
Gerontovoleibol NII	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	2
Gerontotenis	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	1
Gerontotenis	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	2
Gerontoatletismo	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	1
Gerontoatletismo	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	2
Peteca Gerontológica	2 ^a e 4 ^a - 14 às 15h	2
Peteca gerontológica	2 ^a e 4 ^a - 15 às 16h	1
Natação NI	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	2
Natação NI	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	1
Natação NII	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	2
Natação NII	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	1
Hidromotricidade Gerontológica	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	2
Hidromotricidade Gerontológica	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	1
Dança de Salão	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	1
Dança de Salão	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	2
Educação Física Gerontológica	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	1
Educação Física Gerontológica	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	2
Gerontovoleibol NI	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	1
Gerontovoleibol NI	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	2
Técnicas de Autopercepção	3 ^a e 5 ^a - 14 às 15h	1
Técnicas de Autopercepção	3 ^a e 5 ^a - 15 às 16h	2
Karatê Dô Adaptado	3 ^a e 5 ^a - 16 às 17h	1
Karatê Dô Adaptado	3 ^a e 5 ^a - 16 às 17h	2

As turmas são distribuídas nas seguintes faixas etárias: turma 1 (45 a 59 anos), turma 2 (60 anos em diante). O horário das disciplinas e turmas do PIFIPS-U3IA pode

ser visto no Quadro 2.15.

O acadêmico monta seu horário de acordo com seu interesse e a disponibilidade de vagas. Ao se matricular, o aluno recebe um documento de confirmação da matrícula e a sua carteira de identificação para usar como crachá durante o ano. Sua frequência é registrada em diário de classe pelo(s) professor (es) responsáveis pela condução das disciplinas. Na próxima matrícula, recebe o histórico escolar alusivo ao período cursado, com a respectiva nota média e frequência no programa. Caso precise se ausentar das aulas deve preencher uma ficha de afastamento com o prazo; em situações mais graves que impeçam seu retorno naquele ano, deve fazer trancamento das disciplinas, o que garante sua retomada no ano seguinte. Os evadidos ficam suspensos de matrícula por um ano.

O projeto do Grupo de Dança Gerontológica *Gerontocoreographic Fame* funciona desde 1997, no turno matutino, de 10 às 12 horas, 3 vezes por semana; o horário é ampliado quando há necessidade de intensificar os ensaios, motivados por apresentações noturnas, ou em final de semana e até fora da cidade.

O projeto do Festival Folclórico dos Acadêmicos da 3ª Idade Adulta (FFATIAM) veio das experiências com as festas juninas em 1993 e 1994, quando o número de danças aumentou de tal forma que se fez necessário distribuir a programação entre dois dias. A nona edição deste festival ocorreu em 2003. As danças consagradas são: café, portuguesa, xotes, cigana, oriental, ciranda, country, do ventre, tribos de índios e a clássica quadrilha, que, a partir de 2000, tem o critério de ser formada por pares compostos de homem e mulher. O importante deste projeto é o contato com o folclore adaptado às possibilidades motoras, à participação de gênero (homens e mulheres, cada um no seu respectivo papel), aliados aos aspectos de efeito rítmico e psicossocial.

O projeto de assessoria aos Co-irmãos está sendo desenvolvido desde 1994. Nosso papel neste projeto é especificamente fornecer orientação técnica a fim de favorecer a

preparação de pessoal para a aplicação de atividades físicas. Em algumas fases, tivemos a oportunidade de enviar bolsistas para participarem, em outras fizemos treinamento; por último e, ainda, vigente, temos a formação no nível Sequencial de Cinesociogerontologia, modalidade universitária prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, pela Universidade Federal do Amazonas, cuja primeira turma concluiu em 2001. Nesse mesmo ano, submetemos à Prefeitura de Manaus o projeto *Auxílio de pessoal pela Prefeitura de Manaus aos Co-irmãos do PIFPS-U3IA*, e tivemos a subvenção concedida. Este projeto prevê o trabalho de duas Tecnólogas em Cinesociogerontologia para cada um dos grupos atendidos.

O Projeto da Feira de Motricidade e Arte Popular (FEMAP) surgiu da necessidade de se dar continuidade ao Show de Idosos, que teve lugar nos dois primeiros anos, e à realização de uma feira dos projetos implantados nos municípios. Ocorreu em 1995, com a I Feira de Motricidade Cultura e Arte Popular de Itacoatiara (FEM-CAPI), entre Manaus, Maués e Itacoatiara, esta última sediando o evento. O FEMAP, no entanto, só veio a estabelecer-se dentro do cronograma anual a partir de 1997. Em seu modelo a programação é aberta e está distribuída em 3 dias, no período vespertino. Na ocasião os Acadêmicos da 3ª Idade Adulta apresentam seus números artísticos por disciplina; entre outros, há a escolha do Mister da 3ª Idade adulta, para incentivar a participação masculina. São apresentadas atrações como coral, danças coreográficas, poesia, teatro, canto. A Associação de Motricidade e Estudos Gerontológicos do Amazonas (AMEGAM) custeia a taxa do auditório. Este projeto tem o papel de estimular o lado artístico dos participantes.

O projeto Eventos de Esportes Gerontológicos varia com o ano e até semestre e teve início em 1996 com os Jogos Olímpicos de Idosos (JOI), em Manaus, Maués e Itacoatiara distintamente e a seguir os Jogos Olímpicos de Idosos do Amazonas reunindo os 3 municípios do Estado. Estão previstos para acontecer a cada 4 anos, o segundo

foi em 2000. Em 1998 foi criado os Jogos da Amizade Experiente (JAE) previsto para atender os anos sem Jogos Olímpicos. A consolidação do Esportes Gerontológicos se deu com a publicação do Manual de Regras e Súmulas de Esportes Gerontológicos (Barbosa, 1998b), os quais foram depois inseridos na obra Educação Física Gerontológica (Barbosa, 2000). Este projeto tem por objetivo dar oportunidade ao idoso de ser gerontoatleta dentro de suas características, com modalidades padronizadas e adaptadas.

Os projetos de excursões são os mais variados e temporários, conforme o motivo podem durar de um dia a duas semanas. O meio de transporte pode ser ônibus, barco ou avião. A participação é aberta a todos os que se interessam.

O PIFPS-U3IA funciona no Centro de Esportes da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal do Amazonas, com prédio e quadra doados pela Prefeitura Municipal de Manaus. Utiliza quadras cobertas, complexo aquático, sala de musculação e área verde da Faculdade de Educação Física para suas atividades letivas.

O PIFPS-U3IA não está dentro do organograma da UFAM, por se uma atividade de extensão, Apresenta, porém, uma macro estrutura. que foi fortalecida pela a criação da AMEGAM, assinatura de convênios, cessão de professores pelas Secretarias de Educação Estadual e Municipal e pelas ações conjuntas com o Centro Acadêmico da Terceira Idade Adulta (CATIA) para realização de eventos e aquisições de equipamentos.

Como atividade de registro do PIFPS-U3IA foi criado, em 1995, o Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia, com impressões semestrais.

Capítulo 3

Metodologia

A educação permanente é o instrumento mais adequado para superar as falsas ciências. Por meio dela será mais provável conseguir superar os estereótipos sobre o idoso e a velhice.

Anita Neri

Esta pesquisa enquadra-se no paradigma empírico analítico, pois o fenômeno estudado terá apresentação enfática no aspecto quantificável para proceder às qualificações adequadas.

Como instrumento foi usada uma escala padronizada. Este modelo permite reunir rápida e economicamente um grande número de informações.

O levantamento transcorreu em duas fases: a primeira após oito a nove meses de atividade física sistemática do Programa de Educação Física Gerontológica e; a segunda após um mês sem estas atividades.

3.1 O Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas

O Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas é preconizado como um programa de educação para o envelhecimento. Funciona na Universidade Federal do Amazonas, nas dependências do Centro de Esportes da Fa-

culdade de Educação Física (FEF). É coordenado por docentes dos Departamentos de Fundamentação Teórica (DFT) e de Ginástica e Atividades Lúdicas (DEGIN). Tem duas características principais, ambas com enfoque gerontológico: 1) estratégias e conteúdos que evidenciam aspectos preventivos, previstos na Epidemiologia como *profilaxia* e; 2) *do desenvolvimento da motricidade humana*.

O PIFPS-U3IA é classificado como atividade de extensão universitária, ligada à Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT). Desde 1993 tem sido avaliado e anualmente é reelaborado. Em seu formato de projetos, é executado num modelo de parcerias múltiplas, como convênios, com as Secretarias Municipal e Estadual de Educação que cedem professores. A Associação de Motricidade e Estudos Gerontológicos do Amazonas (AMEGAM), que foi criada para dar suporte ao Programa, faz recolhimento de taxa mensal, a qual é usada para compras e serviços necessários ao desenvolvimento do programa. O Centro Acadêmico da 3ª Idade Adulta (CATIA), auxilia a coordenação do programa na realização dos eventos sociais, na aquisição de alguns equipamentos e pagamento de serviços úteis.

O programa é composto dos projetos: *Disciplinas do PIFPS-U3IA*, *Grupo de Dança Gerontológica Gerontocoreographic Fame*, *Festival Folclórico dos Acadêmicos da 3ª Idade Adulta do Amazonas (FFATIAM)*, *Assessoria aos Co-irmãos*, *Feira de Motricidade e Arte Popular (FEMAP)*, *Eventos anuais baseados nos Esportes Gerontológico* (Barbosa, 1998b, 2000), *Excursões de intercâmbio/participação em eventos*.

3.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos desta investigação foram todos os participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, cursando regularmente as disciplinas oferecidas em 2002, residentes em Manaus, de qualquer naturalidade, escolaridade, estado civil, religião e profissão. Contou com 271 sujeitos, o

mais novo com 45 anos e o mais velho com 85 anos.

O atendimento no programa é realizado através da classificação de duas faixas etárias, a turma 1 com idade entre 45 e 59 anos, meia idade e a turma 2 composta por sujeitos com 60 anos ou mais, idosos.

Todas as disciplinas de extensão têm carga anual de 60 horas dispostas num cronograma semanal de duas sessões de 50 minutos. No momento da matrícula o acadêmico da 3ª Idade Adulta pode optar por até 5 modalidades diferentes (Anexo 4).

Os sujeitos foram classificados por turma e sexo: a turma 1, composta por 7 homens e 114 mulheres, e a turma 2, composta por 14 homens e 136 mulheres.

Os sujeitos têm no máximo 9 anos de participação no programa (participantes desde 1993) e no mínimo 8 a 9 meses (participantes a partir de 2002).

3.3 Avaliação da Catexe Corporal

Inicialmente foi realizado o estudo piloto utilizando as escalas da Catexe Corporal (Body Cathexis, BC) e Auto Catexe (Self Cathexis, SC) originais de Secord e Jourard (1953), conforme apresentadas nos Anexos 1 e 2. A aplicação foi feita com uma amostra aleatória composta de 13 mulheres na faixa etária de 45 a 59 anos (turma 1) e 13 mulheres com 60 anos ou mais (turma 2). O objetivo era verificar a adequação destas escalas para a população. Na implementação do processo foi detectada a dificuldade de compreensão de itens da escala da Auto Catexe, motivo que nos fez rever o procedimento e optar por não usá-la.

A Catexe Corporal foi avaliada pela superposição das escalas da Catexe Corporal de Secord e Jourard de 1953 e 1954 e Tucker 1981, configurando 57 itens (Anexo 3).

A escala da Catexe Corporal do tipo Likert com 5 pontos, que vai do mais insatisfeito ao mais satisfeito, devendo ser assinalado apenas uma opção pelo respondente, o que represente seu sentimento sobre si mesmo relativo aquele item: 1 - *Tenho um forte*

sentimento de desejo de mudança; 2 - Não gosto, mas posso conviver; 3 - Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra; 4 - Estou satisfeito; 5 - Considero-me muito satisfeito.

Foi planejada a aplicação da Escala da Catexe Corporal em dois momentos distintos, a primeira fase após um período de oito a nove meses de atividade física e a segunda após um mês sem atividades físicas sistemáticas.

Estava incluída na parte final da escala, a classificação dos sentimentos gerais da pessoa no momento do levantamento e o registro da presença de algum mal-estar em forma de doença, naquele dia (Anexo 3).

3.4 Procedimentos de levantamento

Para proceder a primeira fase do levantamento, foi montado um cronograma, de 1 de outubro a 22 de novembro, para atender de 20 a 30 pessoas a cada vez. A aplicação iniciava às 15 horas, após uma aula de alguma disciplina do programa (Quadro 2.15 e Anexo 4) em que os acadêmicos da 3ª Idade Adulta estivessem cursando, entre os dias de 2ª e 5ª feira.

O período de tempo previsto para preenchimento individual foi de até uma hora, que se confirmou adequado.

Cada grupo estava em sala de aula acomodado em carteira escolar. A sala contava com iluminação elétrica e climatização. Inicialmente foi explicado o objetivo da pesquisa. Em seguida o termo de consentimento (Anexo 8) esclarecido, foi apresentado para os voluntários para que pudessem optar em assiná-lo, consentindo sua participação na pesquisa. Posteriormente, todos iniciavam igualmente, recebendo a escala e a orientação para preencherem cada item no número que mais representasse seus sentimentos de si em relação a um dos 5 pontos, entre 1 mais insatisfeito e 5 mais satisfeito, devendo fazê-lo sem pressa e com honestidade. Deveriam ainda responder dois itens que

se referiam a como se sentiam naquele momento do preenchimento da escala, e outro se tinha alguma queixa de doença naquele dia (Anexo 3).

À medida que os respondentes terminavam, o material era conferido para verificar se não houve duplicidade de respostas, ou item deixado sem marcar.

Na segunda fase foi feito um plantão de jornada integral de duas semanas para que cada participante da amostra viesse responder a escala, pois estavam de férias. A aplicação seguiu os mesmos moldes de local e orientação da primeira fase.

As pessoas que assinalaram dificuldade de visão e/ou alfabetização foram atendidas a parte.

Os dados pessoais e relativos aos registros de saúde foram coletados na pasta individual de Acadêmico da 3ª Idade Adulta, através do atestado médico anual de 2002 ali contidos.

3.5 Processamento dos dados

Concluída a primeira fase do levantamento, todos os questionários foram identificados por numeração e digitados em planilha Excel, cujas colunas correspondem, respectivamente, as seguintes variáveis: *Nº do questionário, sexo, turma, idade, ano de ingresso no programa, número de atividades que participa, Nº de doenças atestadas* e mais os 57 itens da escala. A planilha foi processada pelo programa Statistical Analysis System (SAS), Barr, Sall, Goodnight, Chilko (1979) para calcular frequências, médias, percentuais e realizar as devidas análises estatísticas. O teste *t* de Student foi conduzido para comparar o grau de satisfação, enquanto o teste de Quiquadrado foi realizado para verificar a existência de associações significativas. O teste *z* foi aplicado para comparar as proporções entre os resultados das duas fases. Todos os teste foram realizados ao nível de 5% de significância. Procedimento similar foi efetuado com os dados obtidos na segunda fase da pesquisa.

Capítulo 4

Apresentação dos Resultados

Cada corpo que somos investidos assume poder sobre os outros e sobre nós.

Colassanti

Neste capítulo vamos apresentar os resultados obtidos na verificação da distribuição da Catexe Corporal dos Acadêmicos da 3ª Idade Adulta da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus. Na estruturação do capítulo apresentaremos inicialmente a distribuição dos sujeitos por sexo e idade, a seguir a distribuição da Catexe Corporal nas duas fases em que os dados foram coletados.

A ordenação dos conteúdos das seções que apresentam a distribuição da Catexe Corporal será abordada de acordo com a seguinte sequência: 1) O resultado da Catexe Corporal expresso pelas frequências dos graus de satisfação, de forma global e específica, conforme o Quadro 4.1, por sexo e por faixa etária; 2) O grau de satisfação por ano de ingresso no programa, número de atividades em que participa em 2002 e doenças registradas no exame médico e; 3) A distribuição da Catexe Corporal observada na classificação global e específica para *Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas e Aparência Global*.

Na parte final deste capítulo, serão apresentadas as constatações feitas através das duas perguntas, que foram adicionadas ao instrumento de levantamento, imediatamente após a escala da Catexe Corporal e que se referem ao sentimento do sujeito no momento

do preenchimento da escala (Anexo 3).

Quadro 4.1: Classificação global e itens da escala superposta da Catexe Corporal

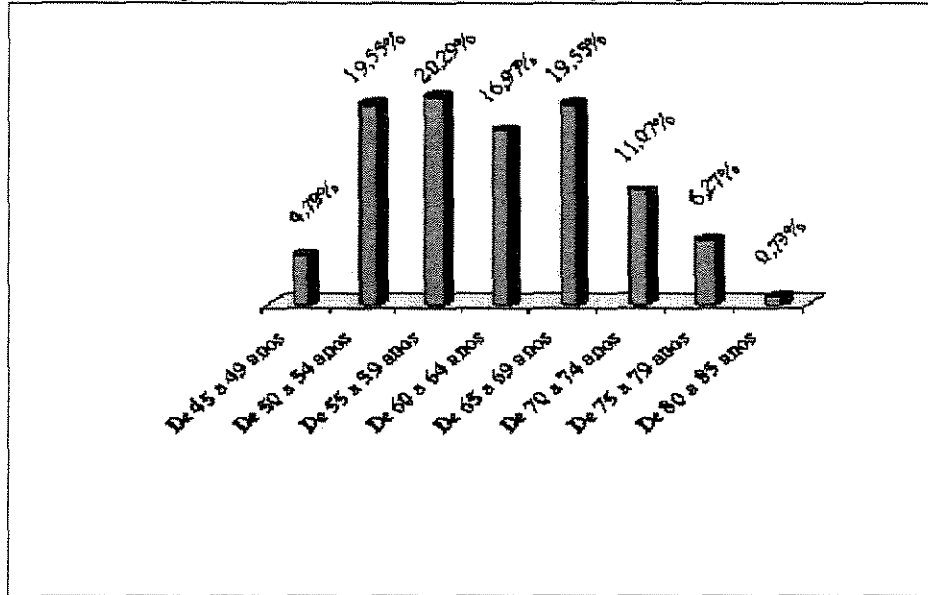
Classificação global	Itens
Cabeça	cabelos, olhos, nariz, orelhas/ouvidos, queixo, forma da cabeça, lábios, dentes, testa, face e nuca.
Tronco	largura dos ombros, tórax, cintura, costas, pescoço, tronco e quadril.
Membros	mãos, braços, dedos, pulsos, tornozelos, pernas, pés e joelhos.
Funções corporais	apetite, eliminação/excreção, respiração, disposição corporal, idade, digestão, dormir, voz, saúde, atividade sexual, sexo, tolerância à dor, resistência à doença e órgãos sexuais e perspicácia.
Qualidades físicas	atividade física rotineira, resistência física, força muscular, coordenação, tônus muscular, habilidade física e flexibilidade.
Aparência global	compleição facial, distribuição de cabelo pelo corpo, compleição corporal, perfil, altura, textura da pele, postura, peso e aparência global.

A Catexe Corporal de cada sujeito, foi obtida do somatório da pontuação (de 1 a 5) assinalada pelo próprio sujeito em cada item e dividida pelo número de itens, obtendo a média da Catexe Corporal. Os Anexos 6 e 7 apresentam as médias individuais dos sujeitos, assim como seus dados em cada fase respectivamente.

A Catexe Corporal na sua representação dos graus de satisfação e insatisfação com partes e funções corporais, varia de 1 a 5, de acordo com a escala tipo Likert de 5 pontos, dentre os quais 1 é o mais insatisfeito, passando pelo 3 que é neutro e indo até 5 que é o mais satisfeito. Com base na escala do tipo Likert e nas médias obtidas, serão utilizados os seguintes intervalos para o grau de insatisfação ou satisfação: $1 \leq \bar{X} < 2$ (maior ou igual a 1 e menor que 2), muito insatisfeito; $2 \leq \bar{X} < 3$ (maior ou igual a 2 e menor que 3) insatisfeito; $3 \leq \bar{X} < 4$ (maior ou igual a 3 e menor que 4) satisfeito; $4 \leq \bar{X} \leq 5$ (maior ou igual a 4 e menor ou igual a 5) muito satisfeito, onde o $\bar{X}$ representa a média da Catexe Corporal de cada sujeito.

razoavelmente equilibrada entre as faixas etárias.

Figura 4.2: Distribuição dos sujeitos por idade



4.2 Distribuição da Catexe Corporal

As médias da Catexe Corporal na primeira fase do levantamento dos dados, estão registradas no Anexo 6 e variaram entre o valor mínimo de 1,82 e o máximo de 4,89. Como apareceu somente um sujeito com média inferior a 2, tanto na primeira como na segunda fase, as duas primeiras classes do grau de satisfação foram juntadas, conforme apresentadas na Tabela 4.1, onde observamos altas freqüências para as classes $3 \leq \bar{X} < 4$ e $4 \leq \bar{X} \leq 5$, indicando um alto grau de satisfação em geral.

Os resultados apontam que a maioria dos sujeitos apresenta grau de satisfação maior ou igual a 3 (Tabela 4.1). Apenas uma pessoa do sexo feminino, maior de 60 anos, apresentou média inferior a 2, caracterizando portanto, muita insatisfação e somente 15 no intervalo $2 \leq \bar{X} < 3$, que representa insatisfação. Somente 13 dos sujeitos do sexo

feminino, na faixa etária de 45 a 59 anos, estão no intervalo $2 \leq \bar{X} < 3$. Nenhum dos sujeitos do sexo masculino de ambas as faixas etárias, registraram média inferior a 3, significando que todos estão satisfeitos ou muito satisfeitos.

Tabela 4.1: Distribuição dos sujeitos por grau de satisfação, faixa etária e sexo nas duas fases

Faixa etária	Sexo	Grau de satisfação					
		$1 \leq \bar{X} < 3$		$3 \leq \bar{X} < 4$		$4 \leq \bar{X} \leq 5$	
		1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
De 45 a 59 anos	Fem.	13	13	77	75	24	26
	Mas.	0	0	1	4	6	3
60 anos ou mais	Fem.	16	25	84	86	36	25
	Mas.	0	0	6	6	8	8

Na segunda fase do levantamento dos dados as médias da Catexe Corporal variaram entre o mínimo de 1,89 e o máximo de 4,92 e estão registradas no Anexo 7.

Na ordenação das médias, conforme o Anexo 7, observa-se que dos 114 pesquisados, apenas um sujeito do sexo feminino entre 45 e 59 anos apresentou média inferior a 2 e 13 sujeitos apresentaram médias no intervalo $2 \leq \bar{X} < 3$. Ainda na segunda fase, 25 dos 136 sujeitos do sexo feminino, com 60 anos ou mais, apresentaram média no intervalo $2 \leq \bar{X} < 3$. Com relação ao sexo masculino de ambas faixas etárias não foi registrada média inferior a 3.

As médias e os desvios padrões da Catexe Corporal nas duas fases são apresentados na Tabela 4.2 por turma e sexo. O teste t de Student foi aplicado para comparar as médias entre os sexos e entre as turmas com nível de significância de 5%. Ou seja, comparamos as turmas para cada sexo e também os sexos para cada turma.

Os resultados constataam que os desvios padrões foram razoavelmente pequenos em todos os casos, nas duas fases. A média da Catexe Corporal global indica que o

sujeito participante do programa apresenta grau de satisfação com partes e funções corporais, tanto na primeira quanto na segunda fase, o mesmo acontece por faixa etária para os sexos masculino e feminino, pois as respectivas médias ficaram acima de 3. Os resultados do teste t de Student para as médias da Catexe Corporal dos participantes do programa, nas duas fases, constataam que não houve diferença significativa entre a média geral na primeira fase e a média geral na segunda fase. Também não houve diferença significativa entre as médias nas duas fases quando comparadas por sexo e faixa etária. No entanto, quando esta comparação foi feita em cada fase separadamente, encontramos diferenças significativas somente entre os sexos, tanto no geral, quanto por faixa etária. Nas duas fases do levantamento o sexo masculino apresentou grau de satisfação significativamente maior que o sexo feminino.

Tabela 4.2: Média e desvio padrão da Catexe Corporal por faixa etária e sexo nas duas fases

Faixa etária	Sexo	1ª Fase		2ª Fase	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Geral		3,64	0,51	3,59	0,53
	Fem.	3,60	0,51	3,55	0,51
	Mas.	4,13	0,38	4,04	0,38
De 45 a 59 anos	Fem.	3,60	0,51	3,57	0,54
	Mas.	4,23	0,26	4,04	0,14
60 anos ou mais	Fem.	3,59	0,50	3,54	0,52
	Mas.	4,08	0,42	4,04	0,45

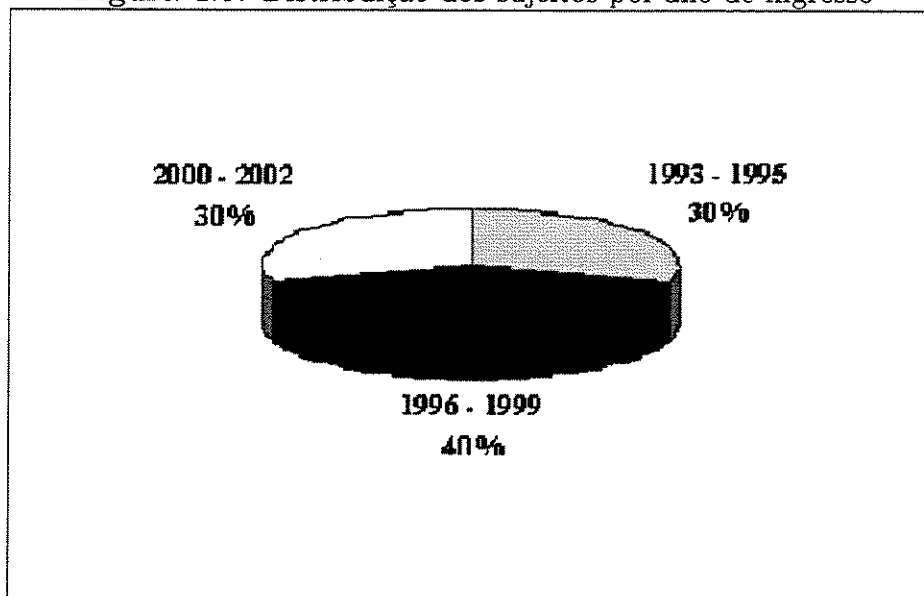
4.2.1 Grau de satisfação e ano de ingresso no programa

A distribuição dos sujeitos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, por classes de ano de ingresso é apresentada na Figura 4.3, onde notamos um certo equilíbrio na distribuição entre as

classes.

Observamos que 70% dos sujeitos ingressaram no programa entre 1993 e 1999, ou seja, têm no máximo 9 e no mínimo 3 anos de atividade, esta maioria constata a aderência ao programa de atividade física de forma sistemática.

Figura 4.3: Distribuição dos sujeitos por ano de ingresso



Foi conduzido o teste quiquadrado de Pearson para verificar a existência de associação entre o grau de satisfação e o ano de ingresso para cada turma. Para isso foi necessário juntar as duas primeiras classes do grau de satisfação e os resultados são apresentados na Tabela 4.3.

Verificamos que existe associação significativa entre o grau de satisfação e o ano de ingresso somente para a turma 1 na primeira fase ($\chi^2 = 9,691$ e $P = 0,0008$). Neste caso os participantes que ingressaram no programa há mais tempo apresentam maior grau de satisfação.

Não foi detectada associação significativa entre o grau de satisfação e o ano de

ingresso para turma 2 na primeira fase e também para as turmas 1 e 2 na segunda fase.

Tabela 4.3: Frequência e proporção de sujeitos por grau de satisfação e ano de ingresso nas duas fases

Faixa etária	Ano de ingresso	Grau de satisfação							
		$1 \leq \bar{X} < 4$				$4 \leq \bar{X} \leq 5$			
		1ª Fase		2ª Fase		1ª Fase		2ª Fase	
		f	%	f	%	f	%	f	%
De 45 a 59 anos	1993 - 1995	10	8,26	11	9,09	9	7,44	8	6,61
	1996 - 1999	38	31,40	41	33,88	15	12,40	12	9,92
	2000 - 2002	43	35,54	40	33,06	6	4,96	9	7,44
60 anos ou mais	1993 - 1995	42	28,00	47	31,33	21	14,00	16	0,67
	1996 - 1999	41	27,33	46	30,66	13	8,67	8	5,33
	2000 - 2002	23	15,33	24	16,00	10	6,67	9	6,00

4.2.2 Grau de satisfação e número de atividades que participa no programa

Os resultados da Catexe Corporal e o número de atividades que o sujeito participa no programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas, nas duas fases, são apresentados na Tabela 4.4. Para a aplicação do teste qui-quadrado de Pearson foi necessário juntar as frequências de 4 e 5 atividades, portanto, nesta tabela o número de atividades igual a 4 significa que o sujeito participa de 4 ou 5 atividades no programa.

Não foi detectada associação significativa entre o grau de satisfação e o número de atividades que o sujeito participa no programa. Também não houve associação significativa entre estas variáveis, para as duas turmas, ou seja, o número de atividades que o sujeito participa no programa não influencia seu grau de satisfação.

Para cada intervalo do grau de satisfação, foi conduzido um teste de proporções e

não foi detectada diferença significativa entre as proporções nas duas fases e para cada número de atividades por turma.

Tabela 4.4: Frequência e proporção de sujeitos por grau de satisfação e número de atividades que participa no programa nas duas fases

Faixa etária	Nº de atividades	Grau de satisfação							
		$1 \leq \bar{X} < 4$				$4 \leq \bar{X} \leq 5$			
		1ª Fase		2ª Fase		1ª Fase		2ª Fase	
		f	%	f	%	f	%	f	%
De 45 a 59 anos	1	22	18,18	12	17,36	8	6,61	9	7,44
	2	53	43,80	53	43,80	13	10,74	13	10,74
	3	10	8,26	18	14,88	5	4,13	7	5,79
	4	6	4,96	0	0	4	3,31	0	0
60 anos ou mais	1	25	16,78	30	20,00	10	6,71	5	3,33
	2	62	41,33	69	46,00	30	20,00	23	15,33
	3	13	8,72	18	12,00	0	0	5	3,33
	4	6	4,03	0	0	4	2,68	0	0

4.2.3 Grau de satisfação e número de doenças registradas pelos sujeitos

Os resultados da Catexe Corporal e o número de doenças registradas na primeira e na segunda fase, são apresentados na Tabela 4.5. O teste quiquadrado de Pearson não detectou associação significativa entre o grau de satisfação e o número de doenças registradas. Também não foi verificada associação significativa para as turmas nas duas fases. Isto significa que a Catexe Corporal não depende do número de doenças portadas para os sujeitos pesquisados.

Tabela 4.5: Frequência e proporção de sujeitos por grau de satisfação e número de doenças registradas pelos participantes do programa nas duas fases

Faixa etária	Nº de doenças	Grau de satisfação							
		$1 \leq \bar{X} < 4$				$4 \leq \bar{X} \leq 5$			
		1ª Fase		2ª Fase		1ª Fase		2ª Fase	
		f	%	f	%	f	%	f	%
De 45 a 59 anos	1	71	58,68	71	58,68	21	17,36	21	17,36
	2 ou mais	20	16,53	21	17,36	9	7,44	8	6,61
60 anos ou mais	1	64	42,37	67	44,67	24	16,00	21	14,00
	2 ou mais	42	28,00	50	33,33	20	13,33	12	8,00

4.2.4 Resultados da Catexe Corporal para a classificação global

Os 57 itens que compõem a escala superposta da Catexe Corporal estão apresentados no Quadro 4.1 para *Cabeça*, *Tronco*, *Membros*, *Funções Corporais*, *Qualidades Físicas* e *Aparência Global*.

A classificação global *Funções Corporais* é formada pelo maior número de itens (15 itens) equivalente a 26,31% do total de itens da escala superposta da Catexe Corporal, seguido da *Cabeça* com 19,29%. As classificações globais com o menor número de itens foram *Tronco* e *Qualidades Físicas* cada um com 12,28% do total de itens.

As médias da Catexe Corporal para *Cabeça*, *Tronco*, *Membros*, *Funções Corporais*, *Qualidades Físicas* e *Aparência Global* na primeira e na segunda fase, são apresentadas na Tabela 4.6, por faixa etária e sexo. O teste *t* de Student não detectou diferença significativa entre as fases para todas as classificações globais, entretanto para o sexo feminino houve diferença significativa entre as duas fases para *Membros*, sendo a média na primeira fase significativamente superior a média na segunda fase. Em geral o grau de satisfação foi alto nas duas fases, pois observamos que a menor média (3,34)

foi registrada para o sexo feminino na primeira fase.

Tabela 4.6: Média da Catexe Corporal Global para *Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas e Aparência Global* nas duas fases

Faixa etária	Sexo	CBC		TNC		MBR		FNC		QFI		APR	
		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
De 45 a 59 anos	Fem.	3,64	3,59	3,54	3,48	3,80	3,66	3,63	3,58	3,71	3,74	3,34	3,92
	Mas.	4,16	4,11	4,22	4,10	4,34	4,16	4,23	3,94	4,29	4,24	4,19	3,84
60 anos ou mais	Fem.	3,72	3,60	3,55	3,50	3,75	3,63	3,53	3,56	3,69	3,57	3,39	3,75
	Mas.	4,07	4,09	4,14	4,12	4,40	4,22	4,03	4,91	3,08	4,00	3,87	4,01

CBC = Cabeça TNC = Tronco MBR = Membros FNC = Funções corporais
 QFI = Qualidades físicas APR = Aparência global 1ª = Primeira fase 2ª = Segunda fase

4.2.5 Resultados da Catexe Corporal para os itens específicos da classificação global

As médias da Catexe Corporal dos itens relativos à *Cabeça* na primeira e na segunda fase, são apresentadas na Tabela 4.7, por turma e sexo.

Tabela 4.7: Média da Catexe Corporal para os itens da Cabeça nas duas fases por turma e sexo

Item	Turma 1				Turma 2			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Cabelos	3,06	3,11	3,71	3,85	3,72	3,72	4,21	4,21
Olhos	3,85	3,97	4,28	4,28	4,00	3,69	4,35	4,21
Nariz	3,36	3,28	3,85	4,28	3,12	3,13	3,85	4,07
Orelhas/ouvidos	4,03	3,92	4,28	4,14	3,88	3,79	4,07	4,07
Queixo	3,99	3,79	4,57	4,42	4,02	3,96	4,21	4,28
Forma da cabeça	4,03	3,92	4,57	4,28	4,14	3,92	3,78	4,14
Lábios	3,60	3,59	4,42	4,28	3,77	3,65	4,14	4,07
Dentes	2,91	2,84	3,28	3,00	3,01	2,84	3,92	3,35
Testa	3,60	3,63	4,14	4,28	3,72	3,61	4,14	4,21
Face	3,77	3,57	4,42	4,42	3,66	3,55	3,85	4,14
Nuca	3,85	3,88	4,14	4,00	3,81	3,71	4,21	4,28

O item *dentes* apresentou as menores médias na primeira e na segunda fase, por turma e sexo. Também observamos que o sexo masculino, nas duas faixas etárias,

apresenta alto grau de satisfação para todos os itens, exceto para *dentes*. Embora o sexo feminino apresente grau de satisfação relativamente mais baixo que o do sexo masculino, notamos que para os itens *orelha/ouvido*, *queixo* e *forma da cabeça*, o sexo feminino apresenta alto grau de satisfação nas duas fases.

As médias da Catexe Corporal para os itens do *Tronco* na primeira e na segunda fase, são apresentadas na Tabela 4.8, por turma e sexo. O item *cintura* apresentou as menores médias na primeira e na segunda fase, por turma e sexo. Também observamos que o sexo masculino, nas duas turmas, apresenta alto grau da satisfação para todos os itens, exceto para *cintura*. Embora o sexo feminino apresente média abaixo de 4 para todos os itens, nas duas fases, notamos que para os itens *largura dos ombros* e *pescoço*, o sexo feminino apresenta razoável grau de satisfação.

Tabela 4.8: Média da Catexe Corporal para os itens do Tronco nas duas fases por turma e sexo

Item	Turma 1				Turma 2			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Largura dos ombros	3,66	3,78	4,42	4,28	3,80	3,87	4,35	4,35
Tórax/peito	3,69	3,50	4,42	4,28	3,62	3,65	4,00	3,92
Cintura	2,79	2,77	3,85	3,57	3,03	3,08	3,85	3,78
Costas	3,78	3,74	4,28	4,14	3,80	3,61	4,28	4,28
Pescoço	3,80	3,69	4,42	4,28	3,81	3,54	4,35	4,21
Quadril	3,36	3,25	4,00	4,00	3,33	3,27	4,00	3,92
Tronco	3,63	3,61	4,14	4,00	3,41	3,50	4,14	4,35

As médias da Catexe Corporal para os itens dos *Membros* na primeira e na segunda fase são apresentadas na Tabela 4.9, por turma e sexo. O sexo masculino apresentou média acima de 4 para todos os itens nas duas fases. Embora o sexo feminino apresente grau de satisfação mais baixo que o do sexo masculino, observa-se que para todos os itens exceto *pernas*, o sexo feminino apresenta alto grau de satisfação, nas duas fases.

Observamos que as médias dos itens *pulsos* e *pernas* foram similares para o sexo feminino nas duas fases e apresentam as médias máxima e mínima respectivamente, na

Tabela 4.9: Média da Catexe Corporal para os itens dos Membros nas duas fases por turma e sexo

Item	Turma 1				Turma 2			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Mãos	3,99	3,72	4,42	4,42	4,03	3,87	4,42	4,14
Braços	3,72	3,68	4,57	4,42	3,83	3,77	4,64	4,71
Dedos	4,00	3,66	4,57	4,14	3,83	3,67	4,50	4,42
Pulsos	4,00	3,94	4,42	4,00	4,07	3,91	4,21	4,00
Tornozelos	3,69	3,78	4,28	4,14	3,62	3,61	4,50	4,21
Pernas	3,51	3,30	4,28	4,14	3,35	3,22	4,21	4,21
Pés	3,71	3,53	4,14	4,00	3,77	3,66	4,35	4,07
Joelhos	3,68	3,62	4,00	4,00	4,43	3,35	4,35	4,00

segunda fase. Na primeira fase a média máxima foi para *joelhos*. O item *braços* obteve as médias máximas do sexo masculino.

As médias da Catexe Corporal dos itens das *Funções Corporais* na primeira e na segunda fase são apresentadas na Tabela 4.10, por faixa etária e sexo.

Tabela 4.10: Média da Catexe Corporal para os itens das Funções Corporais nas duas fases por turma e sexo

Item	Turma 1				Turma 2			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Apetite	3,24	3,28	3,42	3,42	3,36	3,38	3,21	3,35
Excreção	3,50	3,45	4,00	3,71	2,99	3,35	4,00	3,92
Respiração	3,80	3,78	4,42	4,28	3,90	3,73	4,00	3,85
Disposição corporal	3,61	3,63	4,42	3,71	3,77	3,90	4,50	4,28
Idade	4,08	4,08	4,28	4,42	4,16	3,92	4,57	4,42
Digestão	3,45	3,39	4,28	3,85	3,27	3,55	3,85	3,78
Dormir	3,91	3,90	4,42	3,85	3,35	3,24	3,92	3,85
Voz	3,97	3,86	4,17	4,00	3,63	3,69	4,21	4,28
Saúde	3,35	3,36	4,42	3,85	3,02	3,11	4,14	3,85
Atividade sexual	3,65	3,56	4,14	4,14	3,47	3,25	4,57	4,07
Sexo	4,36	4,17	4,57	4,42	4,30	4,20	4,71	4,78
Perspicácia	3,71	3,59	4,42	3,57	3,75	4,00	4,07	3,92
Tolerância à dor	2,64	2,57	3,57	4,00	2,75	2,86	2,64	2,71
Resistência à doença	3,00	3,04	3,57	3,71	3,16	3,32	3,85	3,71
Órgãos sexuais	4,07	4,14	4,71	4,14	4,02	3,87	4,21	3,92

Tolerância à dor é o item que apresenta no geral as menores médias. As maiores médias são observadas para os itens *idade*, *sexo* e *órgãos sexuais*. Somente os sujeitos do sexo masculino na faixa etária de 45 a 59 anos apresentaram alto grau de satisfação em

todos os itens de *Funções Corporais*, nos outros casos há registro de grau de insatisfação em algum item.

As médias da Catexe Corporal dos itens das *Qualidades Físicas* na primeira na segunda fase, são apresentadas na Tabela 4.11, por turma e sexo. De maneira geral os sujeitos apresentam alto grau de satisfação para todos os itens.

Tabela 4.11: Média da Catexe Corporal para os itens das Qualidades Físicas nas duas fases por turma e sexo

Item	Turma 1				Turma 2			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Ativ. Física	rot. 3,56	3,91	4,42	4,28	4,10	3,97	4,42	4,00
Resistência física	3,59	3,72	4,28	4,14	3,75	3,50	4,07	4,00
Força muscular	3,50	3,54	4,57	4,28	3,47	3,11	4,00	3,85
Coordenação	3,76	3,71	4,14	4,00	3,71	3,61	4,42	4,21
Tônus muscular	3,48	3,66	4,14	4,14	3,33	3,45	3,92	4,14
Habilidade física	3,88	3,82	4,14	4,57	3,77	3,75	4,21	4,14
Flexibilidade	3,85	3,81	4,28	4,28	3,64	3,60	3,50	3,64

As médias da Catexe Corporal para os itens da *Aparência Global* na primeira e na segunda fase, são apresentadas na Tabela 4.12, por turma e sexo.

Tabela 4.12: Média da Catexe Corporal para os itens da Aparência Global das duas fases por turma e sexo

Item	Turma 1				Turma 2			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase	1ª Fase	2ª Fase
Compleição facial	3,38	3,45	4,42	4,14	3,75	3,77	4,21	3,85
Cabelo pelo corpo	3,68	3,69	4,28	4,57	3,63	3,64	4,00	4,14
Compleição corporal	3,04	3,27	4,28	4,14	3,51	3,31	4,14	4,00
Perfil	3,14	3,18	4,14	4,00	3,22	3,27	4,28	4,35
Altura	3,24	3,10	4,00	4,00	3,92	2,95	3,71	4,00
Textura da pele	3,75	3,71	4,14	3,71	3,40	3,33	3,57	4,28
Postura	3,32	3,42	4,28	4,42	3,64	3,38	3,92	4,14
Peso	2,82	2,80	3,85	3,42	2,67	2,91	3,00	3,35
Aparência global	13,65	3,88	4,28	4,14	3,72	3,76	3,92	4,00

O item *peso* apresentou as menores médias na primeira e segunda fase, por turma e sexo. Também observamos que o sexo masculino, nas duas turmas, apresenta alto grau da satisfação para todos os itens, exceto para *peso*. Embora o sexo feminino apresente

4.3 Grau de satisfação do sexo masculino entre 45 e 59 anos, meia idade, turma 1113

média abaixo de 4 para todos os itens, nas duas fases, notamos que para os itens *peso* e *altura*, o sexo feminino apresenta razoável grau de satisfação.

4.3 Grau de satisfação do sexo masculino entre 45 e 59 anos, meia idade, turma 1

Observamos através dos resultados do sexo masculino na faixa etária de 45 a 59 anos (meia idade, turma 1), alto grau de satisfação geral relacionados às classificações globais *Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas e Aparência Global* (Tabela 4.6). Todas as médias são superiores a 4 na primeira fase. Na segunda fase apenas *Funções Corporais* e *Aparência Global* estiveram abaixo, mas muito próximas a 4. As diferenças encontradas entre as médias ficaram entre 0,18 e 0,32, demonstrando pouca amplitude entre as classificações globais.

A Catexe Corporal encontrada é alta, apesar de alguma limitação funcional ou doença própria do processo pessoal de envelhecimento.

A Catexe Corporal relativa às partes específicas, são superiores a 4 nas duas fases para os itens *olhos, orelha/ouvidos, queixo, forma da cabeça, lábios, testa, face, nuca, largura dos ombros, tórax/peito, costas, pescoço, quadril, tronco, mãos, braços, dedos, pulsos, tornozelos, pés, pernas, joelhos, respiração, idade, voz, atividade sexual, sexo, órgãos sexuais atividade física rotineira, resistência física, força muscular, coordenação, tônus muscular, habilidade física, flexibilidade, compleição facial, cabelo pelo corpo, postura, compleição corporal, perfil, altura e aparência global* (Tabelas 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11 e 4.12), ou seja, um total de 42 dos 57 itens da escala superposta, perfazendo 73,36%.

Os itens cujas médias permaneceram no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$, nas duas fases, foram *cabelos, dentes, cintura, apetite, resistência à doença e pés* (Tabelas 4.7, 4.8, 4.9 e 4.10), ou seja, 6 itens da escala superposta, correspondendo a 10,52%. Todos estes

apresentam razoável grau de satisfação. Para os demais itens em uma fase estiveram no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$ e na outra fase no intervalo $4 \leq \bar{X} \leq 5$.

Não houve registro de média inferior a 3, portanto os resultados indicam alto grau de satisfação para estes sujeitos.

4.4 Grau de satisfação do sexo feminino entre 45 e 59 anos, meia idade, turma 1

Observamos, através dos resultados do sexo feminino na faixa etária de 45 a 59 anos (meia idade, turma 1) para a Catexe Corporal das classificações globais *Cabeça*, *Funções Corporais*, *Qualidades Físicas* e *Aparência Global*, que o grau de satisfação está no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$, nas duas fases (Tabela 4.6). A amplitude encontrada entre as fases para as classificações globais variou de 0,44 e 0,46, o que demonstra homogeneidade da Catexe Corporal para as classificações globais.

Foram registradas, para itens específicos, médias que indicam grau de insatisfação, menores que 3, para os itens *dentes*, *tolerância à dor*, *peso* e *cintura*, correspondendo a 4 itens ou 7,02% do total de itens.

Médias superiores a 4 nas duas fases foram encontradas para os itens *idade*, *sexo* e *órgãos sexuais* (Tabela 4.10), 3 itens correspondentes portanto a 5,26% da escala.

As médias situadas no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$, nas duas fases, foram para os itens *cabelos*, *olhos*, *nariz*, *queixo*, *nuca*, *face*, *testa*, *lábios*, *largura dos ombros*, *tórax/peito*, *costas*, *pescoço*, *quadril*, *tronco*, *mãos*, *braços*, *tornozelos*, *pernas*, *pés*, *joelhos*, *apetite*, *excreção*, *respiração*, *disposição corporal*, *digestão*, *dormir*, *voz*, *saúde*, *atividade sexual*, *perspicácia*, *resistência à doença*, *atividade física rotineira*, *resistência física*, *força muscular*, *coordenação*, *tônus muscular*, *habilidade física*, *flexibilidade*, *compleição facial*, *cabelo pelo corpo*, *compleição corporal*, *perfil*, *altura*, *textura da pele*, *postura* e *aparência global* (Tabelas 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11 e 4.12), 46 itens que correspondem a 80,70%.

Estes resultados demonstram um razoável grau de satisfação da Catexe Corporal.

As médias da Catexe Corporal para os itens *orelhas/ouvidos*, *forma da cabeça*, *dedos*, *pulsos* e *idade* (Tabelas 4.7, 4.9 e 4.10), mudaram do intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$ para o intervalo $4 \leq \bar{X} \leq 5$ ou vice-versa, entre as duas fases, estes 4 itens correspondem a 7,02% da escala.

Somente 13 dos 114 sujeitos tiveram pontuações no intervalo $2 \leq \bar{X} < 3$ na primeira fase, correspondente a grau de insatisfação. Na segunda fase também tiveram 13 sujeitos com média no intervalo $1 \leq \bar{X} < 2$, o que é visto no Anexo 7, entretanto não foram exatamente os mesmos sujeitos da primeira fase. Dentre os quais somente 3 se mantiveram na mesma faixa nas duas fases.

Em contrapartida os sujeitos com mais alto grau de satisfação e média a partir de 4, também destacadas no Anexo 6, totalizam 24 sujeitos na primeira fase, apresentando médias no intervalo $4 \leq \bar{X} \leq 5$, pontuação média muito próxima de 5 que é o máximo de satisfação. Quando passamos para segunda fase, o total de sujeitos passa para 26, com pontuação no intervalo $4 \leq \bar{X} \leq 5$. Podemos observar que nas duas fases se mantiveram nesta faixa 15 sujeitos. Verificamos que o sujeito com o mais alto grau de satisfação se manteve na mesma colocação nas duas fases

Vale ressaltar que para esta faixa etária, nas duas fases, os sujeitos com maior grau de insatisfação e com o maior grau de satisfação se mantiveram nestes extremos e em comum tem 50 anos de idade.

4.5 Grau de satisfação do sexo masculino de 60 anos ou mais, idosos, turma 2

Os sujeitos de 60 anos ou mais classificados como idosos, turma 2, obtiveram médias para Catexe Corporal nas duas fases para as classificações globais *Cabeça* e *Qualidades físicas* superiores a 4, para *Funções corporais* as médias variaram de 3,91

a 4,03 e para a *Aparência global* as médias variaram de 3,86 e 4,01. Estes resultado indicam que os homens com 60 anos ou mais também apresentam alto grau de satisfação

Os mais altos graus de satisfação, expressos através da média acima de 4, nas duas fases, para os homens de 60 anos ou mais foram para os itens *cabelos, olhos, orelhas/ouvidos, queixo, lábios, testa, largura dos ombros, costas, pescoço, nuca, tronco, mãos, braços, dedos, pulsos, tornozelos, pernas, pés, joelhos, disposição corporal, idade, voz, atividade sexual, sexo, atividade física rotineira, resistência física, coordenação, habilidade física, cabelo pelo corpo, compleição corporal* e *perfil* (Tabelas 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11 e 4.12), ao todo 31 itens correspondendo a 54,39% da escala.

Resultados cujas médias apareceram em diferentes intervalos, $3 \leq \bar{X} < 4$ ou $4 \leq \bar{X} \leq 5$, nas duas fases, foram para os itens *nariz, forma da cabeça, face, tórax/peito, quadril, excreção, respiração, órgãos sexuais, força muscular, tônus muscular, altura, textura da pele, postura* e *aparência global* (Tabelas 4.7, 4.8, 4.10, 4.11 e 4.12), 14 itens correspondendo a 24,61% da escala

Médias no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$, nas duas fases, foram obtidas para os itens *dentes, cintura, apetite, digestão, dormir, saúde, perspicácia, resistência a doença, flexibilidade, compleição facial* e *peso* (Tabelas 4.10, 4.11 e 4.12) itens correspondendo a 19,30% da escala. O item *tolerância à dor* (Tabela 4.10), foi o único que apresentou média inferior a 3 indicando grau de insatisfação nas duas fases.

4.6 Grau de satisfação para o sexo feminino de 60 anos ou mais, idosas, turma 2

Verificamos para os sujeitos o sexo feminino com 60 anos ou mais, idosas, turma 2, que para as classificações globais de *Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas* e *Aparência Global* apresentam médias no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$, apresentando, portanto, grau de satisfação. Na classificação global não houve registro

de média superior a 4 nas duas fases.

Médias no intervalo $4 \leq \bar{X} \leq 5$, foram encontradas para os itens *olhos, queixo, forma da cabeça, mãos, pulsos, joelho, idade, perspicácia, sexo, órgãos sexuais e atividade física rotineira*, 11 itens correspondendo a 19,30% da escala.

Médias variando no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$, nas duas fases, foram encontradas para *cabelos, nariz, orelhas/ouvidos, lábios, testa, face, nuca, largura dos ombros, tórax/peito, cintura, costas, pescoço, quadril, tronco, braços, dedos, tornozelos, pernas, pés, apetite, respiração, disposição corporal, digestão, dormir, voz, saúde, atividade sexual, resistência à doença, resistência física, força muscular, coordenação, tônus muscular, habilidade física, flexibilidade, compleição facial, cabelo pelo corpo, compleição corporal, perfil, textura da pele, postura e aparência global*, 41 itens correspondendo a 71,93% da escala.

Médias que foram maior ou igual a 3 numa fase e menor que 3 em outra, foram encontradas para os itens *dentes, excreção, tolerância à dor e altura*, 4 itens, cobrindo 7,02% da escala. O item *peso*, apresentou média menor que 3 nas duas fases.

Com relação a médias inferiores a 3, caracterizando grau de insatisfação, destacamos na primeira fase 16 sujeitos com pontuações entre 1,82 e 2,98. Na segunda fase o número de sujeitos com média menor que 3 aumentou para 25, apresentando médias entre 2,19 e 2,98. Dentre os que se mantiveram na mesma faixa, 11 sujeitos estão na faixa etária de 60 a 72 anos e permanência no programa de 1995 e 2002.

Por outro lado, os sujeitos com maior grau de satisfação e média a partir de 4 somam 35, apresentando médias entre 4,00 e 4,59, pontuação média bastante alta na direção do máximo de satisfação. Quando passamos para a segunda fase, o total de sujeitos passa para 25, com pontuação entre 4,00 e 4,92, esta última média bem próxima do máximo que é 5. Podemos observar que nas duas fases se mantiveram nesta faixa 113 sujeitos. Verificamos que o sujeito com maior grau de satisfação se manteve na segunda

e primeira colocação respectivamente em cada fase, assegurou graus de satisfação em todos os itens, exceto para *cintura*, é uma pessoa de 75 anos e participa desde 1994.

4.7 Sentimentos sobre si mesmo e queixas de doenças dos sujeitos

Na parte final do instrumento de levantamento de 57 itens, foram acrescentadas duas perguntas (Anexo 3), a saber: *Classifique a si mesmo neste momento e; Informe se tem alguma queixa de doença hoje.*

Com relação a classificação de si mesmo, foi oferecido aos sujeitos as seguintes opções de respostas objetivas: 1) *Sinto-me muito mal*; 2) *Sinto-me mal*; 3) *Neutro*; 4) *Sinto-me bem* e; 5) *Sinto-me muito bem*. As maiores frequências, tanto por sexo quanto por idade situaram-se entre as classificações *Sinto-me bem* (B) e *Sinto-me muito bem* (MB), nas duas fases, conforme Tabela 4.13.

Tabela 4.13: Frequências da classificação de si mesmo no momento do preenchimento da escala da Catexe Corporal

Sexo	Turma	MM		M		N		B		MB	
		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Fem.	1	1	0	5	3	7	7	60	64	41	39
	2	0	1	4	3	5	11	70	70	57	51
Masc.	1	0	0	0	1	0	0	2	3	5	3
	2	0	0	0	0	3	0	5	8	6	6

MM = Sinto-me muito mal M = Sinto-me mal N = Neutro B = Sinto-me bem
 MB = Sinto-me muito bem 1ª = Primeira fase 2ª = Segunda fase

Estes resultados são coerentes com os encontrados na distribuição da Catexe Corporal das duas fases.

Na pergunta sobre queixas de doenças no mesmo dia do preenchimento da escala, o sujeito citava subjetivamente quantas queixas quisesse registrar. Foram encontrados

casos de pessoas assinalando que estão muito bem mas, com uma a três queixas de doenças.

De modo específico as queixas mais freqüentes foram de dores: de cabeça, no corpo todo, musculares, nos pés, nas pernas, nos joelhos, nos calcanhares, nos dedos das mãos, no quadril, no cotovelo, nos ombros, no pescoço, em articulações, nos ouvidos, na garganta, na coluna vertebral (lombar, cóccix).

Outras queixas foram de má digestão, prisão de ventre, gripe, coriza, gastrite, catarata, problemas de estômago e renal, bursite, sensação de nervoso, hipertensão, azia, labirintite, cólica abdominal, bronquite, depressão, insônia, angina, asma, diabete, alergias variadas, rinite alérgica, osteoporose, artrite e artrose.

As queixas apresentadas como as mais freqüentes foram dores, problemas ortopédicos e pressão alta.

De modo mais popular ou mais técnico todos descreveram doenças instaladas que convivem com paciência ou pacificamente.

Capítulo 5

Discussão

De repente a gente sente que já não sente o que já sentiu. De repente naturalmente o que era novo envelheceu, de novo. De repente não há mais saco, para tanto papo que já se ouviu. De repente a moda muda o mundo roda e você já mudou outra vez. Não há nada a perder, não há nada a ganhar, a não ser o prazer de ser o mesmo, mas mudar. Não há nada só bom, nem ninguém é só mau, se o início e o final de nós todos é um só. De repente a gente saca que só não passa, o que já passou. Sem vergonha e sem orgulho nós somos feitos do mesmo pó.

Pedro Mariano

Esta investigação, inicialmente, tinha por objetivo: avaliar a Catexe Corporal e a Autocatexe e fazer uma correlação entre as duas. No estudo piloto, entretanto, foi detectado que havia dificuldade dos participantes em compreenderem alguns conceitos referentes a itens contidos na escala de avaliação da Auto Catexe. Por essa razão a excluímos (Anexo 5).

Partimos do pressuposto que para podermos efetuar com sucesso e sentido científico a investigação da Auto Catexe, necessitaríamos incluir no desenvolvimento do programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) conteúdos e estratégias que favorecessem a formação e reflexão preliminar sobre os itens contidos na referida escala. Nossa decisão foi corroborada pelo levantamento bibliográfico realizado, por meio do qual pudemos observar que a Catexe Corporal po-

deria ser analisada separadamente. Optamos, assim, por realizar essa pesquisa visando a avaliação da Catexe Corporal, aspecto este inerente à Imagem Corporal. Consideramos, no entanto, ser relevante, no futuro, ampliar esta investigação, verificando também a Auto Catexe e a Catexe Corporal, comparando-as.

O presente estudo avaliou a distribuição da Catexe Corporal de pessoas em fase de envelhecimento, na faixa da meia idade e idosos, todos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da UFAM.

Esta é uma pesquisa pioneira: a investigação da Catexe Corporal de pessoas em fase de envelhecimento, envolvidas na prática da atividade física. Apesar da escala da Catexe Corporal ser um instrumento muito conhecido no meio científico internacional, até então não foi utilizada em população brasileira. A partir dessa investigação, a escala fica disponível para uma possível avaliação de nossos alunos/clientes, não só em fase de envelhecimento, mas em qualquer pessoa com capacidade de situar seus sentimentos a respeito de si próprio. A escala pode ser um instrumento importante para a compreensão de aspectos do comportamento e apreciação do impacto de intervenções implementadas pelo professor de Educação Física.

Em sua aplicação, a escala da Catexe Corporal mostrou-se de fácil compreensão e apresenta a vantagem de aceitar variações, não necessitando de padronização quanto ao número de itens. De acordo com a literatura, a escala é flexível à inserção ou exclusão de itens, conforme o objetivo de cada pesquisa, e pode se acoplar a escala do tipo Likert de 3 a 7 pontos. É um instrumento estável e consistente (Tucker, 1981), sendo uma medida multidimensional (Tucker, 1981, 1983a). Pode ser utilizada em diversos grupos, em estudos sobre os efeitos de atividades físicas em pessoas, como também em pesquisas clínicas para avaliar a atitude das pessoas em relação ao seu corpo, como assinala Balogun (1986a). Ward, McKeown, Mayhew, Jackson e Piper (1994) estudaram a confiança e a multidimensionalidade da escala da Catexe Corporal

na avaliação de práticas do exercício físico e concluíram que é uma avaliação segura.

Balogun (1986a) aponta implicações de ordem prática na aplicação da escala da Catexe Corporal. Seu uso pode auxiliar o professor de Educação Física tanto em seu planejamento como na avaliação, mas pode também favorecer ao participante a reflexão sobre si mesmo, pertinente a multivariados aspectos, ampliando sua autoconsciência sobre partes específicas do corpo e funções corporais.

Neste trabalho, para que toda a distribuição da Catexe Corporal fosse estudada, fizemos a associação de um grande número de itens. Procuramos fazê-lo com as escalas que observamos terem sido as mais relevantes na história evolutiva dos experimentos com a escala da Catexe Corporal. Assim, chegamos à superposição das escalas de Secord e Jourard (1953, 1954) e Tucker (1981).

A escala superposta da Catexe Corporal de Jourard e Secord (1953, 1954) e de Tucker (1981), Anexo 3, mostrou que, além dos graus de satisfação ou insatisfação relacionados a partes e funções corporais especificamente, há outros aspectos a mais que estão sendo observados. Os classificamos como *Qualidades Físicas* e *Aparência Global*. Para tal, encontramos apoio nos trabalhos de Tucker (1981, 1982a e 1985) que apresentam o conceito corporal com a distribuição dos fatores saúde e aptidão física, aparência global, força muscular e física, mistura de itens, habilidade e aptidão física, peso e parte inferior do corpo. Neste sentido, a metodologia empregada nesse trabalho aborda a distribuição da Catexe Corporal para além das partes do corpo.

Apesar de todos os qualificativos da escala, observamos, durante a coleta dos dados, que itens como *compleição facial*, *forma da cabeça* e *face* parecem repetitivos na compreensão dos sujeitos dessa pesquisa. Para efeito de simplificação, em futuros trabalhos, estes itens poderão ser reduzidos apenas ao item *face*, sem diminuir o conteúdo das informações.

Outro exemplo de situação equivalente refere-se aos itens *tórax/peito* (dos ombros

às costelas) e *tronco* (dos ombros ao quadril), que cobrem duas vezes a parte superior do tronco. Pensamos que, sem alterar o número de itens, poderíamos dar prioridade ao tronco como um todo, ou, em caso de ter que subdividir, poderia ser em *parte superior* e *parte inferior do tronco* ou na forma usual, *tórax* e *abdômen*. O item que se refere aos *órgãos sexuais*, também ofereceu alguma dificuldade de compreensão para os sujeitos.

No quesito distribuição dos sujeitos por sexo, nas faixas etárias, houve um notório desequilíbrio da participação masculina em relação à feminina (Figura 4.1), o expressivo número de 250 mulheres, corresponde a 92,25%, contra 21 homens, isto é, 7,75% da população estudada. A participação maciça do sexo feminino em atividades no ciclo do envelhecimento é observável na maioria dos trabalhos de pesquisa que apresentam amostras compostas por sujeitos dos dois sexos (Borini, 2002; Gandolfi e Skora, 2001; Silva, 1999; Francioli, 1999 Furtado, 1996; Riva, 1996; Fiamenghi, 1994; Mazo, 1991; Goicochea e Coelho, 1990). Como exposto acima, nossos dados foram similares, referindo proporções marcadamente inferiores de pessoas do sexo masculino.

Esse dado nos reporta ao fato da expectativa de vida do sexo feminino ser superior a do sexo masculino em até 4 anos. A maior participação de idosos do sexo feminino em programas de atividade física estimula sua estrutura física e emocional, assim como gera mais papéis a serem desempenhados, no contexto social. Estes dois aspectos podem contribuir para uma maior sobrevida, ou seja, maior capacidade de adaptação.

O envelhecimento não é unicamente cronológico, como nos asseguram Salgado (1982), Rauchbach (1990), Comfort (1979) e Moreno (1994). No Programa de Educação Física Gerontológica da UFAM, trabalhamos para atingir o envelhecimento ou velhice bem-sucedida, descrita como aquela que tem baixo risco de doenças e incapacidades funcionais, conforme Rowe e Kahn (1998), Neri (2001), Papaléo Netto (2002a). A cronologia é apenas uma das variáveis da construção do processo do envelhecimento. Temos que reconhecer, porém, que a idade é a primeira referência. No nosso caso, em

relação aos participantes do projeto, as maiores concentrações por idade se apresentaram entre 50 e 69 anos com a representação de 77,14%, mas não podemos desprezar de forma alguma os 18,07% que ultrapassaram os 70 anos, sendo o mais velho de 85 anos. Este informe pode nos indicar um real aumento da expectativa de vida no Amazonas e a surpreendente integração desses indivíduos ao convívio social. Barbosa et al (1987) apontaram que a população manauara não se voltava para atividade física como parte dos seus hábitos culturais. O grupo por nós estudado representa uma amostra diferenciada dessa mesma população. A participação dessas pessoas mais idosas representou uma mudança de hábitos sedimentados há um longo tempo. E os voluntários com mais de 70 anos representam uma mudança profunda no sentido da adesão à atividade física no processo de envelhecimento.

A Imagem Corporal apresenta uma grande variabilidade em seus resultados, passível de flutuação conforme as circunstâncias vivenciais, sem no entanto perder sua identidade. Aplicamos a escala da Catexe Corporal em duas fases para verificarmos a possível flutuação da mesma em situações distintas. A primeira fase ocorreu no oitavo mês consecutivo de participação no Programa e a segunda, após a interrupção do mesmo, por um mês.

Quanto aos resultados, a Catexe Corporal global média encontrada na primeira e na segunda fase foram maiores para o sexo masculino e difere significativamente da média do sexo feminino. Esses resultados assemelham-se aos dos trabalhos realizados com universitários por Johnson (1956), Jourard e Remy (1957), Mahoney e Finch (1976a), Tucker (1985), Lester e Wendell (1988), Salusso-Deonier e Schwarzkopf (1991). Os dados analisados demonstram sempre maior grau de satisfação para o sexo masculino. A mulher diferencia mais suas partes e funções corporais, ou seja, está mais atenta aos detalhes, sendo este um aspecto cultural marcante do universo feminino. Esse aspecto pode estar relacionado a um julgamento de maior valorização do corpo ideal e

menor investimento psíquico em partes corporais.

A maioria dos sujeitos da pesquisa estão acima da média de satisfação independente do ano de ingresso no programa, o que nos leva a inferir que a atividade física é um forte fator de contribuição para este resultado e não, necessariamente, o tempo em que se está inserido nela (Tabela 4.3). Essa hipótese encontra eco nos estudos de Furtado (1997) sobre a forma como o indivíduo envelhece, a qual, segundo ele, está vinculada ao estilo de vida que se leva e como subjetivamente se encara a velhice. Um novo estilo de vida reforça a relação do indivíduo com a aparência. Sua pesquisa nos mostra que há consenso em que, quanto mais ativa e dinâmica for a postura do idoso frente aos problemas, maiores serão as disponibilidades de um envelhecimento com qualidade.

Os sujeitos que permanecem há mais tempo no programa apresentam maior grau de satisfação, fato que independe de sua idade. Este resultado reforça a importância do engajamento e participação continuada do idoso num programa educativo que tem como conteúdo central a Educação Física Gerontológica. Os dados mostram que o nível da Catexe Corporal não está associado ao entusiasmo pelo novo, mas em algo mais sedimentado. Isto reforça a credibilidade de programas com propostas anuais seqüenciadas.

Ainda no contexto do ano de ingresso no programa, é significativo o dado que aponta para a adesão à atividade física, constatando que 70% dos sujeitos estão no programa de Educação Física Gerontológica da UFAM de 3 a 9 anos, o que pode significar que o contato com seu próprio corpo, com os colegas e com o ambiente educativo tem surtido efeitos na constância e desenvolvimento de um hábito. Estes aspectos estão presentes em outros trabalhos universitários e programas de atividade física no processo de envelhecimento, os quais, ao estudarem a adesão participativa de idosos na atividade, encontraram o fator saúde como o maior destaque para explicar este fenômeno (Silva, 1999; Furtado 1996; Fiamenghi, 1994; Borini, 2002; Simões, 1992; Lima, Grassel e Fi-

alho 1997; Baur e Egeler, 1983; Diem, 1984; Silva, 1982; Gorinchteyn, 1999; Meirelles, 1997; Mazo, Lopes e Benedetti, 2001; Puggard, 1994). Gonçalves e Bosi (1998) estudaram a aderência da participação de idosos na atividade física, encontraram, que o fator saúde foi o maior destaque para explicar este fenômeno.

Devide (2000) acredita que a adesão à atividade física relaciona-se à causa e efeito do exercício, isto é, saúde e relações sociais. Já Dishman (1988) aponta que a não adesão a essa atividade por pessoas maiores de 65 anos é, possivelmente, motivada pelo nível econômico e sócio cultural, pelo aumento da idade, por problemas de saúde e, até, por um passado esportivo; inclui, ainda, entre os motivos, o desconhecimento dos governos sobre os benefícios da adesão a um estilo de vida ativo, e a falta de informação dos idosos sobre a prática de exercícios. Para Okuma (1998) a adesão à atividade física envolve 4 fatores que são: 1) *lidar com agentes estressantes* (aposentadoria, doenças crônicas, problemas econômicos, perdas funcionais, morte de pessoas queridas, entre outros); 2) *possibilidade de convivência com outros idosos* (interação social, sentimento de igualdade e compartilhar); 3) *um meio da auto valorização*; 4) *a manutenção da saúde e capacidade funcional*. Como se percebe, há uma conjunção de fatores que se corroboram a favor da prática e do porquê não há ainda uma adesão total.

O número de atividades que os sujeitos participam no programa não está associado a Catexe Corporal para os sexos e as faixas etárias, ou seja, o número de atividades não influencia o grau de satisfação (Tabela 4.4). Parece, então, que a satisfação dos sujeitos está mais ligada a sua participação geral que a quantidade de atividades que ele participa no programa. Isto nos leva a pensar em uma mudança mais universal, uma transformação interna do idoso, que o impulsiona a buscar um programa de atividade física gerontológica, cujas experiências respondem as suas novas necessidades. Furtado (1997) acredita que está surgindo um novo idoso, mostrando uma postura mais ativa, cidadã, que redireciona a própria vida em busca de novidades que proporcionem

satisfação e o valorizem socialmente. Ainda neste sentido, Devidé (2000) destaca que *a capacidade de autonomia nos cuidados consigo mesmo, as participações sociais e a disposição para novos projetos está modificando valores e trazem consigo resultados de jovialidade.*

No aspecto *doenças portadas*, não foi encontrada associação significativa entre o número dessas e a Catexe Corporal, tanto por sexo quanto por faixa etária, sugerindo que o grau satisfação com o próprio corpo não depende de doenças quer sejam passageiras, quer sejam crônicas e/ou degenerativas. Esse dado é confirmado no final da escala, quando perguntamos aos participantes como se sentiam naquele momento e se tinha alguma queixa de doença. A maior proporção das respostas era de que se sentiam *bem* ou *muito bem*, mesmo se registrando que uma parte deles se queixavam de uma a três doenças. Isto confirma o parecer de vários autores no sentido de que os avanços científicos e tecnológicos propiciam a convivência pacífica e até harmoniosa dos idosos com doenças crônicas e degenerativas em seu corpo (Wagorn, Theberge e Orban, 1993; Cotton, 1998; Spirduso, 1995; Bisognin e Vilanova Ilha, 1999). Um bom exemplo é a indicação de atividade física sistemática em doenças como artrite, artrose, osteoporose, cardiopatias, diabetes e aspectos pneumológicos (Wagorn, Theberge e Orban, 1993; Mazo, Lopes e Benedetti, 2001; Manidi e Michel, 2001; Schall, 1997; Hermógenes, 1996). Nesse sentido, Mazo (1991) e Furtado (1996) destacam a possibilidade da contribuição significativa do profissional da Educação Física com programas que ultrapassam o funcional, atingindo integradamente o indivíduo em seus componentes biológicos, psicológicos e sociais.

A avaliação da Catexe Corporal global indicou que os sujeitos apresentam alto grau de satisfação com o próprio corpo, embora haja diferença significativa entre os sexos. Estes resultados são similares àqueles encontrados por Jourard e Secord (1953, 1954 e 1955), Jourard e Remy (1957) e Lester e Wendell (1988). O resultado desta

investigação se opõe aos aspectos negativos das perdas funcionais e orgânicas apontadas na literatura relativa às análises psicológicas e sociais do processo de envelhecimento (Motta, 1989; Destéfani, 2000; Moragas, 1997). Lapenta (1996) indica que podemos observar que é no corpo que ocorre o aparecimento das características mais evidentes do envelhecimento. Acreditamos que, a constância da atividade física possa propiciar ao idoso maior contato com seu corpo que envelhece e favorecer uma maior reelaboração de representações mentais por meio de ações de adaptação e assimilação positiva a esta fase do ciclo vital. O trabalho de Lovisolo (1997) concluiu que, liberados de obrigações familiares e ocupacionais, os idosos têm oportunidade para desfrutar de oportunidades de autoconstrução, busca de independência e melhora da qualidade de vida. Lovisolo e Vendrusculo (1997) explicam que a década de 90 ofereceu um novo tipo de poder aos idosos com os valores de saúde, qualidade de vida e longevidade, que talvez justifique o idoso ativo. É razoável que o maior contato com o corpo implique em maior investimento psíquico sobre ele e, portanto, um aumento da Catexe Corporal dos idosos integrados na prática da atividade física por um tempo maior.

O intervalo de um mês sem atividades do Programa de Educação Física Gerontológica da UFAM não causou alterações significativas no grau de satisfação, ou insatisfação com partes e funções corporais destes sujeitos. É importante ressaltar que, embora não estivessem freqüentando a universidade, eles estavam plenamente inseridos nela. Esse mês representava o período de férias.

Observando a Catexe Corporal para as classificações globais *Cabeça, Tronco, Membros, Funções Corporais, Qualidades Físicas e Aparência Global*, vimos que não foi obtido resultado inferior à 3, tanto para os sexos quanto para as faixas etárias. Tucker (1982a) verificou que o treinamento com peso aumenta a autoconfiança, o grau de satisfação e amplia as relações sociais. Balogun (1987) verificou uma melhora no modo de um grupo de mulheres universitárias, praticando atividade física sistemática,

perceberem suas várias partes e processos corporais. Seggar, McCammon e Cannon (1988) encontraram indicação de que a atividade física estava significativamente correlacionada ao grau de Catexe Corporal. O envolvimento com o exercício físico pode contribuir para aumentar a Catexe Corporal de homens e mulheres, não importando a idade ou o nível inicial da satisfação corporal, conforme apontam Salusso-Deonier e Schwarzkopf (1991). Embora não tenha sido objetivo desta pesquisa, acreditamos que a atividade física sistemática do programa, a qual os sujeitos estão atrelados tenha contribuído para o alto grau de satisfação desta população.

Na avaliação global, a *Cabeça* foi à parte do corpo que reuniu o segundo maior número de itens da escala estando bastante fracionada e representada; esse detalhe nos confirma sua influência no aspecto aparência (Schilder, 1999) para os graus de satisfação do indivíduo. O destaque de insatisfação na *Cabeça* foi para o item *dentes*, cuja média ficou abaixo de 3. Este aspecto aparece freqüentemente nos textos de Gerontologia, relacionado à perda dos dentes, no sentido de dificultar a mastigação dos alimentos; e ao desagrado, em relação à parte estética (Bodachne, 1998; Papaléo Netto, 2002a; Freitas, 2002). No sentido da estética, Furtado (1997) defende que nos dias atuais há uma maior flexibilidade no comportamento das pessoas; há uma exposição enorme de diversidades que não espantam mais, tais como as várias cores pintadas nos cabelos, podendo haver convivência pacífica com as limitações e o fortalecimento dos potenciais disponíveis, que muitas vezes não foram observados em idades mais jovens, mas que possibilitam o fenômeno da inclusão e a superação de um ponto negativo, através da troca por um positivo. Talvez, um profundo princípio de sabedoria. A Catexe Corporal alta é um bom sinal e oposta à postura da busca de eterna juventude estética avessa a rugas e a cabelos brancos, por exemplo.

No *Tronco*, o item que apresentou as médias mais baixas foi a *cintura*, para o sexo feminino da turma 1, ficando abaixo de 3 nas duas fases. Esse dado nos levou a refletir

sobre as transformações pelas quais o corpo passa na meia idade e que são percebidas pelo sujeito do processo. Observamos ainda que a cintura, na cultura social, é um dos indicadores de beleza e atração ao sexo oposto. Esse resultado indica uma possível presença de distensão abdominal, acúmulo de adiposidade na região do abdômen e, até mesmo, algum grau de obesidade, comum entre estes sujeitos. Afinal não é considerado socialmente como atrativo ser barriguda. O aspecto social parece ser muito importante neste item para diminuir o investimento psíquico em parte tão distante do ideal. Para os itens restantes, *largura dos ombros, tórax, costas, pescoço, quadril e tronco*, os resultados demonstraram altos graus de satisfação (Tabela 4.8). Sabemos que o tronco também representa aspectos de beleza exposta pela delgadez e postura. Supomos que a prática da atividade física possa contribuir para o aumento no grau da Catexe Corporal, por possibilitar o aprimoramento da flexibilidade, força e tonicidade muscular dessas regiões.

Os itens dos *Membros* apresentaram todos os resultados acima de 3 para os sexos e para as faixas etárias, confirmando mais uma vez que os possíveis sinais de envelhecimento e/ou doenças portadas nestas regiões - as que são afetadas por aspectos como pele desidratada, problemas articulares ou reumáticos e limitações motoras da extremidade das mãos - não estão impedindo a catexização dos mesmos (Tabela 4.9), Wagorn, Theberge e Orban (1993).

Estamos comprovando que existe um alto grau de aceitação e valorização do corpo, pois sem estes atributos, é difícil pensar em um investimento psíquico.

As *Funções Corporais* incluíram o maior número de itens da escala. O item *tolerância à dor* registrou as menores médias para o sexo feminino nas duas faixas etárias e para o sexo masculino de 60 anos ou mais. A respeito da sensação de dor, Penna (1989) menciona que as reações variam de acordo com o grau de consciência já atingido pela pessoa. Outra função corporal, o item *excreção/eliminação*, somente para o sexo feminino, de 60 anos ou mais, na primeira fase, obteve grau de insatisfação, isto é, média

abaixo de 3. Os demais itens *apetite, respiração, disposição corporal, digestão, dormir, voz, saúde, atividade sexual, sexo, perspicácia, resistência à doença e órgãos sexuais*, obtiveram médias indicando alto grau de satisfação. É interessante verificar graus de satisfação para *digestão, respiração* e *dormir*, comumente situados na literatura como queixas de idosos (Tabela 4.10). Como Néri (1993), consideramos que envelhecer satisfatoriamente depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo em lidar com diferentes graus de capacidade orgânica. O item *sexo* destacou-se com as médias mais altas, significando que todos estão muito satisfeitos na sua identidade sexual.

As *Qualidades Físicas* apresentaram os mais altos graus de satisfação por sexo e por faixa etária, composta pelos itens *atividade física rotineira, resistência física, força muscular, coordenação, tônus muscular, habilidade física e flexibilidade*. Esses resultados remetem para os benefícios do engajamento num programa de atividades físicas sistemáticas no envelhecimento, presentes nos estudos de Baur e Egeler (1983), Meinel (1984), Diem (1984), Lorda Paz (1990), Silva (1982), Gorinchteyn (1999), Okuma (1988), Cardoso (1992), Puggard (1994) Mazo, Lopes e Benedetti (2001) e nos resultados das investigações da Catexe Corporal e envolvimento com a atividade física, destacados por autores como Krotee (1980); Tucker (1982a, 1982b e 1984); Metcalfe (1982); Furst e Tenenbaum (1984); Balogun (1986a, 1986b, 1987); Seggar McCammon e Cannon (1988); Salusso-Deonier e Schwarzkopf (1991); Ford Jr, Puckett, Reeve e Lafavi (1991); Bosscher (1993); Soughton (1994); Maxwell (1995), os quais encontraram associação positiva entre a Catexe Corporal e atividade física. Joesting (1981) afirma que pessoas que participam da atividade física tem uma visão mais positiva de seu corpo.

- A *Aparência Global* apresentou graus de insatisfação no item *peso*, para o sexo feminino nas duas faixas etárias nas duas fases; a *altura*, para o sexo feminino de 60 anos ou mais, somente na segunda fase. Sabemos que com o avançar da idade o

metabolismo desacelera, nossas necessidades calóricas passam a ser menores, o que exige uma reeducação nutricional; a ignorância, neste aspecto, e a continuidade dos hábitos alimentares peculiares a outras idades, redundam fatalmente em aumento de peso. A atividade física estimula o consumo de calorias e diminuição de peso, normalmente observado pelos sedentários que iniciam programa de atividade física. No entanto, a preocupação atual com o problema da obesidade em vários países e o padrão de beleza *magro* provavelmente desempenham um papel decisivo no grau de insatisfação observado neste item.

Os itens da *Aparência Global* que apresentaram grau de satisfação acima de 3 ou acima de 4 foram a *compleição facial, cabelo pelo corpo, perfil, textura da pele, postura e aparência global*. Esses dados nos revelam uma Imagem Corporal favorável destes sujeitos. Parece-nos que eles se sentem confortáveis em seu corpo, compreendem que sua imagem física está se modificando conforme seu próprio corpo, que se modifica com a idade (Freedman, 1994).

Os sujeitos do sexo masculino com idade de 45 a 59 anos, na meia idade, demonstraram os mais altos graus de satisfação global e específico. Todas as médias se mostraram superiores a 4 na primeira fase, e na segunda apenas *Funções Corporais* e *Aparência Global* estiveram abaixo, mas muito próximas a 4. Poucas diferenças foram encontradas entre as médias tanto na classificação global, quanto nos itens específicos, sugerindo que a Catexe Corporal destes sujeitos é homogênea e há uma integração dos diferentes fatores. A Catexe Corporal encontrada é alta, mesmo paralela a alguma limitação funcional ou doença própria do processo pessoal de envelhecimento.

Os sujeitos do sexo feminino com a idade de 45 a 59 anos, na meia idade, apresentaram graus de satisfação para classificação global, inclusive com médias acima de 4 para alguns itens específicos. A amplitude encontrada para as médias foi pequena, demonstrando homogeneidade entre os fatores globais e específicos. Os itens em que os

pesquisados mostraram algum grau de insatisfação foram os *dentes*, *tolerância à dor*, *peso* e *cintura*. Estes resultados sugerem que estes itens com baixa Catexe Corporal devam ser verificados no decorrer do programa continuado de atividade física. Este, se bem direcionado, poderá facilitar um maior reconhecimento da realidade corporal e aceitação do processo de envelhecimentos destes sujeitos.

Os sujeitos do sexo masculino de 60 anos ou mais, idosos, obtiveram para Catexe Corporal global alto grau de satisfação. Os sujeitos do sexo feminino, de 60 anos ou mais, idosas, obtiveram Catexe Corporal na classificação global, alto grau de satisfação. Nos itens específicos, demonstraram algum grau de insatisfação com: *dentes*, *excreção*, *tolerância à dor* e altura; uma similaridade com os resultados da outra faixa etária. Nesse caso, sugerimos a mesma estratégia de trabalho com estes itens, no sentido de favorecer sua melhor reelaboração na representação mental das pesquisadas.

Salusso-Deonier e Schwarzkopf (1991), afirmam que o exercício regular tem o potencial para aumentar a Catexe Corporal em Homens e Mulheres. Neri (1993) aponta que a satisfação tornou-se a dimensão mais freqüente da investigação em relação ao bem-estar na velhice, que estaria baseada em 4 fatores: atividade que o sujeito desempenha; capacidade de afastamento (independência) por demonstração de autonomia; satisfação com as características da sua vida; maturidade ou integração com a sua personalidade.

Thomae e Rudinger (1990), afirmam ser a saúde biológica um poderoso indicador de bem-estar no envelhecimento assim como a saúde percebida e a maneira de lidar com a saúde em geral. Apontam também que a capacidade de manter contatos sociais é outro importante predicante de satisfação no envelhecimento, enfim a avaliação que o idoso faz de sua situação atual é importante para predizer sua satisfação na vida. Neste sentido, vale destacar que o aspecto subjetivo de percepção da satisfação do corpo, através da avaliação da Catexe Corporal, se apresentou neste trabalho de forma objetiva e, com isso, pudemos constatar informações preciosas. Esta metodologia poderá auxiliar o

professor de Educação Física a planejar e avaliar seu trabalho de forma coerente com a realidade e as reais necessidades do seu aluno, independente de sua faixa etária.

Os fundamentos básicos da Educação Física, aplicados em programas sistemáticos para pessoas em processo de envelhecimento, têm sido uma variável positiva. O conceito de envelhecimento tem que ser reciclado o tanto quanto possível por toda sociedade atual. Para muitos, já está assimilada a visão atualizada do envelhecimento, a qual precisa ser enfrentada de modo consciente pelos próprios sujeitos que vivenciam este processo, assim como por seus familiares e seus contatos sociais.

Concordamos com os que chamam a atenção para importância da produção de trabalhos que venham disponibilizar informações preciosas para desvendar questões ligadas ao envelhecimento. São inúmeras as dificuldades encontradas nesta estrada. Acreditamos que mesmo com toda evolução da sociedade atual, persiste a significação dialética entre o poder do tempo, que acumula sabedoria, e a limitação física, explícitas praticamente na mentalidade de todas as culturas.

Nossos resultados indicam que o participante do Programa de Educação Física Gerontológica da UFAM vive sua *idade sociogênica*, abrindo grandes espaços para assumir papéis mais agradáveis nesta fase do ciclo vital. As pessoas que aderiram ao programa da UFAM passaram do processo comum de envelhecimento ao de exposição a estratégias sistemáticas da Educação Física Gerontológica. Estas estratégias parecem favorecer a capacidade do envelhecer saudável.

O engajamento e permanência neste tipo de programa parecem amenizar os seguintes indicadores sociais do envelhecimento, situados por Motta (1989): a diminuição dos contatos sociais; distanciamento das gerações; progressiva perda do poder de decisão; progressivo esvaziamento dos papéis sociais; a gradativa perda da autonomia; alteração no processo de comunicação e crescente importância do passado.

Vimos que o Brasil avança lentamente para assumir uma *Política Nacional do*

Idoso e isto é fruto de muitas batalhas do passado, estruturadas por profissionais envolvidos e com a participação conjunta dos próprios idosos.

Consideramos, pois, a educação como caminho para a questão do envelhecimento. A educação permanente tem contribuído e se ramificado pelo comprometimento profissional à causa do envelhecimento dentro das Universidades tanto Federais, Estaduais e até as Particulares. Estas ações são decisivas rumo a uma *chegada* homogênea, na visão atualizada do envelhecimento, pois mais e mais idosos acessam espontânea e conscientemente estes programas educacionais.

Na utilização da escala da Catexe Corporal, constatamos que a mesma cumpre os princípios científicos da objetividade, clareza, capacidade de reprodução e até a da falta de sofisticação, podendo ser acessível a todos de modo simples.

A escala da Catexe Corporal superposta de Secord e Jourard (1953, 1954) e Tucker (1981), utilizada neste trabalho não passou por processo de validação, por retratar itens ou palavras simples, que pediam pontuação de 1 a 5. Optamos pela sobreposição dos itens, por ser um primeiro trabalho, cujo objetivo foi verificar como é a distribuição da Catexe Corporal dos participantes de um Programa de Educação Física Gerontológica, que estão em fase de envelhecimento. Evitamos uma escolha aleatória de itens que seguisse apenas a intuição pessoal.

Os 5 pontos do tipo Likert da escala da Catexe Corporal foram traduzidos por professores especialistas na língua inglesa¹. Consideramos importante uma reflexão sobre os conteúdos dos mesmos assim dispostos: 1) Tenho um forte sentimento de desejo de mudança; 2) Não gosto, mas posso conviver; 3) Não tenho particular sentimento sobre uma coisa e outra; 4) Estou satisfeito; 5) Considero-me muito satisfeito.

Devemos considerar a possibilidade que estas 5 afirmações possam dar margem a diferentes interpretações, por exemplo:

¹Professores Luiz Pellegrini e Luís Issamu

- *Tenho um forte sentimento de desejo de mudança e Considero-me muito satisfeito*, podem ser considerados qualitativamente deferentes de uma perspectiva quantitativa de estar ou não satisfeito.
- Neste trabalho foi nossa expectativa ao aplicar a escala da Catexe Corporal, a de que, existe uma progressão de insatisfação para satisfação máxima. Neste sentido a análise dos resultados segue esta direção e dessa forma consideramos 4 intervalos que foram: 1) *Muito insatisfeito*, média no intervalo $1 \leq \bar{X} < 2$; 2) *Insatisfeito*, média no intervalo $2 \leq \bar{X} < 3$; 3) *Satisfeito*, média no intervalo $3 \leq \bar{X} < 4$; 4) *Muito satisfeito*, média no intervalo $4 \leq \bar{X} \leq 5$.
- Consideramos que os nossos dados evidenciam questões importantes sobre a distribuição da Catexe Corporal desta população, no entanto, sugerimos que outros trabalhos sejam realizados, considerando a importância do estudo da escala da Catexe Corporal como foi feito por Mahoney e Finch (1976a), Roger (1977), Tucker (1981, 1983a e 1985), Balogun (1986a).

Vimos, na literatura que a atividade física está relacionada com o aumento da Catexe Corporal. A disponibilidade desta escala poderá favorecer outras pesquisas no campo da Educação Física, além de aprimorar os recursos avaliativos na área.

Em nosso estudo e na revisão de literatura especializada, observamos que a Imagem Corporal, no envelhecimento, tem sido pouco estudada e, menos ainda, quando se refere ao envelhecimento relacionado a atividade física.

A Imagem Corporal é investigada focando simultaneamente o entrelaçamento das dimensões fisiológica, libidinal e sociológica (Schilder, 1999). Similar compreensão se presta ao estudo da Gerontologia da atualidade, que não dissocia tais abordagens (Salgado, 1982; Rauchbach, 1990; Papaléo Netto, 2002a). Os objetivos da Gerontologia se fortalecem ao procurar desvendar o indivíduo de modo multifacetado. Observamos,

assim, um ponto em comum no direcionamento dos estudos da Imagem Corporal e da Gerontologia.

Voltando os focos da Imagem Corporal e da Gerontologia para a Educação Física, mais uma vez, observamos que há um elo em comum entre estas e as esferas biológica, psicológica e social. Acreditamos que o poder contido nos estímulos motores engloba estas esferas de modo complementar entre si, provocando o dinamismo da representação mental e a reapropriação corporal do indivíduo que está envelhecendo. Entendemos que a Educação Física, através dos seus conteúdos ginásticos, recreativos, esportivos, de dança, lutas e dos jogos, atenda naturalmente as necessidades biopsicossociais dos envolvidos.

É interessante realçar que a motricidade humana compreendida na Educação Física tem sido largamente associada à Imagem Corporal (Turtelli, Tavares e Duarte, 2002). Entretanto, quando é feita a mesma relação com à Gerontologia Social, observamos que a Educação Física não aparece nos registros das classificações oficiais deste campo (Moragas, 1997; Bodachne, 1998), muito embora a mesma já esteja estabelecida neste contexto, como a área que tem propiciado à população idosa significantes contribuições. Os resultados junto aos idosos, não somente os brasileiros, são altamente expressivos; isto é um fato que já ultrapassa décadas. Desse modo, apontamos, à Gerontologia Social, a necessidade do reconhecimento concreto da Educação Física nas classificações de áreas de abrangência, em seus próximos documentos.

Documentos como a *Guide Lines - OMS, 1996*, as recomendações da *American Geriatrics Society* e a *Classificação de Funções Físicas* para idosos, apresentados por Spirduso (1995), são exemplos da importância assumida pela Educação Física no processo do envelhecimento. O primeiro, lançado em evento internacional do Grupo Europeu de Investigações sobre Atividade Física e Saúde no Envelhecimento, em 1996, durante o *Fourth International Congress Physical Activity, Aging and Sports*, em Hei-

delberg, Alemanha. O segundo, as recomendações, apresenta uma classificação motora da vida diária conhecidas como AVDs. E o terceiro, por sua vez, fornece uma classificação para os níveis das funções físicas de pessoas idosas. Todos estes documentos têm a capacidade física e motriz do indivíduo como fator central e parâmetro positivo no envelhecimento.

Enquanto o envelhecimento é pertinente à realidade da natureza humana, em toda a sua existência sobre a terra, vemos que, contrariamente, são escassos os frutos de raízes científicas a este respeito e, muito longe estamos de esclarecer e dominar integralmente este fenômeno. Essas são questões veementemente enfatizadas por Papaléo Netto (2002a), Hayflick (1996), Costa (1998), com os quais comungamos e nos propomos a contribuir, tanto no exercício profissional, quanto na produção de investigações científicas que venha a diminuir esta dicotomia.

O estudo do envelhecimento humano, denominado de Gerontologia, desperta em seus estudiosos a certeza da multidisciplinaridade como condição *sine qua non* para completar os raciocínios inerentes à elucidação do fenômeno da capacidade do ser humano em viver por muitos anos. Parece-nos importante frisar a necessidade da Gerontologia se cercar dos conhecimentos de todas as ciências e campos para avançar em suas descobertas, bem como a urgência de muitos estudos nessa direção, a fim de formar um corpo teórico consistente e abrangente.

Quanto a se reconhecer alguma teoria universal que comprove filosófica ou empiricamente o envelhecimento em toda a sua extensão e profundidade, vimos que as variadas tentativas, tanto na Biogerontologia, quanto nas citadas Ciências Sociais, foram incompletas. Elas explicam, por vezes, uma parte do fenômeno, que cabem para uma sociedade, região ou época, ou até demonstram não ter razão de ser. De nossa parte consideramos as teoria da retração e da atividade, descritas por Baur e Egeler (1983), bastante coerentes. Segundo essas teorias, há basicamente dois tipos de pes-

soas, as pessoas ativas, e as que se entregam à inatividade (sedentarismo). De forma simples, os autores apontam uma proporcionalidade inversa na realidade de envelhecer entre estes dois grupos de pessoas.

O aumento da expectativa de vida tem se afirmado como fenômeno mundial, diretamente proporcional à expansão demográfica de pessoas maiores de 60 anos, independente da característica econômica dos países.

A história da Gerontologia no Brasil demonstra que o país relutou em aceitar a realidade do aumento do número de cidadãos idosos registrados nos censos desde 1900. Talvez, em razão desta população ficar mais restrita ao interior de seus lares até o final da década de 70. Em 1960, temos registrado que 50% da população brasileira poderia chegar aos 60 anos. Em 1980, os maiores de 60 anos já somavam 4,7 milhões de brasileiros. Esses números são expressivos, mas só começaram a ser respeitados com o movimento social dos idosos, ocorrido por ocasião da Constituinte, em 1988.

O programa de atendimento do idoso desenvolvido pelo Serviço Social do Comércio (SESC), completa 40 anos neste ano de 2003, foi pioneiro e nesta condição esteve isolado por décadas, funcionando somente em São Paulo. Outras propostas que existiram em Centros Sociais, e ainda podem estar existindo, tinham cunho paternalista e tornavam os participantes passivos dependentes. As propostas educacionais só ganharam corpo com as Universidades no início da década de 80. Este foi um fator que certamente favoreceu a saída dos idosos da restrição de seus lares, pois propunha o desenvolvimento de uma visão autônoma do geronte, além de que a proposta da educação permanente, vinha de uma universidade e, por isso, foi vista com credibilidade. Destacamos então como de máxima relevância e importância para a população que está em processo de envelhecimento no Brasil, a iniciativa do SESC-SP e das Universidades brasileiras federais, estadual e particular. Pois com o passar do tempo, essas iniciativas difundiram-se por todo o país, com enorme adesão e atualização do significado de ser idoso, velho

ou ultrapassado, para o ser idoso ativo, bem-sucedido ou autônomo.

Acreditamos ainda que estejamos vivenciando a segunda fase histórica da Gerontologia Social do Brasil, mas que precisamos evoluir, ultrapassando obstáculos básicos para atingirmos novas fases consolidadoras dessas evoluções.

Nosso corpo, de acordo com Schilder (1999), é um álbum existencial. Isto significa que tudo que nos acontece registramos consciente ou inconscientemente nos limites do nosso físico. Trazemos simbolicamente situações externas ao nosso corpo para nosso interior e também de modo oposto externamos o que está armazenado em nosso interior. Isto confirma a complexidade de não podermos ter apenas um retrato de nossa Imagem Corporal, pois a mesma representa-se a cada instante que algo nos acontece. Mas não é só isto, estamos passando de uma dimensão para outra, como principal, secundária, terciária, ou todas três podem estar sintonizadas nas mesmas proporções. A divisão dimensional existe apenas para atender fins didáticos, a nossa compreensão estanque ou estática, de dimensões indissociáveis e dinâmicas.

Nesse sentido, o conceito de Imagem Corporal inclui compreender que o *eu* não é possível sem o nós; que o meu processo, apesar de ser meu, pode ser influenciado por identificações ou outras absorções resultantes da interação do *eu*, do outro e do mundo. Então, podemos interpretar que o *eu* é um somatório do que percebi dos outros e interpretei no meu subjetivo repertório, mas ao mesmo tempo sou meu corpo e tudo isto se integra de tal forma, formando minha Imagem Corporal, ou seja, como me represento para mim mesmo.

Neste bojo, o estudo da Catexe Corporal relaciona-se ao investimento psíquico direcionado para o corpo. Trata-se, pois, de uma medida do grau de satisfação, diretamente relacionado ao corpo em si; sendo assim um componente da representação mental do corpo, ou seja, da Imagem Corporal.

Capítulo 6

Considerações Finais

Bem ou mal vou subir degrau por degrau, mas um dia chego até onde o desejo. Nono round, tô remando contra a maré, mas um dia acerto. Água mole em pedra dura, aprendi na vida que toda ferida tem cura. Nono round estou na lona, mas não me dei por vencido. Tô legal, vou a forra, caio, mas volto em pé. Bem ou mal estou na estrada atrás de um sonho perdido pela longa estrada me dizia: - coragem! Avistei lá no fim do túnel uma luz. Minha persistência tanto bate até que fura. Aprendi na vida que toda ferida tem cura.

Jorge Versilo

A partir da análise dos dados obtidos pudemos constatar que:

- O tempo no programa aumenta a Catexe Corporal;
- O sexo masculino apresentou maior Catexe Corporal que o feminino;
- O *alto* grau de satisfação dos sujeitos independe da idade, do número de atividades em que participam e das doenças registradas.

Estes dados, desconhecidos, até então, apresentam relevância para aprimorar o PIFPS-U3IA, no sentido de direcioná-lo às necessidades de sua clientela, de forma cada vez mais direta.

A distribuição da Catexe Corporal relacionada ao gênero e à prática da atividade física, foi similar aos resultados registrados na literatura referentes a outros grupos de

voluntários, como adolescentes, universitários, adultos jovens e gestantes.

O número de sujeitos do sexo masculino nesta pesquisa foi pequeno, indicando a necessidade de se ter cautela para não se fazer generalizações sobre toda a população masculina desta faixa etária. Do mesmo modo, é importante refletirmos sobre a construção de propostas de atividades físicas que aumentem a adesão deste grupo, considerando as implicações positivas da Educação Física sistemática, para a sobrevivência e qualidade de vida desta população, dado este já comprovado em várias pesquisas.

Os graus de insatisfação relacionados com itens específicos, *dentes, cintura, peso e tolerância à dor*, devem ser analisados de forma qualitativa, para sua maior compreensão. Parece-nos importante considerar os aspectos culturais, levando em conta os estereótipos de beleza e saúde. O contato mais frequente com o próprio corpo, proporcionado pela prática sistemática da atividade física, parece ser um caminho importante para facilitar uma maior aceitação e satisfação corporal. A questão da *resistência à dor*, aponta para a influência do aspecto fisiológico na organização da Imagem Corporal.

A escala da Catexe Corporal pode variar nos itens a serem avaliados, de forma que uma nova composição, com menos itens, poderá ser usada para acompanhar o impacto das intervenções ao longo do tempo.

Os resultados obtidos nas duas fases foram semelhantes. Este dado aponta para uma relativa estabilidade no grau de investimento psíquico no corpo (catexe corporal), nesta população. O ser humano tem uma identidade corporal estruturada, cujo âmago é estável; mas no que se refere, por exemplo, à Imagem Corporal, ela é dinâmica e se modifica sob a influência de nossas experiências corporais. A interrupção de um mês, devido as férias, não operou mudanças significativas na Catexe Corporal dos sujeitos desta pesquisa.

Esta é a primeira pesquisa realizada no Brasil, abordando envelhecimento e a prática da atividade física, utilizando a escala da Catexe Corporal. Os objetivos de

vários programas de Educação Física, incluem o desenvolvimento da Imagem Corporal, mas carecem de protocolos seguros e práticos de avaliação. Disponibilizamos, com este trabalho, uma forma de avaliação de um aspecto importante da Imagem Corporal, a Catexe Corporal. Acreditamos que, assim como está sendo para o PIFPS-U3IA, este modelo poderá contrubuir para o processo avaliativo de muitos outros programas, envolvendo várias populações. É importante enfatizar ainda, que a aplicação da escala, como reportado na literatura e observado no transcorrer deste estudo, parece ser uma intervenção que contribui para as pessoas ampliarem o contato e o conhecimento do próprio corpo.

Referências Bibliográficas

AITCKEN, A.; CLARKE, P. T.; BROWN, I. J; KAY, D. Ship between body shape (somatotype) and body satisfaction (cathexis) in male physical educators. **Scottish Journal of physical Education**, v. 8, n. 3, p. 30-34, 1980.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**, 4. ed. Barcelona: Editora Barcelona, 1977.

ALONSO-FERNANDEZ, F. **Fundamentos de la psiquiatria actual**, Madri: Editorial Paz Montalvo, 1972.

ANARUMA, S. M. **Encontro com o corpo**: Um programa de intervenção psicológica para atendimento de pessoas com excesso de peso, 1995. Tese Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ARNOLDI, M. A. G. C. As concepções doutrinárias sobre a imagem corporal. **Revista do Corpo e da Linguagem**, 1989.

ANSARAH, V. W. **Aptidão física na 3ª idade**, 1991. Monografia de Especialização - Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1991.

BALOGUN, J. A. Realibility and construct validity of body cathexis scale. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v.62, n.3, p. 927-935, 1986a.

BALOGUN, J. A. Muscular strength as predictor of personality in adult females. **The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v. 26, n. 4, p. 377-383, 1986b.

BALOGUN, J. A. Body image before and after assessment of physical performance. **The Journal of Medicine and Physical Fitness**, v. 26, n. 3, p. 343-344, 1987.

BARBANTI, J. V. **Teoria e prática do treinamento desportivo**, São Paulo: Edgard Blucher - EDUSP, 1979.

BARBANTI, V. J. **Aptidão física um convite a saúde**, São Paulo: Manole, 1990.

- BARBOSA, R. M. S. et al. **Imagens: clínica, psicomotora - amostra da população de Manaus na faixa etária superior a 50 anos**, Manaus. 1987. Monografia de Pesquisa, Departamento de Educação Física, Sub-Reitoria para Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Amazonas, Manaus, 1987.
- BARBOSA, R. M. S. et al. **Idoso feliz participa sempre**. 1988. Monografia de Pesquisa, Departamento de Educação Física, Sub-Reitoria para Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Amazonas, Manaus, 1988.
- BARBOSA, R. M. S. **Por que não educação física gerontológica?**, Manaus: [s.n.] 1998a.
- BARBOSA, R. M. S. **Manual de regras e súmulas de esportes gerontológicos**, Manaus:[s.n.] 1998b.
- BARBOSA, R. M. S. **Educação física gerontológica**, Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
- BARR, A. J.; GOODNIGHT, S.; SALL, J. P.; BLAIR, W. H.; CHILKO, D. M. **Statistical Analysis System user's guide**, Raeigh: SAS Institute, 1979.
- BARROS, D. D. **Estudo da imagem corporal da mulher: (ir)real x corpo ideal**. 2001. Dissertação, Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- BAUR, R.; EGELER, R. **Ginástica, jogos e esportes para idosos**, Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1983.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**, 7. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEIRSTEIN, N. R. Objective bodily damage: disfigurement and dignity in CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: development, deviance and change**, New York: Guilford Press, 1990.
- BETTELHEIM, B. **Freud e a alma humana**, São Paulo: Cultrix, 1982.
- BIRREN, J. E.; SCHROOTS, J. J. F. Steeps to an ontogenetic psychogoly. **Academic Psychology Bulletin**, v. 6, 177-190, 1984.
- BISOGNIN, I. A.; VILANOVA ILHA, P. M. A influência da prática da atividade física no comportamento das pessoas de meia idade e dos idosos. **Caderno adulto**, v. 3, p. 57-67, 1999.
- BLACKMAN, L; HUNTER, G; HILYER, J; HARRISON, P. Effects of dance team

participation on female adolescent physical fitness and self concept. **Adolescence**, v. 29, n. 90, 1988.

BODACHNE, L. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**, Curitiba: Champagnhat, 1998.

BORINI, M. A. L. O. **A saída do fundo do poço**: representações sociais acerca da participação em atividades de lazer em grupos de terceira idade, 2002, Dissertação, Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BOSSCHER, R. J. Running and mixed physical exercise with depressed psychiatric patients. **International Journal of Sport Psychology**, v. 24, n. 2, p. 170-184, 1993.

BRENNER, C. **Noções básicas de psicanálise**, 4. ed., São Paulo: Imago-EDUSP, 1987.

BRISON, R. J; VOAKLANDER, D. C. Factors affecting exercise adherence in a variety of community settings (abstract). **Queen's University Department of Community Health and Epidemiology**, 1990.

BROWN, D. R.; WANG, Y.; WARD, A.; EBBELING, C. B; FORTLAGE, L; PULEO, E.; BENSON, H.; RIPPE, J. M. Chronic psychological effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. **Journal Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 25, n. 5, p. 765-775, 1995.

CABRAL, A.; NICK, E. **Dicionário de Psicologia**, 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1979.

CAPISIANO, H. F. Aspectos psicológicos do envelhecimento In: **Temas de Clínica Geriátrica**, São Paulo: Fundo Editorial Bik - Prociex, 1973.

CAPISIANO, H. F. Aspectos psicodinâmicos da gerontopsiquiatria. Editorial 2. **Revista Brasileira de medicina (Psiquiatria)**, v. 6, p. 227-233, 1981.

CARDOSO, J. B. Atividades físicas para a terceira idade. **A Terceira Idade**, v. 4, p. 9-21, 1992.

CARSTENSEN, L. L. 1991 In: NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**, Campinas: Papirus, 1991.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, 2002.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image**: development, deviance and change, New

York: Guilford Press, 1990.

CENTURIÃO FILHO, A. A. A atividade física para o idoso como promoção de autonomia e formação de auto imagem. **Caderno Adulto**, v. 2, p. 85-90, 1998.

CHARAM, I. Aspectos psiquiátricos e sexuais do envelhecimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 36, p. 17-28, 1987.

CLANCE, P. R.; MATHEWS JR, T. V.; JOESTING, J. Body cathexis and self cathexis in an interacional, awareness training class. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 48, p. 221-222, 1979.

CLARK, T. J. The relationship between physical self-perceptions and functional muscular strength in young adult females (abstract). **Int'l Inst for Sport & Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1996, 1 microfiche (60 fr.): negative; 11 x 15 cm.

COMFORT, A. **A boa idade**, São Paulo: Difusão Editorial, 1979.

CORAZZA, M. A. **Terceira idade e a atividade física**, São Paulo: Phorte Editora, 2001.

COSTA, E. M. S. **Gerontodrama - a velhice em cena**, São Paulo: Ágora, 1998.

COTTON, R. **Exercise for older adults ACE's guide for fitness professionals**, Champaign: Human Kinetics, 1998.

CRAIG e CATERSON apud ANARUMA, S. M. **Encontro com o corpo**: Um programa de intervenção psicológica para atendimento de pessoas com excesso de peso. 1995. Tese, Doutorado, Faculdade de Ciência Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

CUMMINGS, E.; HENRY, W. E. **Growing old: the process of desengagement**, New York: Spring, 1961.

CUNHA, R. V. O esforço individual para envelhecer bem. **A Terceira Idade**, v. 8, p. 39-41, 1994.

DAMASIO, A. **O mistério da consciência**, São Paulo, Companhia da Letras, 2000.

DARDEN, E. A Comparison of body image and self-concept variables among various sport groups. **Research Quarterly**, v. 43, n. 1, p. 7-15, 1972.

DASCH, C. S. Relation of dance to body cathexis and locus of control orientation. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 46, n. 2, p. 465-466, 1978.

- DAVIDOFF, L. L. **Introdução à psicologia**, São Paulo: McGraw-Hill, 1983.
- DAVIS, L. I. Perceived somatotype, body cathexis, and attitudes toward clothing among college females. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 61, p. 1199-1205, 1985.
- DEBERT, G. G. E.; GOLDSTEIN, B. M. **Políticas do corpo e o curso da vida**, São Paulo: Sumaré, 2000.
- DESTÉFANI, G. **Envelhecer com dignidade**, São Paulo: Edições Loyola, 2000.
- DEVIDE, F. P. Velhice...espaço social de aprendizagem: aspectos relevantes para intervenção da Educação Física. **Motriz**, v. 6, n. 2, p. 65-73, 2000.
- DIEM, L. **Mantenha-se jovem aos 40 anos**, Rio de Janeiro: Ediouro, 1984.
- DISHMAN, R. Dead of physical activity and exercise for person 65 years of age. **The American: Academy papers**, v. 5, p. 140-160, 1988.
- DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**, São Paulo: Perspectiva, 1984.
- FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da personalidade**, São Paulo: Harbra, 1986.
- FALLON A. Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: development, deviance and change**, New York: Guilford Press, 1990.
- FIAMENGHI, M. C. B. **Atividades física e estados emocionais**: relatos verbais sobre estados emocionais como indicadores dos efeitos de um programa de atividades física para adultos. 1994. Dissertação, Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- FISHER, S. The evolution of psychological concepts about body In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: development, deviance and change**, New York: Guilford Press, 1990.
- FONSECA, J. Prefácio. In: COSTA, E. M. S. *Gerontodrama - a velhice em cena*. São Paulo: Ágora, 1998.
- FONSECA, V. **Contributo para o estudo da gênese da psicomotricidade**, Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- FONSECA, V.; MENDES, N. **Escola, escola, quem és tu?**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- FORD JR, H. T.; PUCKETT, R.; REEVE, T. G.; LAFAVI, R. G. Effects of selected physical activities on global self concept and body cathexis scores. **Psychological**

Reports, v. 68, p. 1339-1343, 1991.

FORETTE, F. **A revolução da longevidade**, São Paulo: Globo, 1998.

FOX, E; BOWERS, R. W.; FOSS, M. **Bases fisiológicas da educação física e desportos**, 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

FRANCIOLI, L. L. O papel da universidade na inserção social do idoso. **A Terceira Idade**, v. 18, p. 59-67, 1999.

FRATCZAK (1993) In: PAPAEO NETTO, M. **Gerontologia**: São Paulo: Atheneu, 2002.

FREEDMAN, R. **Meu corpo ... meu espelho**, Rio de Janeiro, Rosa dos tempos, 1994.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FREISCHLAG, J.; FREISCHLAG, T. Selected psycho-social, psysical, and technical factors among rock climbers: a test of the flow paradigm. **Applied Research in Coaching and Athletics Annual**, mar, p. 109-122, 1993.

FURST, D. M.; TENENAU, G. Acorrelation of body-cathexis and anxiety in athletes and nonathletes. **International Journal os Sport Psychology**, v. 15, n. 3, p. 160-168,1984.

FURTADO, E. S. **O sentido da educação física na terceira idade**. 1996. Dissertação, Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1996.

FURTADO, E. S. Terceira idade: enfoques múltiplos. **Motus Corporis**, v. 4, n. 2, p. 121-147, 1997.

GANDOLFI, L. M.; SKORA, M. G. Fisioterapia com grupos da terceira idade. **A Terceira Idade**, v. 22, 61-67, 2001.

GARCIA PINTOS, C. C. **A família e a terceira idade**: orientações psicogerontológicas, São Paulo: Paulinas, 1997.

GOICOCHEA, A. R.; COELHO, M. Perfis de condições e situações habitacionais e bem-estar de alguns residentes em Viçosa-MG. **A Terceira Idade**, v. 3, p. 23-32, 1990.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**, São Paulo: Casa do Psicólogo,

1998.

GONÇALVES, A. K.; BOSI, E. Investigação sobre aderência e participação de idosos em atividade físicas. **Anais do VI Congresso de Educacion Física e Ciências del Deporte do Países de Língua Portuguesa**, Lacoruña, p. 4, 1998.

GORINCHTEYN, J. C. O beneficios da atividade física na terceira idade. **A Terceira Idade**, v. 16, p. 63-69, 1999.

GORMAN, W. **Body image and image of the brain**, St Louis, Missouri: Warren H. Green Inc., 1965.

HALL; C. S.; LINDZEY; G.; CAMPBEL, J. B. **Teorias da personalidade**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HAMILTON, J. A.; CHOWDHARY, U. Body cathexis assessments of rural scottish and american women. **Jounal Perceptural and Motor Skills**, v. 69, p. 11-16, 1989.

HAVIGHURST, R. J.; ALBRECHT, R. **Older people**, New York: Makay, 1953.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**, Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HERMOGENES, J. **Saúde na terceira idade**, Rio de Janeiro: Record, 1996

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**, Rio de Janeiro: Atheneu, 1973.

JOESTING, J.; CLANCE, P. R. Comparison of runners and non runners on the body cathexis and self cathexis scales. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 48, p. 1046, 1979.

JOESTING, J. Comparison of students who exercise with those who do not. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 53, n. 2, p. 426, 1981.

JOHNSON, L. C. Body cathexis as a factor in somatic complaints. **Journal of Consulting**, v. 20, p. 145-149, 1956.

JOURARD, S. M. ; REMY, R. M. Perceived parental attitudes. The self and security. **Journal of Consulting Psychology**, v. 19, p. 364-366, 1955.

JOURARD, S. M.; REMY, R. M. Individual variance score: an index of the degree of differentiation of self and body image. **Journal of Clinical Psychology**, v. 13, p. 62-63, 1957.

JUDISCH-BERG, K. M. The relationship of body image to body composition in women fifty and older (abstract). **Int'l Inst for sport & Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1995, 1 microfiche (44 fr.) : negative, ill.; 11 x 15cm.

- KAHN, R. S.; ANTONUCCI, T. In: BALTES, P. B.; BRIM, O. G. **Life span development and behavior**, New York: Academic Press, 1983.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, J. A. **Compêndio de psiquiatria**, 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**, v. 1, 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- KROTEE, M. L. Effect of physical activity on various psychosocial constructs of university students. **Review os Sport and Leisure**, v. 5, n. 2, p. 69-78, 1980.
- KUYPERS e ENGSTON 1973 apud NERI **Desenvolvimento e envelhecimento**, Campinas, Papirus, 2001.
- LAI, S. M. A. Comparison of body composition body cathexis and attitude toward obesity in women with different levels of physical activity. **Dissertation abstracts International**, v. 44, n. 12-A, p. 3629, 1984.
- LAPENTA, V. H. S. **A comunidade e o idoso**, Aparecida: Santuário, 1996.
- LEITE, P. F. **Exercício, envelhecimento e promoção de saúde**, Belo Horizonte: Health, 1996.
- LEVINSON, D. J. **The reasons of man's life**, New York: Knopf, 1978.
- LESTER, D; WENDELL, G. Body cathexis and self esteem. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 67, n. 2, 1988.
- LIBERATO, E. M. Educação continuada e faculdade da terceira idade. **A Terceira Idade**, v. 12, p. 11-15, 1996.
- LIMA, F. C.; GRASEL, C. E.; FIALHO, A. S. Estamos envelhecendo. **Revista Kinesis**, v. 17, p. 7-18, 1997.
- LOFTIS, D. E.; CLANCE, P. R. Effects of individual psychoterapy on body cathexis and self cathexis. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 47, p. 1273-1274, 1978.
- LORDA PAZ, C. R. **Educação física e recreação**, Porto Alegre: Sagra, 1990.
- LOVISOLO, H. Terceira idade: em movimento. **Motus Corporis**, v. 4, n. 2, p. 9-13, 1997.
- LOVISOLO, H.; VENDRUSCULO, R. Representações de pessoas idosas sobre as atividades corporais. **Motus Corporis**, v. 4, n. 2, p. 14-48, 1997.

- MAHONEY, E. R. Body cathexis and self esteem: the importance of subjective importance. **Journal of Psychology**, v. 88, p. 27-30, 1974.
- MAHONEY, E. R.; FINCH, M. D. The dimensionality of body cathexis. **Journal of Psychology**, v. 92, p. 277-279, 1976a.
- MAHONEY, E. R.; FINCH, M. D. Body cathexis and self esteem: a reanalysis of the differential contribution of specific body aspects. **Journal of Social Psychology**, v. 99, p. 251-258, 1976b.
- MANIDI, M. J.; MICHEL, J. P. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos**, São Paulo: Manole, 2001.
- MARKEE, N. L.; CAREY, I. S.; PEDERSEN, E. Body cathexis and clothed body cathexis: is there difference?. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 70, n. 3, p. 1239-1244, 1990.
- MARQUEZ-STERLING, S.; PERRY, A. C.; KAPLAN, T. A.; HALBERSTEIN, R. A.; SIGNORILE, J. F. Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. **Journal Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 32, n. 1, p. 56-62, 2000.
- MATHEWS, E. L.; FOX, D. K. 1976 citados por TUCKER, L. A. Weight training experience psychological well-being. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 55, n. 2, p. 553-554, 1982.
- MAXWELL, K. The effects of a weight training program on the emotional well-being and body image of college females (abstract). **Int'l Institute for Sport and Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1994, 1 microfiche (97 fr.): negative; 11 x 15 cm.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso**, Porto Alegre: Sulina, 2001.
- MAZO, G. Z. Atividade física: atitude dos idosos frente ao envelhecimento. **Kinesis**, v. 7, p. 77-99, 1991.
- McAULEY, E.; RUDOLF, D. Physical activity aging, and psychological well being. **Journal of Aging and physical Activity**, v. 3, p. 67-96, 1995.
- McCREA, C. W.; SUMMERFIELD, A.; ROSEN, B. Body image: a selective review of existing measurement techniques. **British Journal of Medical Psychology**, v. 55, p. 225-233, 1982.

MEIRELLES, M. E. A. **Atividade física na 3ª idade**, Rio de Janeiro: SPRINT, 1997.

MEINEL, K. **Motricidade II**, Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1984.

MELNICK, M. J.; MOOKERJEE, S. Effects of advanced weight training on body cathexis and self esteem. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 72, p. 1335-1345, 1991.

MERRILL, J. Exercise adoption and adherence of college women (abstract). **Int'l Institute for Sport and Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1994, 2 microfiche (182 fr.): negative, ill; 11 x 15 cm.

METCALFE, L. L. Effect of a ten week parcous exercise program on self concept, body cathexis, life and job satisfy of state employees (abstract). **Int'l Institute for Sport and Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1982, 2 microfiches: negative; 11 x 15 cm.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento**, São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREHOUSE, W.; MILLER Jr, A. T. **Fisiologia del ejercicio**, Argentina: Editorial El Ateneo, 1975.

MORENO, J. L. **Quem sobreviverá?** Fundamentos da sociometria, psicometria de grupo e psicodrama, Goiânia: Dimensão, 1994.

MOSQUERA, J. J. M. Adulto desenvolvimento físico e educação. **Kinesis**, v. 1, n. 2, p. 131-141, 1985.

MOTTA, E. Envelhecimento social. **A Terceira Idade**, v. 22, p. 16-29, 1989.

MURRAY, E. J. **Motivação e emoção**, Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**, Campinas: Papirus, 1991.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**, Campinas, Papirus, 1993.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**, Campinas: Papirus 1999.

NERI, A. L. **Maturidade e velhice**, Campinas, Papirus, 2001a.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**, Campinas: Alínea, 2001b.

NERI, A. L. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. **A Terceira Idade**, v. 13, p. 24, 2002.

- NICOLA, P. *Geriatria*, Porto Alegre, B. C. Luzzato, 1986.
- NOBRE MELO, A. L. **Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981
- OKUMA, S. **O idoso e a atividade física**, Campinas: Papirus, 1998.
- OLIVEIRA, R. C. S. **Terceira idade tempo do repensar dos limites aos sonhos possíveis**, São Paulo: Paulinas, 1999.
- OTTO, E. **Exercícios físicos para terceira idade**, São Paulo, Manole, 1987.
- PAIVA, V. M. B. Mulher de meia idade: perdas, solidão e o corpo. **A Terceira Idade**, v. 5, p. 4-7, 1992.
- PAIVA, M. Fundamentos psicopedagógicos para uma ação educativa em gerontologia social. **A Terceira idade**, n. 18, p. 39-44, 1999.
- PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, 2002a.
- PAPALEO NETTO, M. 2002b In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, 2002.
- PENNA, L. **Corpo sofrido e mal-amado**, São Paulo: Summus, 1989.
- PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva. **Psicologia - USP**, v. 1, n. 2, p. 167-174, 1990.
- PIKUNAS, J. **Desenvolvimento humano**, São Paulo: McGraw-Hill, 1979.
- PIMENTA, C. A. M.; CAMPIDELLI, M. C. A dor no idoso. **A Terceira Idade**, v. 7, p. 15-19, 1993.
- PUGGARD, L. Physical conditioning en elderly people. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v. 4, p. 47-56, 1994.
- RADTKE, C. J The realtionship between perceived body image and actual body composition among male college students (abstract). **Int'l Inst For Sport & Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1997, microfiche (67 fr.); negative, ill.; 11 x 15cm.
- RAUCHBACH, R. **A atividade física para a 3ª idade**, Curitiba: Lovise, 1990.
- REUHLIN, M. **Introdução à psicologia**, Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

- REUTER, R.; HUNECKE, H. In: WEINECK, J. **Biologia do esporte**, São Paulo: Manole, 1991.
- RILEY, M. V. Aging e society: paste, present, and future. **The Gerontologist**, v. 4, n. 4, p. 436- 446, 1994.
- RIVA, E. B. G. Terceira idade programa integrado. **A Terceira Idade**, v. 12, p. 17-25, 1996.
- ROGER, B. The body cathexis: parallel forms. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 44, p. 258, 1977.
- ROWE; J. R.; KAHN; R. L. **Successful aging**, New York: Pantheon Books, 1998.
- SALGADO, M. A. **Velhice, uma nova questão social**, São Paulo: SESC-CETI, 1982.
- SALGADO, M. A. Envelhecimento um desafio para sociedade. **A Terceira Idade**, v. 1, n. 4, 1998.
- SALGADO, M. A. Política Social para o idoso brasileiro, **Apostila do Curso de Especialização de Educação Física em Gerontologia Social da Universidade do Amazonas na Disciplina Sociologia Gerontológica**, Manaus, 1994.
- SALUSSO-DEONIER, C. J.; SCHWARZKOPF, R. J. Sex differences in body cathexis associated with exercise involvement. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 73, n. 1, p. 139-145, 1991.
- SAN MARTIN, H. PASTOR, V. **Epidemiologia da vejez**, Madri: McGraw Hill, Interamericana de España, 1990.
- SANTOS, S. S. C. **Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão a ação cuidativa**, São Paulo, Robe, 2001.
- SAYEG, N. **Vamos envelhecer bem**, São Paulo: Graphis, 1996.
- SCHALL, M. **La actividad física la tercera edad**, 2. ed., Barcelona: Editorial Paidotribo, 1997.
- SCHILDER, P. **The image and appearance of human body: studies in constuctive energies of the psyche**. New York: John Wiley, 1950.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo**, São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SECORD, P. F.; JOURARD, S. M. The appraisal of body cathexis: body cathexis and the self. **Journal of Consulting Psychology**, v. 17, n. 5, p. 343-347, 1953.

- SECORD, P. F.; JOURARD, S. M. Body size and body cathexis. **Journal of Consulting Psychology**, v. 18, n. 3, p. 184, 1954.
- SECORD, P. F.; JOURARD, S. M. Body cathexis and the ideal female figure. **Journal abnormal Social Psychology**, v. 50, n. 2, p. 243-246, 1955.
- SEGGAR, J.; McCAMMON, D. L; CANNON, L. D. Relations between physical activity weight discrepancies body cathexis, and psychological well-being in college women. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 67, n. 20, p. 659-669, 1988.
- SHIM, S.; KOTSIOPULOS, A. Body cathexis of adult men and women: effects of age and number of children. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 70, p. 880-882, 1990a.
- SHIM, S.; KOTSIOPULOS, A. Women's body cathexis, and shopping for apparel. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 71, p. 103-1042, 1990b.
- SILVA, F. P. **Crenças em relação a velhice, bem-estar subjetivo e motivos para freqüentar Universidade na terceira idade**. 1999. Dissertação, Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- SILVA, P. B. A importância do exercício físico para pessoas idosas. **Cadernos da Terceira Idade**, v. 9, p. 7-32, 1982.
- SILVA, P. B. Profilaxia do aparelho motor. **Cadernos da Terceira Idade**, v. 11, p. 19-42, 1983.
- SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade**, Piracicaba: UNIMEP, 1994.
- SIMÕES, R. Educação física e corporeidade. **A Terceira Idade**, v. 10, p. 56-60, 1995.
- SOLOMON, P. **Manual de Psiquiatria**, São Paulo: Atheneu-EDUSP, 1975.
- SPIRDUSO, W. **Physical dimension of aging**, Champaign: Human Kinetics, 1995.
- STRATTON, P.; HAYES, N. **Dicionário de psicologia**, São Paulo: Pioneira, 1994.
- STOUGHTON, L. J. Psychological profiles before and after 12 weeks of walking or exersitrider training in adult women (abstract). **Int'l st for Sport and Human Performance**, Oregon: University of Oregon, 1994, microfiche (93 fr.): negative, ill.; 11 x 15cm.
- TAVARES, M. G. C. F. Pesquisando Imagem Corporal e dança perspectivas e desafios. In: **I SIMPOSIO INTERNACIONAL DANÇA EM CADEIRA DE RODAS**, 2001 Campinas, **Anais o I Simpósio Internacional Dança em Cadeira de Rodas**,

Campinas: UNICAMP-ABRADECAR, p. 68-87, 2001.

THEODORAKIS, Y.; DOGANIS, G.; BAGIATIS, K. Age difference and structural validity for the greek version of the body cathexis scale. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 68, p. 43-49, 1991.

THOMAE e RUDINGER, 1990 apud NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**, Campinas, Papirus, 1993.

THOMPSON, J. K.; PENNER, L. A.; ALTABE, M. N. Procedures, problems, and progress in the assessment of body image In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: development, deviance and change**, New York: Guilford Press, 1990.

TODARO, M. A. Dança e envelhecimento: conceitos, pesquisas e experiências. **A Terceira Idade**, v. 13, p. 24, 2002.

TOKAY, E. **O corpo humano**, 2. ed., São Paulo: IBRASA, 1967.

TOLMAN apud CABRAL, A.; NICK, E. **Dicionário de Psicologia**, 2. ed., São Paulo: Cultrix, 1979.

TUBINO, M. J. G. **Metodologia do treinamento desportivo**, São Paulo: IBRASA, 1979.

TUCKER, L. A. Internal structure, factor satisfaction and reliability of the body cathexis scale. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 53, p. 891-896, 1981.

TUCKER, L. A. Weight training experience psychological well-being. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 55, n. 2, p. 553-554, 1982a.

TUCKER, L. A. Relationship between perceived somatotype and body cathexis of college females. **Psychological Reports**, 1982, v. 50, n. b, p. 983-989, 1982b.

TUCKER, L. A. The structure and dimensional satisfaction on the body cathexis construct of males: a factor analytic investigation. **Journal of Human Movement Studies**, v. 9, p. 189-194, 1983a.

TUCKER, L. A. Muscular strength: a predictor of personality in males. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v. 23, n. 2, p. 213-220, 1983b.

TUCKER, L. A. Effect of weight training of self-concept: a profile of those influenced most. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 54, n. 4, p. 389-397, 1983c.

TUCKER, L. A. Trait psychology and performance: a credulous viewpoint. **Journal of human Movement Studies**, v. 10, n. 1, p. 53-62, 1984.

- TUCKER, L. A. Dimensionality and factor satisfaction of the body image construct: a gender comparison. *Sex Roles*, v. 12, p. 931-937, 1985.
- TUCKER, L. A. Effect of weight training on body attitudes: who benefits most? *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, v. 21, n. 1, p. 70-78, 1987.
- TURTELLI, L. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DUARTE, E. Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 24, n. 1, p. 151-166, 2002.
- VALÉRIO, M. P.; ANDRADE, C. M.; DIAS, J. F. S. As contribuições da prática de atividades físicas ao cotidiano do idoso. *Caderno Adulto*, v. 4, p. 15-23, 2000.
- VERAS, R. P. *País jovem de cabelos brancos*, Rio de Janeiro: Relume/Dumará - UERJ, 1994.
- VENDRUSCULO, R. *Representações de pessoas idosas sobre as atividades corporais*. 1996. Dissertação, Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1996.
- WAHBA, L. L. *Consciência de si através da vivência corporal*, São Paulo: PUC, 1982.
- WAGORN, Y.; THEBERGE, S.; ORBAN, W. A. R. *Manual de ginástica para terceira idade*, São Paulo: Marco Zero, 1993.
- WARD, T. E.; McKEOWN, B. C. Association of body cathexis and morphological variables on college aged females in an exercise setting. *Journal Perceptual and Motor Skills*, v. 64, p. 179-190, 1987.
- WARD, T. E.; McKEOWN, B. C. Body cathexis and morphological changes subsequent to a 10 weeks aerobic dance exercise program for college age females. *Journal of Human Movement Studies*, v. 14, n. 3, p. 145-152, 1988.
- WARD, T. E.; McKEOWN, B. C.; MAYHEW, J. L.; JACKSON, A. W.; PIPER, F. The body cathexis scale: reliability and multidimensionality in an exercise setting. *Journal Human Movement Studies*, v. 27, n. 1, p. 37-48, 1994.
- WEIER, K. L. The relationship between perceived body image and percent body fat among female college students (abstract). *Int'l Inst for Sport & Human performance*, Oregon: University of Oregon, 1997, 1 microfiche (71 fr.): negative, ill.; 11 x 15cm.
- WEINBERG, J. R. A further investigation of body cathexis and self. *Journal of*

Consulting Psychology, v. 24, p. 277, 1960.

WHITE, W. F.; WASH JR, J. A. Prediction of successful college academic performance from measures of body cathexis, self cathexis, and anxiety. **Journal Perceptual and Motor Skills**, v. 20, p. 431-432, 1965.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**, Porto Alegre: Artmed, 2001.

A N E X O S

Anexo 1

Escala original da Catexe Corporal (Secord e Jourard, 1953)

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Responda marcando com um X o número que concorda para você

1 - Tenho um forte sentimento de desejo de mudança

2 - Não gosto, mas posso conviver

3 - Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra

4 - Estou satisfeito

5 - Considero-me muito satisfeito

Nº	Itens	1	2	3	4	5
01	Cabelos					
02	Compleição facial					
03	Apetite					
04	Mãos					
05	Largura dos ombros					
06	Braços					
07	Tórax/peito					
08	Olhos					
09	Distribuição do cabelos pelo corpo					
10	Nariz					
11	Dedos					
12	Eliminação, excreção.					
13	Pulsos					
14	Respiração					
15	Cintura					
16	Disposição corporal					
17	Orelhas					
18	Costas					
19	Queixo					
20	Atividade física rotineira					
21	Tornozelos					
22	Pescoço					
23	Forma da cabeça					
24	Compleição corporal					
25	Perfil (lateral)					
26	Altura					
27	Idade					
28	Digestão					
29	Quadril					
30	Textura da pele					
31	Lábios					
32	Pernas					
33	Dentes					
34	Testa					
35	Pés					
36	Dormir					
37	Voz					
38	Saúde					
39	Atividade sexual					
40	Joelhos					
41	Postura					
42	Face					
43	Peso					
44	Sexo masculino / feminino					
45	Nuca					
46	Tronco					

Anexo 2

Escala original da Auto Catexa (Secord e Jourard, 1953)

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Responda marcando com um X o número que concorda para você

1 - Tenho um forte sentimento de desejo de mudança

2 - Não gosto, mas posso conviver

3 - Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra

4 - Estou satisfeito

5 - Considero-me muito satisfeito

Nº	Itens	1	2	3	4	5
01	Primeiro nome					
02	Moral					
03	Habilidade de auto expressão					
04	Ter gosto na roupa					
05	Senso de dever					
06	Sofisticação					
07	Auto entendimento					
08	Meta na vida					
09	Talento artístico					
10	Tolerância					
11	Humor					
12	Conhecimento geral					
13	Imaginação					
14	Popularidade					
15	Auto confiança					
16	Habilidade para se expressar com simpatia					
17	Controle emocional					
18	Auto consciência					
19	Generosidade					
20	Habilidade para aceitar critica					
21	Reflexão					
22	Gosto artístico e literário					
23	Memória					
24	Ser econômico, comedido					
25	Personalidade					
26	Auto respeito					
27	Habilidade para concentração					
28	Habilidade para receber ordem					
29	Sensibilidade para opinião dos outros					
30	Habilidade para liderar					
31	Último nome					
32	Impulsividade					
33	Trejeitos, modos					
34	Escrita manual					
35	Nível de inteligência					
36	Habilidade atlética					
37	Felicidade					
38	Criatividade					
39	Vida afetiva					
40	Fortes convicções					
41	Consciência					
42	Habilidades com as mãos					
43	Medo, receio					
44	Capacidade para o trabalho					
45	Conscencioso, aplicado					
46	Habilidade para reunir pessoas					
47	Auto disciplina					
48	Sugestibilidade					
49	Higiene					
50	Vocabulário					
51	Procrastinação					
52	Auto afirmação					
53	Habilidade para tomar decisões					
54	Sonhos					
55	Auto positivismo					

Anexo 3

Superposição da escalas da Catexa Corporal (Secord e Jourard, 1953, 1954 e Tucker, 1981)

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Responda marcando com um X o número que concorda para você

1 - Tenho um forte sentimento de desejo de mudança

2 - Não gosto, mas posso conviver

3 - Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra

4 - Estou satisfeito

5 - Considero-me muito satisfeito

Nº	Itens	1	2	3	4	5
01	Cabelos					
02	Compleição facial					
03	Apetite					
04	Mãos					
05	Largura dos ombros					
06	Braços					
07	Tórax/peito					
08	Olhos					
09	Distribuição do cabelo pelo corpo					
10	Nariz					
11	Dedos					
12	Eliminação, excreção					
13	Pulsos					
14	Respiração					
15	Cintura					
16	Disposição corporal					
17	Orelhas/ ouvidos					
18	Costas					
19	Queixo					
20	Atividade física rotineira					
21	Tornozelos					
22	Pescoço					
23	Forma da cabeça					
24	Compleição corporal					
25	Perfil (lateral)					
26	Altura					
27	Idade					
28	Digestão					
29	Quadril					
30	Textura da pele					
31	Lábios					
32	Pernas					
33	Dentes					
34	Testa					
35	Pés					
36	Dormir					
37	Voz					
38	Saúde					
39	Atividade sexual					
40	Joelhos					
41	Postura					
42	Face					
43	Peso					
44	Sexo masculino / feminino					
45	Nuca					
46	Tronco					
47	Resistência física					
48	Força muscular					
49	Senso de esperteza/perspicácia					
50	Tolerância à dor					
51	Resistência à doença					
52	Órgãos sexuais					
53	Coordenação					
54	Aparência Global					
55	Tônus muscular					
56	Habilidade Física					
57	Flexibilidade					

Classifique a si mesmo neste momento marcando com um X:

☐ Sinto-me muito mal ☐ Sinto-me mal ☐ Neutro ☐ Sinto-me bem ☐ Sinto-me muito bem

Informe se tem hoje alguma queixa de doença:

Anexo 4
Programas das disciplinas do PIFPS-U3IA

OBSERVAÇÃO: Em todos os programas as unidades I e II são as mesmas

UNIDADE I - Fundamentos teóricos do envelhecimento biológico. Sistema muscular. Sistema ósseo. Sistema nervoso. Sistema cardiorespiratório (frequência limites superior e inferior). Sistema circulatório. Prevenção de acidentes na modalidade.

UNIDADE II - Temas do Envelhecimento psicossocial. Conceituação. Diminuição dos contatos sociais. Perda do poder de decisão. Independência social. Expectativa da sociedade.

PROGRAMA DE HIDROMOTRICIDADE GERONTOLÓGICA - Carga horária: 60h

EMENTA

Adaptação ao meio líquido, desenvolvimento de movimentos coordenados com equilíbrio e flexibilidade, adquirindo também conhecimentos em relação ao seu corpo sabendo quais os movimentos associados a determinado grupo muscular.

OBJETIVO GERAL

Melhorar a coordenação e força neuromuscular, através de movimentos facilitados pelo meio líquido, visando ainda o melhor equilíbrio e função cardiorespiratória, vascular, e ainda aumentando a flexibilidade mioarticular.

UNIDADE III - Hidromotricidade gerontológica

Conceito e aplicação

Qualidades físicas desenvolvidas

UNIDADE IV - Adaptação ao meio líquido

Exercícios de locomoção

Jogos recreativos motores

UNIDADE V - Atividades gímnicas

Trabalho de grandes e pequenos grupos musculares

Exercícios de coordenação, equilíbrio, flexibilidade, força, ritmo, resistência aeróbica com utilização ou não de material portátil

UNIDADE VI - Elementos de natação

Respiração

Flutuação

Deslocamento: braçadas e pernadas

UNIDADE VII - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (Culturais)

UNIDADE VIII - Testes físicos

Abdominal - resistência

Trabalho em Circuito

PROGRAMA DE PETECA GERONTOLÓGICA - carga horária 60h**EMENTA**

Iniciação e aperfeiçoamento das técnicas e táticas do jogo de peteca.

OBJETIVO GERAL

Iniciar e desenvolver atividades físicas e motoras inerentes ao jogo de peteca adaptado a pessoas em fase de envelhecimento.

UNIDADE III - Qualidades físicas e habilidades motoras

Preparação muscular - flexibilidade, força explosiva e resistência muscular localizada

Forma física - resistência aeróbica e anaeróbica

Habilidades motoras - velocidade de deslocamento, de membros e de reação, agilidade, equilíbrio dinâmico, coordenação motora geral e manual

UNIDADE IV - Coordenação dinâmica geral

Movimentação de pernas (para frente, para trás, esquerda e direita)

Movimentação dos braços

Posicionamento das mãos e sua utilização no jogo de peteca.

UNIDADE V - Coordenação óculo-manual e equilíbrio

Exercícios com balões

Exercícios com diferentes tamanhos de bola e raquetes

Equilíbrio com bola e com a peteca com deslocamento sem deslocamento

Equilíbrio com bola e raquete sem e com deslocamento.

UNIDADE VI - Fundamentos

Saque

Recepção

Batida

UNIDADE VII - Deslocamentos específicos

Atividades com locomoção

Atividades individuais, em dupla, em trios e grupos

UNIDADE VIII - Educativos

Na quadra com bola de tênis de quadra

Na quadra com a peteca

Posicionamento na quadra

UNIDADE IX - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (danças folclóricas)

JAE (esportes gerontológicos)

FEMAP (expressões culturais)

UNIDADE X - Testes físicos

Abdominal

Agilidade

PROGRAMA DE ELEMENTOS DE NATAÇÃO NI - carga horária 60h**EMENTA**

Adaptação ao meio líquido individual e grupal. Sociabilização através da recreação aquática. Iniciação a técnica de flutuação e respiração.

OBJETIVOS GERAIS

Realizar com segurança a psicomotora e o deslocamento aquático.

Iniciar a técnica de flutuação e respiração.

Adaptar-se ao meio líquido individual e grupal.

Despertar interesse à natação através da recreação aquática.

UNIDADE III - Adaptação

Ao meio líquido individual

Grupar ao meio líquido

Adaptação grupal à aula.

UNIDADE IV - Adaptação ao meio líquido

Respiração

Flutuação

Deslocamento: braçadas e pernadas.

UNIDADE V - Fundamentos introdutórios de iniciação ao movimento dos Membros Superiores do nado crawl

Deslocamentos diversos - nado livre e deslocamento com auxílio de colegas e pranchas

UNIDADE VI - Fundamentos introdutórios ao ciclo dos membros inferiores do nado crawl

Batidas alternadas do M.I.

Exercícios de deslocamento com os M.I.

UNIDADE VII - Fundamentos teóricos e práticos da atividade física

Aquecimento

Alongamentos

Fatores que influenciam no desenvolvimento e melhoramento no decorrer da prática de atividades aquáticas

UNIDADE VIII - Qualidades físicas para nadadores

Elasticidade

Mobilidade

Flexibilidade (Específicas para cada nado)

Resistência aeróbica, resistência de força, coordenação, descontração, diferencial para todos os nados

UNIDADE IX - Atividades sociais, esportivas e culturais

Esportes Gerontológicos (JOIA, JAE)

Danças folclóricas (FFATIAM)

Atividades culturais (FEMAP)

PROGRAMA DE ELEMENTOS DE NATAÇÃO NII - carga horária 60h**EMENTA**

Aperfeiçoamento da técnica geral de flutuação e respiração. Iniciação e aperfeiçoamento do nado crawl, costa e peito clássico.

OBJETIVOS GERAIS

Aperfeiçoar a técnica de flutuação e respiração dos 3 nados.

Iniciar as técnicas do nado crawl, costa e peito clássico.

Realizar com segurança psicomotora o deslocamento aquático apresentado fundamentos do estilo crawl, costa e peito clássico.

UNIDADE III - Flutuação e respiração

Flutuação nas posições ventral e dorsal

Flutuação nas situações estáticas e dinâmicas

Respiração unilateral, bilateral e frontal

UNIDADE IV - Nado crawl ciclo dos membros inferiores

Pernada nado crawl

Batidas alternadas dos membros inferiores

UNIDADE V - Nado crawl ciclo dos membros superiores e rotação do tronco

Braçadas alternadas de membros superiores

Posição técnica das mãos no estilo crawl

Posição técnica dos braços no estilo crawl

Respiração lateral e bilateral no e rotação do tronco no nado crawl

Educativos da mecânica do nado crawl

UNIDADE VI - Nado costas

Flutuação - postura corporal

Mecânica perna

Mecânica braçada

Coordenação do nado

UNIDADE VII - Peito clássico

Posição corporal

Mecânica da perna

Mecânica da braçada

Respiração frontal

Coordenação do nado

UNIDADE VIII - Qualidades físicas para nadadores

Qualidades físicas necessárias dos nadadores, mobilidade (elasticidade e flexibilidade)

Resistência aeróbica

Resistência de força

Coordenação, descontração total e diferencial

Ritmo

Flexibilidade de MI e MS

UNIDADE IX - Atividades sociais, esportivas e culturais

Esportes gerontológicos JAE, JOCOI

Dança folclórica - FFATIAM

Atividade Cultural (FEMAP)

PROGRAMA DE TÉCNICAS DE AUTOPERCEPÇÃO - carga horária 60h**EMENTA**

Fundamentos, técnicas e exercícios de respiração, yoga, relaxamento, alongamento, tai chi, entre outros.

OBJETIVO GERAL

Participar integral e integradamente das técnicas de estimulação da percepção de si próprio e interpessoal.

UNIDADE III - Técnicas individuais e interpessoais

Tarefas individuais e interpessoais de avaliação do seu eu

UNIDADE IV - Fundamentos teóricos

Fundamentos de: técnicas de respiração de yoga, tai chi, massagem, alongamento

UNIDADE V - Técnicas corporais

Técnicas corporais: técnicas de respiração, exercícios de relaxamento estático e dinâmico, exercícios de alongamento, yoga para a 3ª idade, tai chi para a saúde, exercícios práticos de massagem

UNIDADE VI - Atividades cívicas, esportivas e culturais

Comemorações cívicas

Feiras e festivais folclóricos e culturais

Esportes gerontológicos e competições esportivas

Danças folclóricas

PROGRAMA DE GERONTOTÊNIS - carga horária 60h**EMENTA**

Aperfeiçoamento das técnicas e táticas do tênis de mesa e gerontofrescobol.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver e aperfeiçoar as atividades físicas e motoras necessárias para o gerontotênis.

UNIDADE III - Fundamentos do tênis de mesa e de quadra

Histórico - Tênis de mesa e tênis de quadra

Noções das regras de tênis de mesa e tênis de quadra

UNIDADE IV - Condição física e motora

Qualidades físicas e habilidades motoras

Preparação muscular - flexibilidade, força explosiva e resistência muscular localizada

Forma física - resistência aeróbica e anaeróbica

Habilidades motoras - velocidade de deslocamento, de membros e de reação, agilidade, equilíbrio dinâmico, coordenação motora geral e manual

UNIDADE V - Exercícios específicos do tênis

Movimentação das pernas (para frente, para trás, esquerda e direita)

Quadril: rotação, flexão do tronco e abdominal

Membros superiores (braços): flexão e extensão

UNIDADE VI - Coordenação óculo-manual e equilíbrio

Exercícios com diferentes tamanhos de bola

Equilíbrio com raquete e bola em deslocamento

UNIDADE VII - Fundamentos

Saque

Recepção

Cortada simples

UNIDADE VIII - Exercícios de fixação

Rebatimento da bola contra a parede (altura baixa, média e alta)

Exercícios educativos back-hand e fore-hand

Exercícios educativos do saque

UNIDADE IX - Treinamento técnico e tático

Na quadra Na mesa

UNIDADE X - Avaliações

Torneios e avaliações

UNIDADE XI - Atividades sociais, esportivas e culturais

Esportes gerontológicos (JOCOI, JAE)

Danças folclóricas (FFATIAM)

Cultural (FEMAP)

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA GERONTOLÓGICA - carga horária 60h**EMENTA**

Melhoramento do condicionamento físico acompanhado de um trabalho de conteúdos da Educação Física.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver capacidades físicas, motora e recreativa.

UNIDADE III - Exercícios localizados e generalizados

Exercícios de alongamento

Exercícios de flexões, extensões, rotações e circunduções dos membros inferiores e superiores

Exercícios abdominais

Exercícios dorsais

UNIDADE IV - Ritmicidade

Ginástica aeróbica adaptada

Dança moderna e folclórica

Caminhada variada

UNIDADE V - Testes

Trabalho de avaliação física

Resistência e capacidade respiratória

Exercícios de coordenação

UNIDADE VI - Recreação e esportes gerontológicos

Jogos recreativos, motores e sensoriais

Atividades esportivas gerais (noções técnicas e das regras dos esportes gerontológicos e treinamento para jogos)

PROGRAMA DE MUSCULAÇÃO GERONTOLÓGICA - carga horária 60h**EMENTA**

Melhoria de força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade, fundamentos profiláticos e questões sociais do envelhecimento.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver a força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade de gerontes.

UNIDADE III - Fundamentos da musculação

Importância da força e da resistência muscular na vida humana, principalmente na manutenção da autonomia das atividades diárias de gerontes.

UNIDADE IV - Alongamentos e relaxamentos

Exercícios localizados e generalizados de alongamento (com e sem música)

Atividades de relaxamento individual e grupal.

UNIDADE V - Trabalho individualizado

Realizado através de fichas com prescrição individualizada do número de séries e de repetições, bem como da carga, a ser utilizada em cada exercício

Trabalho de força e/ou resistência muscular localizada realizado para os principais grupos musculares: deltóide, bíceps, tríceps, dorsal, abdômen, quadríceps, posteriores da coxa, panturrilha.

UNIDADE VI - Testes

Trabalho de avaliação física - força e flexibilidade.

UNIDADE VII - Atividades, sociais, esportivas e culturais

Esportes gerontológicos - JOCOI e JAE

Danças folclóricas - FFATIAM

Atividades culturais - FEMAP

PROGRAMA DE GERONTOVOLEIBOL NI - carga horária 60h**EMENTA**

Adaptação e manipulação do material para atividades esportivas (Gerontovoleibol).

OBJETIVO GERAL

Iniciar o desenvolvimento das qualidades físicas e motoras necessárias ao voleibol destinado a pessoas na faixa etária a partir dos 45 anos.

UNIDADE III - Atividades adaptativas

Adaptação - olho, mão e bola

Atividade com locomoção

Atividades individuais, em duplas, trios, quartetos ou em grupos maiores

Manipulação de materiais portáteis (bola de vôlei e de espuma, rede de vôlei)

UNIDADE IV - Fundamentos do jogo de voleibol no gerontovoleibol

Toque - estático e dinâmico, frontal, lateral, por trás

Recursos - toques com a mão fechada

Manchete - para frente, para o lado, para trás

Saque - por baixo, por cima

Noções das regras adaptadas

UNIDADE V - Testes físicos

Abdominal

Flexo teste

Torneios

UNIDADE VI - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (expressões culturais)

PROGRAMA DE GERONTOVOLEIBOL NII - carga horária 60h**EMENTA**

Aperfeiçoamento das técnicas e táticas do gerontovoleibol.

OBJETIVO GERAL

Aperfeiçoar e especializar os trabalhos realizados usando o desempenho das atividades físicas e motoras necessárias para o gerontovoleibol.

UNIDADE III - Exercícios de dinâmica corporal

Trabalhos de deslocamentos em quadra

Trabalhos tanto individuais como coletivos de jogo

Atividades que usem o desenvolvimento da coordenação motora fina de extremidades superiores mãos

Exercícios para desenvolver a capacidade de noção do tempo e espaço (orientação espaço-temporal e organização)

Exercícios para lateralidade

UNIDADE IV - Associação dos fundamentos técnicos e táticos

Utilização dos fundamentos e regras do vôlei

Associação do toque e deslocamento para frente, para trás e lados

Trabalho de manchete e deslocamento para frente, para trás e lados

Realização exercícios com bloqueio tanto o individual, em dupla e trio

Formas de execução do saque tipo tênis ou por baixo (sem salto)

Desenvolvimento dos meios de aprendizagem com a infiltração no jogo de gerontovoleibol

UNIDADE V - Testes e competições

Teste abdominal

Exercícios para o fortalecimento dos MI e MS

Realizar mini-torneios e aulas preparatórias para os jogos (esquema tático)

UNIDADE VI - Atividades sociais, esportivas e culturais

Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (Atividades culturais)

PROGRAMA DE CAMINHADA ECOLÓGICA - Carga horária: 60h**EMENTA**

Fundamentos profiláticos, questões sociais do envelhecimento, fundamentos da caminhada teoria e prática.

OBJETIVOS GERAIS

Estimular a prática da caminhada como meio de descontração e readaptação ao peso do seu próprio corpo e contato com o habitat natural.

Reconhecer tópicos dos órgãos e sistemas do corpo humano associando-os a fundamentos profiláticos e sociais do envelhecimento.

UNIDADE III - Fundamentos profiláticos

Doenças mais comuns

Vacinas e exames

Alimentação

Remédios

UNIDADE IV - Fundamentos da Caminhada

Importância da caminhada na vida humana, principalmente para gerontes

UNIDADE V - Alongamentos e Relaxamentos

Exercícios localizados e generalizados de alongamento

Atividades de relaxamento individual e grupal

UNIDADE VI - Variações da caminhada

Combinação de alongamento, caminhada e relaxamento

Combinação de caminhada e tarefa da expressão motora e verbal

Caminhada e jogos sensoriais

Caminhada e socialização (atividade em dupla)

UNIDADE VII - Testes físicos

Abdominal

Resistência

UNIDADE VIII - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (expressões culturais)

PROGRAMA DE GERONTOATLETISMO - Carga horária 60h**EMENTA**

Adaptação, manipulação e deslocamento com material das provas de atletismo adaptados a gerontes (arremessos, lançamentos e corrida de revezamento).

OBJETIVO GERAL

Desenvolver as qualidades físicas e motoras através de algumas provas de atletismo.

UNIDADE III - Corrida livre e de revezamento

Fundamentos teóricos

Educativos para corrida de revezamento e livre

Adaptação ao bastão e a passagem

Regras de gerontoatletismo

UNIDADE IV - Lançamento do dardo e pelota

Fundamentos teóricos

Adaptação motora com o implemento

Jogos de iniciação

Regras de gerontoatletismo

Educativos para lançamento do dardo e pelota

Lançamento completo

UNIDADE V - Lançamento do Disco

Fundamentos teóricos

Adaptação com o implemento

Jogos de iniciação

Regras de gerontoatletismo

Educativos para lançamento do disco

Lançamento completo

UNIDADE VI - Arremesso do Peso

Teoria

Adaptação com o implemento

Jogos de iniciação

Regras de gerontoatletismo

Educativos para arremesso do peso

Arremesso completo

UNIDADE VII - Testes físicos

Teste de Cooper

Teste de arremesso com medicinibol

Teste de lançamentos

Teste abdominal

UNIDADE VII - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (expressões culturais)

PROGRAMA DE GERONTOCOREOGRAFIA - Carga horária 60h**EMENTA**

A necessidade de coordenação e definição dos ritmos da dança coreográfica.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver movimentos rítmicos através da dança coreográfica.

UNIDADE III - Fundamentação teórica

Definição e conceito de dança

Tipos de dança

UNIDADE IV - Base de dança

Postura - pés, pernas, tronco, braços e cabeça

Passos em deslocamento para frente, trás, lados, diagonais

UNIDADE V - Sequências coreográficas

Combinações de passos simples - braços e pernas

UNIDADE VI - Coreografias

Coreografia propriamente dita

Apresentações coreográficas

UNIDADE VII - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (Culturais)

PROGRAMA DE DANÇA DE SALÃO - Carga horária 60h**EMENTA**

Fundamentos técnicos da dança em pares, movimentos rítmicos coordenados.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver noções de ritmo e coordenação de movimentos individuais e em dupla.

UNIDADE III - Salsa

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE IV - Pagode

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE V - Valsa

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE VI - Merengue

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE VII - Bolero

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE VIII - Rumba

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE IX - Mambo

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE X - Tango

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE XI - Forró

Origem da dança

Passos básicos individualmente e em dupla

Passos secundários

Passos coordenando ritmo e movimento

UNIDADE XII - Atividades sociais, esportivas e culturais

FFATIAM (Danças folclóricas)

JAE (Esportes gerontológicos)

FEMAP (Culturais)

Base de Planejamento a partir de 2001

Objetivo Geral do PIFPS-U3IA: Educar para o envelhecimento.

Objetivos Específicos do PIFPS-U3IA:

Identificar e diferenciar tópicos dos órgãos e sistemas do corpo humano, em consonância com o título da disciplina.

Refletir criando um processo de discussão e interação sobre os itens sociais.

Executar os fundamentos de um processo específico da disciplina, conforme processo pedagógico conduzido pelos professores.

Distinguir suas medidas em relação ao grau de normalidade, escassez ou excesso.

Testar suas qualidades físicas e habilidades, identificando suas classificações médias, superiores ou inferiores.

Conteúdo programático: Programa de cada disciplina

Metodologia e Avaliação:

Aulas teórico-práticas

Aulas práticas

Avaliações

Tarefas extra-classe

Opcionais - gincanas, excursões, pesquisas, filmes, etc.

Recursos materiais: Acervo disponível no PIFPS-U3IA

Anexo 5

Estudo piloto

Objetivos: Verificar a reação dos sujeitos a aplicação das escalas originais de BC e SC a fim determinar a distribuição da Catexe Corporal e Auto Catexe em participantes do programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas e; verificar a existência de correlação entre a Catexe Corporal e Auto Catexe dos sujeitos deste programa.

Instrumentos: Escalas de Catexe Corporal, (Anexo 1) e Auto Catexe (Anexo 2), originais de Secord e Jourard de 1953.

Amostra: 26 mulheres participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas (PIFPS-U3IA), 13 de 45 a 59 anos e 13 de 60 anos ou mais.

Limitações do estudo: Vários itens foram informados como difíceis de responder da escala da Auto Catexe pela turma de 45 a 59 anos e para a turma de 60 anos ou mais, tais como *procrastinação, sofisticação, impulsos, sugestibilidade e nível de inteligência*. Estas informações nos fizeram refletir sobre a responsabilidade de aplicar a escala de Auto Catexe e a possibilidade de interferir nos resultados.

Resultados: São apresentados em percentuais para cada item da Catexe Corporal e da Auto Catexe. O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado para medir o grau de correlação entre as escalas.

Os resultados relativos aos aspectos da Catexe Corporal das participantes na faixa etária de 45 a 59 anos podem ser vistos no Quadro A1. Um percentual de 82% da escala, recebeu a pontuação quatro ou *Estou satisfeito*, 6,5% da escala recebeu a pontuação dois ou *Não gosto, mas posso conviver* e 4,3% recebeu a pontuação um ou *Tenho um forte sentimento de desejo de mudança*.

Os resultados relativos aos aspectos da Auto Catexe das participantes na faixa etária de 45 a 59 anos podem ser vistos no Quadro A2. Um percentual de 5,4% da escala, recebeu a pontuação cinco ou *Considero-me muito satisfeito*, 63,6% obteve a pontuação quatro ou *Estou satisfeito*, 1,8% recebeu a pontuação dois ou *Não gosto, mas posso conviver* e 20% obteve a pontuação um ou *Tenho um forte sentimento de desejo de mudança*.

Os sujeitos de 45 a 59 anos apresentaram forte correlação positiva entre a Catexe Corporal e a Auto Catexe.

Os resultados da Catexe Corporal para participantes de 60 anos ou mais pode ser visto no Quadro A3. Um percentual de 6,5% da escala recebeu a pontuação cinco ou *Considero-me muito satisfeito*, 69,5% obteve a pontuação quatro ou *Estou satisfeito* e 10,8% recebeu a pontuação um ou *Tenho um forte sentimento de desejo de mudança*.

No Quadro A4 é vista a distribuição da Auto Catexe da turma de 60 anos ou mais. Um percentual de 45,4% para a pontuação quatro ou *Estou satisfeito*, 3,6% para pontuação dois ou *Não gosto, mas posso conviver*, 20% para a pontuação um ou *Tenho um forte sentimento de desejo de mudança*.

Os sujeitos de 60 anos ou mais não apresentaram correlação significativa entre a Catexe Corporal e a Auto Catexe.

Conclusão: Concluímos que este é um resultado interessante para ser aprofundado, entretanto nos preocupa a limitação encontrada para a aplicação da escala de Auto Catexe, pela dificuldade apresentada para compreensão de itens. Acreditamos que esta fase deva ficar para outra pesquisa quando tivéssemos incluído no conteúdo das disciplinas aspectos mais específicos e reflexivos da abordagem do eu. Acreditamos que não haverá dificuldades na aplicação da escala de Catexe Corporal.

Os objetivos do piloto foram atingidos. As distribuições da Catexe Corporal e Auto Catexe apresentaram alto grau de satisfação para ambos grupos etários.

Do ponto de vista prático, acreditamos que a escala de Auto Catexe não deva ser empregada na pesquisa, uma vez que os sujeitos demonstraram falta de representação mental de alguns itens, o que certamente poderá comprometer os objetivos da investigação.

Quadro A1: Distribuição da Catexe Corporal (BC) das participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas de 45 a 59 anos

Item	Parte/função	Escore em %				
		1	2	3	4	5
01	Cabelos	23,1	23,1	0,0	53,8	0,0
02	Compleição facial	30,8	23,1	0,0	46,2	0,0
03	Apetite	15,4	23,1	7,7	53,8	0,0
04	Mãos	0,0	15,4	7,7	69,2	7,7
05	Largura dos ombros	7,7	15,4	0,0	61,5	7,7
06	Braços	7,7	23,1	0,0	53,8	15,4
07	Tórax/peito	15,4	7,7	0,0	61,5	15,4
08	Olhos	23,1	7,7	7,7	38,5	23,1
09	Distribuição de pelo no corpo	0,0	23,1	0,0	69,2	7,7
10	Nariz	15,4	23,1	0,0	53,8	7,7
11	Dedos	7,7	15,4	0,0	69,2	7,7
12	Excreção/eliminação	23,1	0,0	0,0	76,9	0,0
13	Pulsos	7,7	0,0	0,0	84,6	7,7
14	Respiração	7,7	0,0	7,7	76,9	7,7
15	Cintura	23,1	38,5	7,7	30,8	0,0
16	Disposição corporal	23,1	15,4	7,7	53,8	0,0
17	Orelhas	7,7	0,0	7,7	76,9	7,7
18	Costas	0,0	0,0	7,7	76,9	15,4
19	Queixo	7,7	0,0	7,7	69,2	15,4
20	Atividade física rotineira	23,1	7,7	7,7	38,5	23,1
21	Tornozelos	7,7	7,7	7,7	76,9	0,0
22	Pescoço	15,4	7,7	15,4	61,5	0,0
23	Forma da cabeça	0,0	0,0	7,7	84,6	7,7
24	Compleição corporal	15,4	23,1	7,7	46,2	0,0
25	Perfil	23,1	30,8	0,0	46,2	0,0
26	Altura	30,8	38,5	7,7	23,1	0,0
27	Idade	15,4	15,4	0,0	61,5	7,7
28	Digestão	38,5	7,7	0,0	53,8	0,0
29	Quadril	0,0	15,4	0,0	76,9	7,7
30	Textura da pele	0,0	53,8	0,0	38,5	7,7
31	Lábios	23,1	30,8	0,0	30,8	15,4
32	Pernas	7,7	30,8	7,7	38,5	15,4
33	Dentes	23,1	23,1	0,0	46,2	7,7
34	Testa	15,4	15,4	0,0	61,5	7,7
35	Pés	7,7	7,7	0,0	76,9	7,7
36	Dormir	15,4	23,1	0,0	46,2	15,4
37	Voz	23,1	23,1	0,0	38,5	15,4
38	Saúde	15,4	38,5	0,0	38,5	7,7
39	Atividade sexual	53,8	15,4	0,0	15,4	15,4
40	Joelhos	15,4	7,7	0,0	69,2	7,7
41	Postura	30,8	15,4	15,4	30,8	7,7
42	Face	15,4	15,4	7,7	7,7	53,8
43	Peso	46,2	15,4	0,0	38,5	0,0
44	Sexo (masculino/feminino)	0,0	23,1	0,0	61,5	15,4
45	Nuca	7,7	23,1	0,0	53,8	15,4
46	Tronco	15,4	30,8	7,7	38,5	7,7

Quadro A2: Distribuição da Auto Catexa (SC) das participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas de 45 a 59 anos

Item	Aspectos do eu	Escore em %				
		1	2	3	4	5
01	Primeiro nome	15,4	15,4	0,0	53,8	15,4
02	Moral	7,7	23,1	0,0	46,2	23,1
03	Habilidade de auto-expressão	46,2	0,0	7,7	38,5	7,7
04	Ter gosto na roupa	7,7	15,4	7,7	53,8	15,4
05	Senso de dever	0,0	0,0	7,7	30,8	61,5
06	Sofisticação	23,1	7,7	7,7	61,5	0,0
07	Auto-entendimento	53,8	0,0	0,0	38,5	7,7
08	Meta na vida	46,2	0,0	0,0	46,2	7,7
09	Talento artístico	38,5	0,0	15,4	30,8	15,4
10	Tolerância	7,7	30,8	7,7	38,5	15,4
11	Humor	0,0	30,8	0,0	38,5	30,8
12	Conhecimento geral	38,5	0,0	0,0	38,5	23,1
13	Imaginação	7,7	23,1	7,7	61,5	0,0
14	Popularidade	23,1	0,0	7,7	46,2	23,1
15	Autoconhecimento	30,8	0,0	0,0	46,2	23,1
16	Habilidade para se expressar com simpatia	23,1	0,0	7,7	30,8	38,5
17	Controle emocional	53,8	0,0	0,0	30,8	15,4
18	Autoconsciência	0,0	0,0	0,0	61,5	38,5
19	Generosidade	30,8	0,0	0,0	61,5	7,7
20	Habilidade para aceitar crítica	15,4	38,5	7,7	30,8	7,7
21	Reflexão	0,0	0,0	0,0	69,2	30,8
22	Gosto artístico literário	23,1	0,0	15,45	53,8	7,7
23	Memória	53,8	0,0	15,4	30,8	0,0
24	Ser econômico, comedido	0,0	23,1	0,0	46,2	30,8
25	Personalidade	7,7	0,0	0,0	53,8	38,5
26	Auto-respeito	0,0	0,0	0,0	46,2	53,8
27	Habilidade para concentração	53,8	0,0	0,0	23,1	23,1
28	Habilidade para receber ordem	30,8	30,8	7,7	23,1	7,7
29	Sensibilidade para opinião dos outros	7,7	7,7	7,7	61,5	15,4
30	Habilidade para liderar	0,0	30,8	7,7	53,8	7,7
31	Último nome	0,0	15,4	0,0	53,8	30,8
32	Impulsos	7,7	7,7	0,0	53,8	30,8
33	Trejeitos, modos	0,0	30,8	15,4	38,5	7,7
34	Escrita manual	46,2	15,4	0,0	23,1	15,4
35	Nível de inteligência	30,8	0,0	23,1	38,5	7,7
36	Habilidade atlética	38,5	0,0	7,7	46,2	7,7
37	Felicidade	38,5	0,0	7,7	23,1	30,8
38	Criatividade	30,8	7,7	0,0	53,8	7,7
39	Vida afetiva	15,4	23,1	0,0	38,5	23,1
40	Fortes convicções	30,8	0,0	7,7	38,5	23,1
41	Consciência	0,0	0,0	0,0	69,2	23,1
42	Habilidade com as mãos	30,8	0,0	7,7	46,2	15,4
43	Medo, receio	46,2	23,1	15,4	7,7	7,7
44	Capacidade para o trabalho	0,0	7,7	0,0	46,2	46,2
45	Consciosos aplicados	30,8	0,0	0,0	30,8	38,5
46	Habilidade para reunir pessoas	30,8	7,7	7,7	38,5	15,4
47	Auto-estima	23,1	0,0	0,0	46,2	30,8
48	Sugestibilidade	23,1	15,4	0,0	61,5	0,0
49	Higiene	7,7	0,0	0,0	69,2	23,1
50	Vocabulário	46,2	15,4	0,0	30,8	7,7
51	Procrastinação	38,5	15,4	0,0	23,1	23,1
52	Auto-afirmação	15,4	7,7	0,0	61,5	15,4
53	Habilidade para tomar decisões	7,7	7,7	0,0	46,2	38,5
54	Sonhos	30,8	0,0	0,0	53,8	15,4
55	Auto positivismo	7,7	7,7	7,7	38,5	38,5

Quadro A3: Distribuição da Catexe Corporal (BC) das participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas com 60 anos ou mais

Item	Partes/Funções	Escore em %				
		1	2	3	4	5
01	Cabelos	38,5	0,0	0,0	53,8	7,7
02	Compleição facial	7,7	0,0	0,0	84,6	7,7
03	Apetite	23,1	15,4	0,0	38,5	23,1
04	Mãos	30,8	0,0	0,0	53,8	15,4
05	Largura dos ombros	7,7	0,0	0,0	53,8	38,5
06	Braços	15,4	30,8	0,0	46,2	7,7
07	Tórax/peito	15,4	0,0	0,0	53,8	30,8
08	Olhos	7,7	0,0	0,0	53,8	38,5
09	Distribuição de pelo no corpo	7,7	0,0	0,0	53,8	38,5
10	Nariz	46,2	0,0	0,0	38,5	15,4
11	Dedos	23,1	0,0	0,0	46,2	30,8
12	Excreção/eliminação	23,1	7,7	0,0	61,5	7,7
13	Pulsos	0,0	15,4	0,0	46,2	38,5
14	Respiração	7,7	0,0	0,0	61,5	30,8
15	Cintura	30,8	0,0	0,0	46,2	23,1
16	Disposição corporal	7,7	15,4	0,0	30,8	46,2
17	Orelhas/ouvidos	15,4	0,0	0,0	53,8	30,8
18	Costas	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2
19	Queixo	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2
20	Atividade física rotineira	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2
21	Tornozelos	7,7	7,7	0,0	46,2	38,5
22	Pescoço	7,7	0,0	0,0	46,2	46,2
23	Forma da cabeça	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2
24	Compleição corporal	7,7	23,1	0,0	30,8	38,5
25	Perfíl	38,5	7,7	0,0	30,8	23,1
26	Altura	46,2	15,4	0,0	23,1	15,4
27	Idade	7,7	0,0	0,0	38,5	53,8
28	Digestão	23,1	7,7	0,0	46,2	23,1
29	Quadril	23,1	7,7	0,0	46,2	23,1
30	Textura da pele	46,2	15,4	0,0	38,5	0,0
31	Lábios	0,0	7,7	0,0	76,9	15,4
32	Pernas	30,8	15,4	0,0	30,8	23,1
33	Dentes	69,2	0,0	0,0	23,1	7,7
34	Testa	7,7	7,7	0,0	53,8	30,8
35	Pés	0,0	23,1	0,0	46,2	30,8
36	Dormir	7,7	15,4	0,0	38,5	38,5
37	Voz	15,4	0,0	0,0	53,8	30,8
38	Saúde	38,5	7,7	0,0	46,2	7,7
39	Atividade Sexual	46,2	23,1	15,4	15,4	0,0
40	Joelhos	0,0	30,8	0,0	53,8	15,4
41	Postura	15,4	7,7	0,0	46,2	30,8
42	Face	7,7	0,0	0,0	46,2	46,2
43	Peso	15,4	23,1	0,0	38,5	23,1
44	Sexo(masc./fem)	15,4	7,7	0,0	53,8	23,1
45	Nuca	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2
46	Tronco	23,1	0,0	0,0	46,2	30,8

Quadro A4: Distribuição da Auto Catexe (SC) das participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas com 60 anos ou mais

Item	Aspectos do eu	Escore em %				
		1	2	3	4	5
01	Primeiro nome	15,4	0,0	0,0	61,5	23,1
02	Moral	7,7	7,7	7,7	38,5	38,5
03	Habilidade de auto expressão	38,5	0,0	0,0	46,2	15,4
04	Ter gosto na roupa	7,7	0,0	15,4	30,8	46,2
05	Senso de dever	15,4	0,0	0,0	53,8	30,8
06	Sofisticação	0,0	0,0	7,7	84,6	7,7
07	Auto entendimento	61,5	7,7	7,7	15,4	7,7
08	Meta na vida	23,1	0,0	7,7	38,5	30,8
09	Talento artístico	38,5	7,7	0,0	46,2	7,7
10	Tolerância	23,1	7,7	23,1	15,4	30,8
11	Humor	30,8	0,0	0,0	69,2	0,0
12	Conhecimento geral	46,2	23,1	7,7	23,1	0,0
13	Imaginação	23,1	7,7	15,4	38,5	15,4
14	Popularidade	0,0	0,0	0,0	15,4	84,6
15	Auto confiança	7,7	0,0	0,0	38,5	53,8
16	Habilidade para se expressar com simpatia	15,4	0,0	7,7	46,2	30,8
17	Controle emocional	38,5	7,7	0,0	38,5	15,4
18	Auto consciência	7,7	0,0	0,0	69,2	23,1
19	Generosidade	15,4	0,0	0,0	7,7	76,9
20	Habilidade para aceitar critica	30,8	30,8	15,4	15,4	7,7
21	Reflexão	15,4	7,7	0,0	61,5	7,7
22	Gosto artístico literário	53,8	7,7	15,4	15,4	7,7
23	Memória	15,4	7,7	0,0	46,2	30,8
24	Ser econômico, comedido	15,4	15,4	0,0	23,1	46,2
25	Personalidade	15,4	30,8	0,0	38,5	15,4
26	Auto respeito	7,7	0,0	0,0	38,5	53,8
27	Habilidade para concentração	53,8	0,0	0,0	23,1	23,1
28	Habilidade para receber ordem	30,8	38,5	7,7	15,4	7,7
29	Sensibilidade para opinião dos outros	0,0	7,7	7,7	76,9	7,7
30	Habilidade para liderar	30,8	38,5	15,4	15,4	0,0
31	Ultimo nome	0,0	7,7	0,0	76,9	15,4
32	Impulsos	30,8	15,4	15,4	38,5	0,0
33	Trejeitos, modos	23,1	0,0	38,5	38,5	0,0
34	Escrita manual	23,1	0,0	0,0	30,8	38,5
35	Nível de inteligência	7,7	30,8	0,0	30,8	23,1
36	Habilidade atlética	46,2	15,4	15,4	23,1	0,0
37	Felicidade	15,4	0,0	7,7	15,4	61,5
38	Criatividade	30,8	7,7	0,0	30,8	30,8
39	Vida ativa	15,4	0,0	0,0	53,8	30,8
40	Fortes convicções	7,7	7,7	7,7	15,4	61,5
41	Consciência	0,0	15,4	0,0	69,2	15,4
42	Habilidade com as mãos	7,7	23,1	0,0	30,8	38,5
43	Medo, receio	30,8	7,7	7,7	46,2	7,7
44	Capacidade para o trabalho	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2
45	Consciosos aplicado	23,1	0,0	7,7	38,5	30,8
46	Habilidade para reunir pessoas	15,4	0,0	23,1	30,8	30,8
47	Auto estima	15,4	0,0	7,7	38,5	38,5
48	Sugestibilidade	7,7	38,5	15,4	38,5	0,0
49	Higiene	30,8	0,0	0,0	15,4	53,8
50	Vocabulário	46,2	15,4	0,0	15,4	23,1
51	Procrastinação	7,7	23,1	23,1	15,4	30,8
52	Auto afirmação	23,1	0,0	0,0	46,2	30,8
53	Habilidade para tomar decisões	15,4	0,0	0,0	69,2	15,4
54	Sonhos	0,0	0,0	0,0	92,3	7,7
55	Auto positivismo	0,0	0,0	0,0	53,8	46,2

Anexo 6

Ordenação das médias da Catexe Corporal na primeira fase do levantamento

Ordenação das médias de 45 a 59 anos masculino, meia idade, T01 na primeira fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	119	3,98	57	2002	3	1
2	116	4,00	58	1995	2	2
3	120	4,00	59	1999	3	1
4	118	4,14	59	1996	2	1
5	114	4,30	58	1998	1	1
6	115	4,43	56	1996	4	2
7	117	4,64	59	1994	1	1

Ordenação das médias de 45 a 59 anos feminino, meia idade, Turma 1, na primeira fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
01	82	2,23	50	2002	2	1
02	67	2,61	48	2000	2	1
03	61	2,66	55	2002	2	1
04	2	2,70	50	1998	2	1
05	1	2,80	54	1999	1	1
06	90	2,82	54	1998	2	1
07	100	2,84	46	2002	1	1
08	109	2,82	54	1995	2	1
09	88	2,86	53	1994	3	1
10	32	2,87	55	2002	2	2
11	83	2,88	51	1996	1	1
12	18	2,89	58	1999	2	1
13	55	2,96	51	2000	2	1
14	12	3,07	52	2002	2	2
15	108	3,07	50	2000	1	1
16	53	3,08	48	2000	2	1
17	80	3,09	53	1996	1	1
18	59	3,10	59	1994	1	2
19	102	3,12	56	2000	1	1
20	77	3,14	52	1999	3	2
21	14	3,15	54	1999	2	1
22	31	3,16	50	1999	3	1
23	45	3,19	49	2000	1	1
24	48	3,20	55	2000	2	2
25	47	3,26	59	1999	2	1
26	36	3,26	53	1998	2	1
27	93	3,26	57	1999	2	1
28	68	3,28	49	2002	1	1
29	5	3,29	57	1996	2	1
30	34	3,29	54	2002	1	1
31	62	3,29	56	1996	1	1
32	81	3,29	53	1996	2	1
33	98	3,30	52	1999	3	2
34	60	3,31	57	2000	2	1
35	113	3,32	47	2002	2	1
36	7	3,35	54	1998	2	1
37	58	3,35	56	1994	4	1
38	105	3,35	53	2002	2	1
39	106	3,35	49	1999	2	2
40	3	3,37	53	1997	2	1
41	30	3,37	52	2002	2	2
42	94	3,37	55	1995	2	3
43	104	3,37	52	1999	2	1
44	112	3,42	50	2000	2	1
45	13	3,45	57	2001	2	1
46	25	3,46	56	1999	2	1
47	19	3,47	52	1999	1	1
48	66	3,47	57	2000	4	1
49	89	3,47	54	2001	2	1
50	33	2,49	58	1994	4	1
51	43	3,49	48	2001	1	2
52	69	3,49	51	1998	2	1

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
53	8	3,50	59	1998	2	1
54	9	3,51	56	2000	2	1
55	86	3,51	52	2002	1	1
56	56	3,51	49	1999	2	1
57	78	3,56	47	2001	1	2
58	103	3,56	56	1999	4	1
59	87	3,57	55	2000	1	1
60	101	3,61	47	2002	1	1
61	23	3,63	59	1997	1	2
62	24	3,63	55	2002	2	2
63	35	3,66	56	2001	2	2
64	41	2,67	50	2002	2	1
65	10	3,68	57	1998	2	1
66	54	3,68	53	2000	1	1
67	75	3,68	50	2001	2	1
68	4	3,70	49	2000	2	2
69	71	3,70	58	2001	2	1
70	22	3,71	53	1996	2	2
71	44	3,72	54	2002	5	1
72	63	3,74	51	1994	3	1
73	29	3,75	55	1996	2	1
74	27	3,78	52	1998	3	1
75	65	3,79	54	2000	2	1
76	85	3,79	53	1999	2	1
77	70	3,80	52	1999	2	1
78	73	3,80	59	1998	3	2
79	20	3,82	51	1993	5	1
80	26	3,85	57	1999	2	1
81	37	3,86	58	1995	2	2
82	51	3,86	56	1996	3	1
83	6	3,91	48	2002	3	1
84	96	3,91	58	2000	2	2
85	52	3,92	59	1996	1	1
86	92	3,93	59	1995	1	1
87	21	3,94	52	2000	2	1
88	28	3,95	59	2000	1	1
89	57	3,95	52	1998	2	1
90	111	3,95	51	2000	2	1
91	74	4,00	59	1993	1	2
92	16	4,03	59	1999	4	2
93	91	4,05	51	1996	3	1
94	99	4,08	50	1998	2	1
95	95	4,09	56	1998	2	2
96	11	4,10	54	2001	2	2
97	84	4,22	58	1993	3	2
98	42	4,24	57	1994	2	2
99	110	4,25	52	1998	2	1
100	50	4,26	53	2002	3	1
101	97	4,26	54	1996	2	1
102	107	4,29	59	1994	2	1
103	64	4,39	51	1998	2	2
104	38	4,40	57	2000	2	1
105	49	4,42	55	1995	2	1
106	46	4,44	52	1999	1	1
107	241	4,46	55	2002	3	1
108	15	4,47	59	1994	1	1
109	76	4,50	56	1999	4	1
110	40	4,61	53	1998	4	1
111	72	4,61	57	2000	1	1
112	17	4,63	56	1993	1	1
113	39	4,87	53	2000	2	1
114	79	4,89	50	1998	2	1

Ordenação das médias dos Maiores de 60 anos, idosos, Turma 2 na segunda fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	269	3,25	69	2000	2	1
2	265	3,67	67	2000	2	1
3	261	3,77	65	1994	2	2
4	271	3,79	61	2002	3	1
5	266	3,82	71	1996	1	3
6	263	3,98	75	1999	2	1
7	264	4,02	63	2001	2	1
8	268	4,04	61	2000	2	1
9	258	4,21	73	1995	2	2
10	260	4,35	65	1994	2	2
11	267	4,37	76	1998	2	1
12	262	4,42	66	2002	2	2
13	270	4,68	64	1996	2	1
14	259	4,82	69	1995	2	1

Ordenação das médias das maiores de 60 anos, idosas, Turma 2 na primeira fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	240	1,82	62	2000	2	1
2	247	2,32	69	1998	2	1
3	137	2,46	74	1993	1	2
4	194	2,54	60	2000	2	1
5	189	2,56	64	1994	1	1
6	136	2,63	62	1994	2	2
7	223	2,75	62	1996	1	1
8	122	2,77	67	1998	3	1
9	212	2,80	62	2001	2	2
10	162	2,82	69	1996	2	2
11	153	2,84	63	1995	2	2
12	139	2,89	72	1998	1	1
13	179	2,91	60	1994	2	2
14	172	2,96	66	1994	2	1
15	178	2,96	61	1998	2	2
16	204	2,98	62	1999	2	2
17	238	3,02	62	1995	2	1
18	121	3,03	68	2002	2	1
19	143	3,05	69	1999	4	1
20	132	3,07	74	1993	1	1
21	187	3,11	65	1994	1	1
22	226	3,11	62	2000	2	1
23	230	3,11	61	2000	2	1
24	227	3,12	68	1995	2	1
25	165	3,14	67	1999	1	2
26	225	3,14	64	1996	3	2
27	158	3,16	79	1998	2	1
28	160	3,16	66	2002	2	1
29	145	3,19	75	1996	1	2
30	228	3,21	66	1996	2	2
31	201	3,23	66	1993	1	2
32	141	3,25	76	1997	2	1
33	208	3,26	78	2000	2	1
34	209	3,26	60	1998	2	2
35	163	3,28	69	1995	2	2
36	245	3,30	68	1994	1	3
37	253	3,30	65	1994	1	2
38	131	3,32	73	1996	2	2
39	214	3,32	68	2002	2	2
40	220	3,32	61	2001	1	1
41	218	3,33	67	1995	2	2
42	195	3,35	74	1994	3	2
43	126	3,37	63	1994	1	1
44	168	3,37	63	1994	1	2
45	233	3,37	64	1996	2	1
46	199	3,39	63	1998	2	1
47	222	3,39	61	1996	1	1

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
48	173	3,40	63	2002	2	1
49	248	3,40	65	2000	2	1
50	255	3,40	71	1995	2	1
51	128	3,42	67	1994	3	1
52	138	3,46	69	1993	2	2
53	229	3,47	67	1998	2	2
54	239	3,47	73	1993	1	2
55	129	3,49	70	1996	2	2
56	151	3,49	77	1994	2	1
57	157	3,49	66	1993	3	1
58	237	3,49	62	1999	1	2
59	202	3,50	66	1994	4	1
60	234	3,51	67	1999	2	2
61	249	3,51	71	1999	2	1
62	144	3,53	62	2002	3	2
63	130	3,56	75	1994	2	1
64	181	3,56	70	2001	2	2
65	127	3,58	63	1999	3	1
66	190	3,59	74	1996	1	2
67	232	3,60	68	1995	2	1
68	148	3,61	70	1993	1	2
69	166	3,61	66	1994	2	1
70	200	3,61	63	2002	1	1
71	207	3,61	62	2000	2	1
72	184	3,63	70	2000	2	1
73	152	3,65	69	1993	4	1
74	164	3,65	78	1993	1	1
75	231	3,66	67	1997	3	1
76	254	3,68	63	1996	2	2
77	183	3,71	61	1993	2	1
78	198	3,72	72	1998	2	1
79	257	3,72	70	1998	1	1
80	243	3,74	69	2000	2	2
81	197	3,75	65	1996	2	1
82	205	3,75	67	1995	2	1
83	171	3,77	70	2000	1	2
84	242	3,79	69	1998	2	1
85	161	3,80	74	1998	2	2
86	191	3,81	60	1999	4	1
87	217	3,86	78	1994	2	1
88	188	3,89	71	1996	1	1
89	196	3,89	77	1993	3	1
90	221	3,89	65	1995	2	2
91	167	3,91	70	1993	4	1
92	252	3,91	85	1994	1	2
93	174	3,92	67	1998	3	1
94	175	3,93	63	2000	2	1
95	142	3,94	64	1994	4	1
96	147	3,96	60	1993	2	1
97	186	3,96	63	1994	3	2
98	216	3,96	64	1995	2	1
99	133	3,98	63	1998	2	2
100	203	3,98	68	1996	2	1
101	149	4,00	72	1999	2	2
102	154	4,00	75	1995	1	2
103	246	4,00	71	1993	4	2
104	251	4,00	75	1993	1	3
105	135	4,01	63	1994	2	1
106	236	4,02	67	1995	2	1
107	170	4,05	64	1996	1	1
108	185	4,05	63	1994	2	1
109	213	4,05	64	1998	1	1
110	224	4,05	75	1994	2	1
111	155	4,09	65	1994	2	1
112	123	4,10	67	1995	1	1
113	146	4,11	70	1994	2	2
114	219	4,11	67	1998	2	2

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
115	124	4,14	66	2001	4	1
116	177	4,15	70	1996	2	2
117	180	4,16	61	1996	2	2
118	192	4,16	69	1998	2	1
119	150	4,17	67	1994	1	2
120	156	4,18	62	1994	2	1
121	134	4,21	70	1995	2	2
122	140	4,23	69	1993	2	2
123	159	4,23	70	1996	4	1
124	215	4,25	67	2000	4	2
125	169	4,26	77	1993	2	2
126	182	4,26	80	1996	2	1
127	176	4,28	65	2000	2	1
128	206	4,28	66	2002	2	1
129	244	4,28	63	2001	1	2
130	250	4,33	78	1996	1	2
131	256	4,33	68	1993	1	1
132	193	4,36	70	2000	2	2
133	235	4,42	64	1998	2	1
134	210	4,43	72	1994	2	2
135	211	4,44	75	1994	1	1
136	125	4,53	70	2002	2	1

Anexo 7

Ordenação das médias da Catexe Corporal na segunda fase de levantamento

Ordenação das médias de 45 a 59 anos masculino, meia idade, Turma 1 na segunda fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	116	3,96	58	1995	2	2
2	118	3,98	59	1996	2	1
3	119	3,98	57	2002	3	1
4	120	3,98	59	1999	3	1
5	117	4,00	59	1994	1	1
6	114	4,05	58	1998	1	1
7	115	4,36	56	1996	4	2

Ordenação das médias de 45 a 59 anos feminino, meia idade Turma 1 na segunda fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	82	1,89	50	2002	2	1
2	101	2,40	47	2002	1	1
3	87	2,49	55	2000	1	1
4	39	2,54	53	2000	2	1
5	2	2,64	50	1998	2	1
6	14	2,72	54	1999	2	1
7	88	2,77	53	1994	3	1
8	48	2,80	55	200	2	2
9	109	2,81	54	1995	2	1
10	90	2,89	54	1998	2	1
11	68	2,93	49	2002	1	1
12	93	2,95	57	1999	2	1
13	37	2,98	58	1995	2	2
14	105	3,02	53	2002	2	1
15	81	3,04	53	1996	2	1
16	80	3,05	53	1996	1	1
17	31	3,07	50	1999	3	1
18	61	3,07	55	2002	2	1
19	7	3,08	54	1998	2	1
20	96	3,09	58	2000	2	2
21	3	3,11	53	1997	2	1
22	67	3,11	48	2000	2	1
23	78	3,12	47	2001	1	2
24	77	3,14	52	1999	3	2
25	108	3,14	50	2000	1	1
26	25	3,16	56	1999	2	1
27	62	3,18	56	1996	1	1
28	55	3,19	51	2000	2	1
29	18	3,21	58	1999	2	1
30	54	3,21	53	2000	1	1
31	112	3,23	50	2000	2	1
32	12	3,26	52	2002	2	2
33	32	3,26	55	2002	2	2
34	98	3,26	52	1999	3	2
35	23	3,28	59	1997	1	2
36	60	3,28	57	2000	2	1
37	113	3,28	47	2002	2	1
38	44	3,32	54	2002	5	1
39	9	3,33	56	2000	2	1
40	75	3,37	50	2001	2	1
41	69	3,39	51	1998	2	1
42	36	3,40	53	1998	2	1
43	10	3,42	57	1998	2	1
44	73	3,42	59	1998	3	2
45	83	3,42	51	1996	1	1
46	1	3,44	54	1999	1	1
47	13	3,44	57	2001	2	1
48	33	3,44	58	1994	4	1
49	5	3,45	57	1996	2	1
50	22	3,46	53	1996	2	2
51	35	3,46	56	2001	2	2
52	53	3,47	48	2000	2	1

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
53	100	3,47	46	2002	1	1
54	6	3,49	48	2001	3	1
55	30	3,49	52	2002	2	2
56	47	3,50	59	1999	2	1
57	34	3,53	54	2002	1	1
58	43	3,53	48	2001	1	2
59	70	3,54	52	1999	2	1
60	89	3,54	54	2001	2	1
61	95	3,58	56	1998	2	2
62	20	3,59	51	1993	5	1
63	94	3,61	55	1995	2	3
64	21	3,65	52	2000	2	1
65	85	3,67	53	1999	2	1
66	106	3,67	49	1999	2	2
67	58	3,68	56	1994	4	1
68	71	3,68	58	2001	2	1
69	104	3,68	52	1999	2	1
70	27	3,70	52	1998	3	1
71	86	3,70	52	2002	1	1
72	45	3,72	49	2000	1	1
73	56	3,72	49	1999	2	1
74	26	3,74	57	1999	2	1
75	65	3,79	54	2000	2	1
76	99	3,79	50	1998	2	1
77	19	3,81	52	1999	1	1
78	50	3,81	53	2002	3	1
79	63	3,81	51	1994	3	1
80	92	3,81	59	1995	1	1
81	11	3,86	54	2001	2	2
82	29	3,88	55	1996	2	1
83	8	3,91	59	1998	2	1
84	46	3,91	52	1999	1	1
85	84	3,91	58	1993	3	2
86	51	3,93	56	1996	3	1
87	52	3,93	59	1996	1	1
88	66	3,93	57	2000	4	1
89	28	4,00	59	2000	1	1
90	103	4,02	56	1999	4	1
91	42	4,04	57	1994	2	2
92	97	4,04	54	1996	2	1
93	111	4,05	51	200	2	1
94	102	4,07	56	2000	1	1
95	4	4,09	49	2000	2	2
96	107	4,09	59	1994	2	1
97	24	4,14	55	2002	2	2
98	41	4,16	50	2002	2	1
99	57	4,18	52	1998	2	1
100	91	4,19	51	1996	3	1
101	40	4,21	53	1998	4	1
102	38	4,23	57	2000	2	1
103	17	4,25	56	1993	1	1
104	72	4,31	57	2000	1	1
105	59	4,42	59	1994	1	2
106	74	4,44	59	1993	1	2
107	241	4,45	55	2002	3	1
108	15	4,50	59	1994	1	1
109	49	4,58	55	1995	2	1
110	64	4,58	51	1998	2	2
111	16	4,64	59	1999	4	2
112	76	4,72	56	1999	4	1
113	110	4,75	52	1998	2	1
114	79	4,86	50	1998	2	1

Ordenação das médias dos Maiores de 60 anos, idosos, Turma 2 na segunda fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	269	3,01	69	2000	2	1
2	265	3,61	67	2000	2	1
3	261	3,73	65	1994	2	2
4	271	3,78	61	2002	3	1
5	262	3,80	66	2001	2	2
6	263	3,92	75	1999	2	1
7	268	4,00	61	2000	2	1
8	264	4,10	63	2001	2	1
9	266	4,17	71	1996	1	3
10	258	4,21	73	1995	2	2
11	260	4,36	65	1994	2	2
12	267	4,49	76	1998	2	1
13	259	4,68	69	1995	2	1
14	270	4,71	64	1996	2	1

Ordenação das médias das maiores de 60 anos, idosos, Turma 2 na segunda fase

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
1	136	2,19	62	1994	2	1
2	229	2,40	67	1998	2	2
3	188	2,46	71	1996	1	1
4	139	2,63	72	1998	1	1
5	223	2,63	62	1996	1	1
6	168	2,65	63	1994	1	2
7	163	2,68	69	1995	2	2
8	172	2,68	66	1994	2	1
9	178	2,68	61	1998	2	2
10	227	2,79	68	1995	2	1
11	202	2,81	66	1994	4	1
12	212	2,81	62	2001	2	2
13	162	2,88	69	1996	2	2
14	194	2,88	60	2000	2	1
15	121	2,89	68	2002	2	1
16	143	2,89	69	1999	4	1
17	189	2,89	64	1994	1	1
18	205	2,89	67	1995	2	1
19	248	2,89	65	2000	2	1
20	233	2,91	64	1996	2	1
21	213	2,93	64	1998	1	1
22	245	2,95	68	1994	1	3
23	247	2,96	69	1998	2	1
24	204	2,98	62	1999	2	2
25	238	2,98	62	1995	2	1
26	150	3,05	67	1994	1	2
27	253	3,07	65	1994	1	2
28	137	3,11	74	1993	1	2
29	200	3,11	63	2002	1	1
30	226	3,11	62	2000	2	1
31	132	3,12	74	1993	1	1
32	141	3,12	76	1997	2	1
33	126	3,14	63	1994	1	1
34	153	3,16	63	1995	2	2
35	179	3,16	60	1994	2	2
36	129	3,18	70	1996	2	2
37	187	3,18	65	1994	1	1
38	124	3,19	66	2001	4	1
39	237	3,23	62	1999	1	2
40	151	3,25	77	1994	2	1
41	138	3,26	69	1993	2	2
42	144	3,26	62	2002	3	2
43	148	3,26	70	1993	1	2
44	246	3,26	71	1993	4	2
45	169	3,28	77	1993	2	2
46	209	3,38	60	1998	2	2
47	228	3,28	66	1996	2	2

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
48	152	3,32	69	1993	4	1
49	214	3,32	68	2002	2	2
50	220	3,32	61	2002	1	1
51	195	3,39	74	1994	3	2
52	221	3,40	65	1995	2	1
53	225	3,40	64	1996	3	2
54	249	3,40	71	1999	2	1
55	206	3,42	66	2002	2	1
56	208	3,42	78	2000	2	1
57	197	3,47	65	1996	2	1
58	232	3,47	68	1995	2	1
59	170	3,49	64	1996	1	1
60	234	3,51	67	1999	2	2
61	240	3,51	62	2000	2	1
62	125	3,53	70	2002	2	1
63	239	3,53	73	1993	1	2
64	244	3,53	63	2001	1	2
65	157	3,54	66	1993	3	1
66	256	3,56	68	1993	1	1
67	134	3,57	70	1995	2	2
68	165	3,58	67	1999	1	2
69	159	3,59	70	1996	4	1
70	190	3,60	74	1996	1	2
71	222	3,60	61	1996	1	1
72	181	3,61	70	2001	2	2
73	183	3,63	61	1993	2	1
74	192	3,63	69	1998	2	1
75	131	3,65	73	1996	2	2
76	217	3,65	78	1994	2	1
77	123	3,66	67	1995	1	1
78	198	3,67	72	1998	2	1
79	127	3,70	63	1999	3	1
80	158	3,70	79	1998	2	1
81	231	3,70	67	1997	3	1
82	199	3,72	63	1998	2	1
83	130	3,75	75	1994	2	1
84	164	3,75	78	1993	1	1
85	207	3,75	62	2000	2	1
86	255	3,75	71	1995	2	1
87	167	3,77	70	1993	4	1
88	203	3,77	68	1996	2	1
89	218	3,77	67	1995	2	2
90	155	3,79	65	1994	2	1
91	251	3,79	75	1993	1	3
92	250	3,81	78	1996	1	2
93	147	3,82	60	1993	2	1
94	254	3,82	63	1996	2	2
95	156	3,84	62	1994	2	1
95	201	3,84	66	1993	1	2
97	230	3,84	61	2000	2	1
98	122	3,86	67	1998	3	1
99	146	3,86	70	1994	2	2
100	160	3,85	66	2002	2	1
101	177	3,86	70	1996	2	2
102	128	3,88	67	1994	3	1
103	216	3,89	64	1995	2	1
104	243	3,89	69	2000	2	1
105	257	3,89	70	1998	1	1
106	161	3,91	74	1998	2	2
107	219	3,95	67	1998	2	2
108	180	3,96	61	1996	2	2
109	191	3,96	60	1999	4	1
110	133	3,98	63	1998	2	2
111	174	3,98	67	1998	3	1
112	154	4,00	75	1995	1	2
113	186	4,00	63	1994	3	2
114	236	4,05	67	1995	2	1

Nº	Ordem	Média da BC	Idade	Ano de Ingresso	Nº de Atividades	Nº de Doenças
115	171	4,07	70	2000	1	2
116	252	4,07	85	1994	1	2
117	145	4,09	75	1996	1	2
118	215	4,09	67	2000	4	2
119	235	4,12	64	1998	2	1
120	182	4,14	80	1996	2	1
121	184	4,16	70	2000	2	1
122	185	4,16	63	1994	2	1
123	224	4,21	75	1994	2	1
124	135	4,25	63	1994	2	1
125	193	4,25	70	2000	2	2
126	173	4,26	63	2002	2	1
127	166	4,33	66	1994	2	1
128	149	4,36	72	1999	2	2
129	140	4,42	69	1993	2	2
130	210	4,42	72	1994	2	2
131	175	4,47	63	2000	2	1
132	142	4,49	64	1994	4	1
133	196	4,51	77	1993	3	1
134	242	4,63	69	1998	2	1
135	176	4,88	65	2000	2	1
136	211	4,92	75	1994	1	1

Anexo 8

Termo de Consentimento

Termo de Consentimento

Projeto de Pesquisa: Avaliação da Catexe Corporal dos Participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas

Responsável: Prof^a Dra. Maria Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares

Pesquisadora executante - pós-graduanda: Prof^a MSc Rita Maria dos Santos Puga Barbosa

Este termo de consentimento tem por objetivo esclarecer e referendar vosso consentimento para participar na pesquisa *Avaliação da Catexe Corporal dos Participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas*.

O objetivo desta pesquisa é verificar como é a distribuição da catexe corporal dos participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade do Amazonas.

Sua participação nesta pesquisa será por meio do preenchimento da escala da Catexe Corporal, composta de 57 itens entre partes corporais e funções do organismo e você deverá escolher 1 entre 5 sentimentos diferentes que melhor se adequar para aquela parte de seu corpo ou aspecto do funcionamento do organismo. O (a) senhor (a) tem assegurado o sigilo das informações.

Agradeço antecipadamente a sua amável participação, tenha certeza que está contribuindo para o estudo científico da Gerontologia, Imagem Corporal e Educação Física, qualquer dúvida estou disponível na coordenação do programa para esclarecimentos cabíveis.

Prof^a MSc Rita Maria dos Santos Puga Barbosa

Nome do participante:

R.G:

Endereço:

Ciente: