



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NA
PÓS-MENOPAUSA PRATICANTES DE CORRIDA DE RUA**

Carlos Eduardo do Carmo Rühl

**Rio de Janeiro
Março de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NA
PÓS-MENOPAUSA PRATICANTES DE CORRIDA DE RUA**

Carlos Eduardo do Carmo Rühl

**Rio de Janeiro
Março de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA PRATICANTES DE CORRIDA DE RUA

Carlos Eduardo do Carmo Rühl

Dissertação apresentada à
Pós-graduação em Saúde da
Criança e da Mulher, como
parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Orientador(a): Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

**Rio de Janeiro
Março de 2013**

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

R933a Rühl, Carlos Eduardo do Carmo.

Avaliação da qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa praticantes de corrida de rua. / Carlos Eduardo do Carmo Rühl. - Rio de Janeiro, 2014.
92f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

Orientadora: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

Bibliografia: f. 68-71.

1. Qualidade de Vida. 2. Menopausa. 3. Climatério. 4. Mulheres. 5. Exercício. 6. Atividade Motora. 7. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 22.ed. 618.175

Recebi a ficha catalográfica e comprometo-me a não modificá-la.

Data: / / .

_____.

Dedicatória

Dedico esse trabalho, com todo amor e carinho, às mulheres que me inspiraram e me apoiaram na minha estrada e que de alguma forma colaboraram para que eu pudesse chegar aqui. Sem dúvida, sem elas nada disso seria possível.

Em especial a Alcioni Aparecida do Carmo, minha amada e batalhadora mãe, e Arlete Cunha (*in memoriam*), minha serena e saudosa mãe velha.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Lizanka Marinheiro, por dosar, na medida certa e oportunamente, apoio e cobrança, palavras duras e de conforto quando mais precisei. Muito obrigado por brigar por mim e comigo nesses dois anos.

A academia Velox Fitness, em especial a toda direção e coordenação do setor de musculação onde pude me desenvolver profissionalmente desde o estágio.

A família Braga (Fabrício, Flávia e Letícia) que tão gentilmente me acolheu em seu lar e foi peça fundamental para a realização deste sonho. Vocês foram um grato presente da vida.

Aos amigos da academia Upper que apostaram em mim quando era ainda um jovem com sonhos e boas intenções. Obrigado pelo apoio, compreensão e paciência todos esses anos.

A Maria Alice que, por obra do destino, não pode ver a finalização desse projeto de vida, mas foi fundamental no percurso, com carinho, sacrifício, apoio e doses amáveis de café.

Aos meus amigos e alunos que compraram meu projeto de vida, me dando todo suporte para que pudesse concluir essa etapa que foi tão importante.

E a meu mais antigo amigo e adversário. Fonte de inspiração e peça fundamental em todas as decisões que tomei na vida. Obrigado, meu irmão Rafa Rühl. Nada disso seria possível sem você.

“Quem sabe concentrar-se numa coisa e insistir nela como único objetivo,
obtém, ao fim e ao cabo, a capacidade de fazer qualquer coisa”.
Mahatma Gandhi

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	ix
LISTA DE TABELAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO 1	1
1.1 Introdução	1
1.2 Justificativa	2
1.3 Objetivo do Estudo	3
1.3.1 Objetivo Geral	3
1.3.2 Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO	5
2.1 Menopausa	5
2.2 Qualidade de Vida	9
2.3 Atividade Física	14
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA	20
3.1 Desenho Geral do Estudo	20
3.2 Tamanho da Amostra	22
3.3 Sujeitos da Pesquisa	22
3.4 Instrumentos	23
3.5 Análise dos Dados	31
3.6 Considerações Éticas	35

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	36
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	65
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	76
Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)	77
Questionário Internacional de Atividade Física	80
CCEB: Ítems referentes à posse de bens no domicílio e suas respectivas pontuações	86
APÊNDICES	87
Questionário De Características Socioeconômicas e do Treinamento	88
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
Aprovação do projeto pelo CEPIFF	91

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSM	<i>American College os Sports Medicine</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEPIFF	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SF-36	<i>Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de pontos conferidos à posse de bens nos domicílios	44
Tabela 2 – Tabela de pontos conferidos ao grau de instrução	44
Tabela 3 – Divisão por classes segundo pontuação obtida no CCEB	44
Tabela 4 – Definição das dimensões do SF-36	45
Tabela 5 – Pontuação referente às respostas do SF-36	46
Tabela 6 – Valores de limite inferior e variação das dimensões do SF-36	47
Tabela 7 – Categorias e definições dos níveis de atividade física	51
Tabela 8 – Categorias e definições das atividades físicas	52
Tabela 9 – Comparação das características físicas e socioeconômicas dos grupos de corredoras e não corredoras	56
Tabela 10 – Comparação das características de treinamento dos grupos de corredoras e não corredoras	61
Tabela 11 – Comparação das dimensões da qualidade de vida dos grupos de corredoras e não corredoras	63
Tabela 12 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo o nível de atividade física	65

Tabela 13 – Nível de significância da relação das dimensões da qualidade de vida com a situação conjugal	66
Tabela 14 – Nível de significância da relação das dimensões da qualidade de vida com a classe socioeconômica	67
Tabela 15 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo a etnia	68
Tabela 16 – Resultado da regressão linear multivariada das variáveis prática de corrida de rua e etnia em função da dimensão Saúde Mental	68
Tabela 17 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo a formação	69
Tabela 18 – Resultado da regressão linear multivariada das variáveis prática de corrida de rua e escolaridade em função da dimensão Estado Geral da Saúde	70
Tabela 19 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo o IMC	71
Tabela 20 – Resultado da regressão linear multivariada das variáveis prática de corrida de rua, escolaridade e IMC em função da dimensão Capacidade Funcional	71

Resumo

INTRODUÇÃO: Com o aumento da população e da expectativa de vida e, consequentemente o aumento do número de mulheres, a menopausa tornou-se um fenômeno mais comum e mais duradouro. A diminuição da produção hormonal e o cessar do funcionamento do ovário levam a uma série de alterações fisiológicas que comprometem, dentre outras coisas, o desempenho de atividades motoras e provocam modificações psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida e a saúde. Apesar dos benefícios comprovados da prática de atividades físicas regulares para a saúde nesse momento na vida da mulher, no Brasil, pouco se tem pesquisado sobre os desdobramentos na qualidade de vida das mesmas. **OBJETIVO:** Descrever as características sociodemográficas, aspectos físicos e de treinamento das mulheres envolvidas no estudo e avaliar a associação destas variáveis com as dimensões da qualidade de vida propostas pelo *Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Surve* (SF-36). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, onde foram entrevistadas 95 mulheres praticantes de corrida de rua e 53 não praticantes, com idade entre 45 e 60 anos, sem comprometimento relatado de saúde e com ausência de menstruação nos últimos 12 meses. As praticantes apresentaram experiência de pelo menos 3 meses na atividade e frequência semanal de treinamento mínima de 2 vezes. Foi pedido às entrevistadas que indicassem outras mulheres não praticante da atividade, que tivessem perfil semelhante às mesmas, para a participação na pesquisa. Os dados sociodemográficos, antropométricos e os dados relacionados ao treinamento foram obtidos através da aplicação de um questionário semi-estruturado. A qualidade de vida foi avaliada através da aplicação do questionário SF-36, o nível de aptidão física foi avaliado pelo IPAQ. Os dados foram analisados pelo teste U de Mann-Whitney, Qui Quadrado, Kruskal-Wallis e regressão linear multivariada, através do software SPSS, versão 17.0. **RESULTADOS:** A prática de corrida de rua mostrou forte associação com todas as dimensões da qualidade de vida, exceto Aspectos Emocionais, mostrando resultados significativamente mais altos ($p < 0,05$) nas corredoras, independente das outras variáveis. **CONCLUSÃO:** Mulheres na pós-menopausa que praticam corrida de rua, tem uma melhor percepção da

vida quando comparadas às não praticantes, independente de seu nível de atividade física.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, menopausa, climatério, mulher, exercício, corrida, exercício aeróbico, atividade física, promoção de saúde.

Abstract

INTRODUCTION: With the increase in life expectancy and the increasing number of women, menopause has become a phenomenon more common and longer-lasting. The decrease in hormone production and the cessation of ovary function leads to a series of physiological changes that compromise the performance of motor activities and cause psychological and social changes that affect the quality of life and health. Despite the proven benefits of regular physical activity for health at that moment, in the life of the woman, little has researched on the developments in quality of life in Brazil. **OBJECTIVE:** To describe the socio-demographic characteristics, physical and training aspects of women involved in the study and evaluate the association of these variables with the dimensions of quality of life proposed by the Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36). **METHODOLOGY:** This is an observational, descriptive, transversal study, where were interviewed 95 women practitioners of outdoor running and 53 non-practitioners, aged between 45 and 60 years, without compromising health reported and with the absence of menstruation in the last 12 months. The practitioners have presented at least 3 months experience in the activity and minimum training week 2 times. Respondents were asked to indicate which other women not practitioner of activity, which had a similar profile to the same, for participation in research. The socio-demographic, anthropometric and training-related data were obtained through the application of a semi-structured questionnaire. Quality of life was assessed by applying the questionnaire SF-36, the level of physical fitness was assessed by IPAQ. The data were analysed by Mann-Whitney U test, Chi square, Kruskal-Wallis or multivariate linear regression, on SPSS software, version 17.0. **RESULTS:** The practice of outdoor running showed strong association with all dimensions of quality of life, except emotional aspects, showing results significantly higher ($p < 0.05$) in runners, independent of other variables. **CONCLUSION:** Postmenopausal women who engage in outdoor running, have a better perception of life when compared to non-practitioners, regardless of their level of physical activity.

Keywords: Quality of life, menopause, climacteric, women, exercise, running, aerobic exercise, physical activity, health promotion.

CAPÍTULO 1

1.1 – Introdução

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), as mulheres formam a maioria da população brasileira. Também vivem mais e adoecem com mais frequência que os homens. Isso, aliado ao fato de estarem regularmente acompanhando familiares e crianças no atendimento, faz com que estas sejam as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de mulheres, a menopausa tornou-se um fenômeno mais comum e mais duradouro na vida das mesmas. A diminuição da produção hormonal e o cessar do funcionamento do ovário levam a uma série de alterações fisiológicas que comprometem o desempenho de atividades motoras e provocam modificações psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida e a saúde (Trench e col, 2005).

A prática de atividades físicas regulares nesse momento difícil na vida da mulher ajuda a combater os sintomas e amenizar as alterações corporais pelas quais as mulheres passam nessa fase (Eschbach, 2009). Avaliar a qualidade de vida das mesmas e associa-la à prática de um programa de atividades regulares, como a corrida de rua, é uma forma de

propor políticas de saúde pública mais assertivas e direcionadas para esse grupo específico de mulheres.

Sendo assim, o objetivo deste presente estudo é avaliar a associação entre a prática de corrida de rua e a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa.

1.2 – Justificativa

Em minha experiência profissional, pude acompanhar a entrada na menopausa de muitas mulheres e como a atividade física regular e bem orientada pode ajudá-las nesse momento de transição repleto de incertezas e mudanças corporais radicais. Esse fato me motivou a querer ampliar meus conhecimentos e pesquisar mais a fundo o tema e reunir mais conhecimento para o meu aperfeiçoamento profissional, além qualificar meu trabalho e, por consequência, auxiliar melhor a promoção da saúde dessas mulheres.

Também ampliar o conhecimento sobre o impacto positivo da prática do esporte na vida das mulheres na menopausa e poder ajudar a subsidiar políticas públicas de saúde na promoção da vida saudável e de prevenção de agravos à saúde.

Em uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline e Lilacs, duas das principais fontes de referências bibliográficas em saúde, com os termos menopausa e exercício, encontraremos uma vasta produção científica, mas com muito pouco material produzido no Brasil. Dado o aumento

da expectativa de vida das mulheres nos últimos anos no país, o prolongamento da menopausa por consequência e com todos os indicativos da contribuição da atividade física na amortização dos impactos desse fenômeno, acredito que o estudo seja de grande importância na produção de dados nacionais relevantes para a saúde pública.

A pesquisa também se propõe a contribuir com a ampliação da participação da Educação Física no debate sobre a saúde pública. Dessa forma, refletindo, dentro do enfoque da integralidade das ações de saúde, o empenho da instituição em entender a saúde para além dos paradigmas reducionistas que a concebem apenas como tratamento de aspectos relacionados à doença e objetivação do sujeito, contribuindo para a melhoria da saúde. Vale ressaltar que os resultados obtidos podem contribuir para melhorar a qualidade de vida da população feminina no período do envelhecimento.

1.3 – Objetivo do Estudo

2.3.1. Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo é identificar a associação entre a prática de corrida de rua e a qualidade de vida da mulher no período pós-menopausa.

2.3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a qualidade de vida considerando as seguintes dimensões:
 - Capacidade Funcional;
 - Aspectos Físicos;
 - Dor;
 - Estado Geral da Saúde;
 - Vitalidade;
 - Aspectos Sociais;
 - Aspectos Emocionais;
 - Saúde Mental;
- Avaliar os seguintes aspectos ligados ao treinamento físico:
 - Experiência na modalidade;
 - Volume semanal de treino;
 - Frequência semanal de treino;
 - Velocidade média de treinamento;
 - Com ou sem orientação profissional;
 - Outras atividades associadas;
- Avaliar o nível de aptidão física.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Menopausa

Segundo Trench e col (2005), o conceito de menopausa vem de um trabalho publicado por Gardanne, em 1816, chamado “Conselho às mulheres que entram na idade crítica”, em que o mesmo descreve a síndrome da *menopausie*. Menopausa é a combinação de duas palavras gregas que significam basicamente mês e fim. Até o final da década de setenta, o climatério era utilizado para descrever o período que antecedia o fim da vida reprodutiva da mulher e a menopausa o cessar definitivo da menstruação. Em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma padronização terminológica e sugere que o termo climatério seja substituído por perimenopausa.

Para Casper (2009), fisiologicamente a menopausa pode ser definida como a fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva da mesma. Essa transição se inicia com uma variação na duração do ciclo menstrual e nas concentrações do hormônio folículo estimulante (FSH) no sangue, segue com uma inconstância nos intervalos observados entre os ciclos menstruais (em torno de até 60 dias) e termina 12 meses após a ocorrência do último ciclo menstrual.

O autor ainda cita que, embora a média de idade do início da menopausa seja em torno dos 51 anos, para cerca de 5% das mulheres, esta

pode ocorrer após os 55 anos, o que é considerada uma menopausa tardia. Da mesma forma, para outros 5% da população feminina, pode ocorrer entre 40 e 45 anos, o que é considerada menopausa precoce. Quando a mesma se dá antes dos 40 anos, é considerada falha ovariana prematura. Ao contrário da menarca, a idade média observada para a entrada na menopausa não se alterou de forma significativa ao longo dos anos. Porém, fatores genéticos bem como etnia, tabagismo e histórico reprodutivo parece afetar individualmente a mesma (Casper, 2009).

Nesse momento, a produção de esteróides diminui e os ovários deixam de desempenhar seu papel, com isso, uma série de alterações fisiológicas acontecem no organismo. Alguns associados à cessão das funções ovarianas, outros associados ao envelhecimento. Segundo Navega & Oishi (2007), esse conjunto de alterações progressivas estruturais e funcionais do organismo afeta negativamente o desempenho de habilidades motoras, dificultando a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, provocando modificações psicológicas e sociais.

Eschbach (2009) afirma que o desempenho muscular é um fator importante da capacidade funcional e qualidade de vida entre as mulheres pós-menopausa. Para o autor, a força muscular começa a declinar durante os anos de menopausa e este fenômeno parece ser parcialmente dependente de estrógeno. A manutenção da massa muscular é fundamental para retardar a perda decorrente do próprio envelhecimento e promover menor impacto mais tarde na terceira idade. Dessa forma, vale a pena ressaltar que a prevenção ainda é a melhor estratégia para atingir esses objetivos. Estudos com atividade

física têm os mais promissores resultados, tanto na prevenção quanto no tratamento da sarcopenia (Messier e colaboradores, 2011).

São comuns nessa fase, distúrbios do sono, especialmente a ocorrência de insônia. Embora não se tenha estabelecido de forma clara, na literatura científica, relação destas com a queda na produção de estrogênio, frequentemente, tais episódios são associados, segundo Souza e colaboradores (2001), aos fogachos ou a dificuldades emocionais, que podem resultar em fadiga, irritabilidade e, em certos casos, depressão.

O aumento excessivo do peso ponderal também é observado nesta etapa da vida das mulheres e merece destaque, não pelas questões estéticas envolvidas, mas pelas implicações no aumento do risco cardiovascular e do possível desenvolvimento do câncer de mama. Uma vez estabelecida a queda na produção de estrogênio, ocorre uma redistribuição da gordura corporal que passa a acumular-se na região abdominal. Esse acúmulo associado às alterações no metabolismo lipídico, segundo Lobo (2008), é um dos principais fatores que explicam o aumento do risco cardíaco em mulheres nesta fase da vida.

Segundo Trench e colaboradores (2005), na cultura ocidental, associa-se ao fim do ciclo reprodutivo das mulheres imagens, palavras, gestos que se mostram impregnados de conteúdos patológicos, negativos ou depreciativos. Algumas dessas alterações são passageiras, mas nem por isso menos impactantes. Para a autora, a auto-imagem da mulher é profundamente afetada nessa fase, uma vez que, entre as alterações observadas nesse

período, a queda do índice de massa magra e o aumento do percentual de gordura, acima citado, contribuem para tornar este período ainda mais difícil.

Ainda para esta mesma autora, historicamente, é de fácil identificação, em nossa sociedade, a valorização da mulher em fase reprodutiva em detrimento daquela que se encontra já na fase não reprodutiva. Esta é uma característica de identificação fácil em diferentes épocas de nossa sociedade. Juventude, beleza e maternidade são elementos fortes de valorização do feminino e sua perda pode favorecer a presença de sentimentos como tristeza, carência e, por vezes, até episódios de depressão. Sendo assim, não é de se espantar que os discursos encontrados em nossa cultura persistam em associar a menopausa ao estatuto de doença, que naturalmente deve ser “tratada” e “curada”.

Mesmo em publicações recentes na área médica, podemos encontrar um discurso recheado de associações depreciativas, como Costa *apud* Trench et al (1995), que afirma que adolescentes e mulheres climatéricas passam por períodos de revolução somático-existencial e que a diferença entre estas reside no fato de que as jovens tem o tempo a seu favor, enquanto a mulher na pós-menopausa “se acha diante do vazio que progressivamente vai tomando conta de sua vida”.

Felizmente, também há autores que tendem a abordar o tema de forma integral. Ramos (1998), traz uma abordagem interessante e sensível ao afirmar que a menopausa nada mais é do que uma fase natural do ciclo de vida da mulher, a qual todas passarão, a exceção daquelas que não viverem até tal momento. Essa não estigmatização do discurso é importante para que a

sintomatologia não seja supervalorizada, mas repensada para atender a pluralidade encontrada na vivência de cada mulher que atravessa essa fase.

Segundo De Lorenzi e colaboradores (2009), projeções da OMS estimam que até 2030, mais de 1 bilhão de mulheres estará na menopausa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 13,5 milhões de brasileiras passam pelo climatério. Apesar disso, a produção científica nacional é muito carente de dados para que se possa entender melhor esse processo na população brasileira e seu impacto na qualidade de vida.

2.2 – Qualidade de vida

Entende-se como qualidade de vida "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS - Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental, 1994). Apesar de ser recente o parecer da OMS sobre o assunto, a expressão qualidade de vida é anterior aos êxitos obtidos no combate aos males da modernidade. Consta que a expressão foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964. Desde então, registra-se que conceitos como padrão de vida e qualidade de vida vieram sendo partilhados por cientistas sociais, filósofos e políticos, ou seja, a real

origem do debate e do desafio conceitual ocorreu no campo das ciências sociais.

O campo da saúde, de uma forma geral, manteve-se por longo tempo à distância do debate. A Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças. No entanto, as diferentes áreas que conformam o saber em saúde priorizaram durante anos o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade. Tratava-se de combater a doença com uso de tecnologias cada vez mais refinadas, de tal forma que o ser - o portador da doença - foi posto em segundo plano, em um processo conhecido como desumanização da medicina, que acabou por contaminar as áreas afins (Seidl & Zannon, 2004).

Por outro lado, Minayo e colaboradores (2000) destacam que a mensuração do grau de Desenvolvimento dos países, durante longos anos, teve por indicador único a mensuração das riquezas materiais produzidas. Desta forma, importava, centralmente, o desenvolvimento econômico, sendo o desenvolvimento social um efeito secundário deste. Entretanto, a partir dos anos 90, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) concentrou seus esforços na proposta de uma mudança substancial na forma de conceber o desenvolvimento, construindo uma nova idéia e criando os indicadores do Desenvolvimento Humano.

Os autores citam que este Desenvolvimento Humano passa a ser defendido então como a criação de um ambiente no qual os indivíduos, isoladamente ou coletivamente, possam desenvolver seu pleno potencial e

tenham chances razoáveis de levar uma vida produtiva e criativa de acordo com suas necessidades e, principalmente, de acordo com suas escolhas, o que implica a inclusão no debate do princípio da liberdade e da idéia da autonomia.

Assim, a retomada da discussão sobre a qualidade de vida no campo da saúde marca, na atualidade, um movimento de reencontro das ciências humanas com as ciências biológicas, com reflexos nas ciências econômicas e nas demais ciências, na direção da valorização de parâmetros mais amplos que a descoberta do agente, o controle dos sintomas, a redução da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (De Lorenzi, 2008).

Uma das primeiras dificuldades de lidar com o tema da qualidade de vida provém da variedade de definições sobre o que é qualidade. Trata-se, portanto, de uma palavra multidimensional, que incorpora diferentes idéias a partir de múltiplas perspectivas.

Há um certo consenso, no entanto, referido a existência de uma dimensão quantitativa e de uma dimensão essencialmente qualitativa na idéia da qualidade. A qualidade é objetiva enquanto uma propriedade ou atributo das coisas ou das pessoas, podendo ser, desta forma, mensurada. Sua subjetividade provém da conclusão de que em todas as coisas e pessoas existem aspectos sensíveis que não podem ser medidos e de que a noção de qualidade pode variar entre pessoas e grupos, em função de vários processos sociais e históricos. De tal forma, o que é qualidade para um, pode não o ser para o outro (Minayo et al, 2000).

Neste cenário, de amplo debate teórico, a Organização Mundial da Saúde, no início dos anos 90, cria um grupo para pensar a Qualidade de Vida e, em 1994, este grupo propõe a definição anteriormente citada e que é reconhecida até os dias atuais. Com esta definição, assumiu-se a dimensão essencialmente subjetiva da idéia de qualidade de vida, valorizando a percepção individual do que vem a ser qualidade pelo sujeito que vive a vida. Trata-se de nomear algumas características da experiência humana, entendendo-se a qualidade de vida como o fato central que determina a sensação subjetiva de bem-estar (Seidl et al, 2004).

Na esteira desses acontecimentos, houve uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida nos últimos anos, principalmente nos Estados Unidos, com um forte interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A aplicação transcultural é um tema controverso que divide a opinião de vários autores. Fox-Rushby e Parker (1995) criticam duramente a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa ser não-ligado a cultura. Por outro lado, em um nível abstrato, Bullinger (1993) considera que existe uma "cultura universal" de qualidade de vida, isto é, que independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes.

De Lorenzi (2008) afirma que estudos de que relacionam a qualidade de vida à saúde, além de abordar aspectos gerais, envolvem aspectos relacionados a enfermidades ou eventuais intervenções em saúde, porém seus resultados apresentam algumas divergências a medida que tem,

comumente, abordagens excessivamente retritas a sintomas ou agravos particulares, dificultando uma percepção mais ampla dos aspectos não médicos relacionados à qualidade de vida.

Em contrapartida, segundo De Lorenzi (2008), estudos que se baseiam numa abordagem mais genérica da qualidade de vida apresentam a vantagem de permitir a inclusão de indivíduos saudáveis ou não, não se limitando a portadores de agravos específicos. Como exemplo de instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida está o *Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36) que será utilizado no presente estudo.

Trata-se de um questionário genérico, com conceitos não específicos para uma determinada idade, multidimensional, que permite comparações entre diferentes grupos. Traduzido e validado para o português por Ciconelli (1999), considera a percepção do avaliado quanto ao seu próprio estado de saúde, contemplando a subjetividade na avaliação de aspectos representativos da saúde.

O SF-36 avalia a qualidade de vida segundo 8 dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. É de fácil compreensão e auto-aplicável (Brazier et al, 1992).

No Brasil, apesar da importância reconhecida da qualidade de vida da mulher nessa fase pelo Ministério da Saúde através da publicação do Manual de Atenção à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa (2008), as questões são ainda pouco exploradas e a maior parte dos estudos abordam

populações usuárias de serviços de saúde isolados, o que torna difícil a extrapolação dos resultados encontrados.

2.3 – Atividade Física

Como citado anteriormente, as mudanças que ocorrem neste estágio da vida da mulher podem afetar suas atividades do cotidiano e também sua qualidade de vida. Casper (2009), cita que estas possíveis alterações podem incluir distúrbios do sono, fadiga aumentada, ganho de peso, aumento da circunferência abdominal, dores nos músculos e nas articulações, episódios de ansiedade e depressão, alterações repentinas de humor, perda de massa muscular, osteoporose e problemas cardiovasculares.

A boa notícia é que pesquisas recentes tem demonstrado resultados animadores sobre os efeitos positivos da prática de atividade física regular na redução dos sintomas da menopausa. Segundo Eschbach (2009), porém, os benefícios não parecem advir de uma “correção hormonal” causada pelo exercício, mas das adaptações agudas e crônicas provocadas pelas sessões de treinamento.

É necessário destacar aqui, as diferenças conceituais entre atividade física, exercício (ou exercício físico) e esporte. Segundo o American College of Sports Medicine (ACSM) (2011), o termo atividade física refere-se a qualquer atividade musculoesquelética produzida que resulta em dispêndio de energia acima dos níveis basais ou de repouso. Sendo assim, podemos

considerar uma atividade física desde tarefas do cotidiano, como varrer a casa ou caminhar até a padaria, até a prática de um esporte, como natação ou corrida.

Ainda segundo o ACSM (2011), o termo exercício deve ser utilizado quando nos referimos a uma atividade física realizada com o intuito de manutenção ou melhora da saúde e/ou da boa forma. Essa prática deve ser planejada, estruturada e realizada de forma regular para que os objetivos sejam atingidos.

Já esporte é um termo que refere-se a realização de uma atividade ou um jogo que pode envolver ou não o uso de esforço físico ou uma habilidade específica e suas regras são mundialmente conhecidas. Desta forma, podemos exemplificar esporte com xadrez, automobilismo ou corrida de rua.

As principais recomendações dadas por organizações científicas e governamentais se referem à prática de um exercício físico, ou seja, com a intenção de melhora ou manutenção da saúde, embora o termo atividade física seja mais utilizado. Isso se justifica devido a natureza da produção do material científico, uma vez que a maior parte das evidências se baseiam em estudos observacionais que avaliam a prática de uma atividade física, enquanto os ensaios clínicos randomizados concentram-se na avaliação de um exercício físico. Apesar dos termos apresentarem uma relação estreita de significado, é fundamental ressaltar que apresentam definições e aplicações bem distintas.

Esclarecidas as diferenças, é importante retomar que cada mulher atravessa essa fase da vida de maneira muito única e particular e,

portanto, nem todas vivenciarão todas essas mudanças da mesma maneira ou com a mesma intensidade. Sendo assim, a resposta ao treinamento também tende a ser singular. Uma mulher que teve uma vida ativa, provavelmente terá uma adaptação ao programa de treinamento mais fácil do que aquelas que, por ventura, a iniciarão apenas neste momento. Iniciar um programa de atividade física regular nesta fase, apesar de largamente recomendado, pode ser um grande desafio dada as alterações hormonais e as constantes alterações físicas e sociais características do período.

Da mesma forma, uma mulher fisicamente ativa pode encontrar dificuldades em se relacionar com as alterações que seu corpo deve sofrer e com as consequências que tais alterações podem trazer para seu treinamento. Eschbach (2009) destaca que é importante reforçar que estas mudanças são naturais e que os benefícios do treinamento físico regular ainda são presentes na melhora da saúde geral, nas mudanças corporais e na amenização dos sintomas.

A prática de uma atividade física regular está associada a diversos benefícios para a saúde física e mental das mulheres em todas as idades. Ainda segundo o ACSM (2011), existe forte relação entre a capacidade cardiorrespiratória de um indivíduo e fatores de risco associados a eventos clínicos. Aparentemente, mulheres adultas mais velhas, com boa capacidade cardiorrespiratória, que se mantiveram ativas por boa parte da vida, apresentam baixo risco cardíaco. Esse baixo risco também pode ser observado em indivíduos com doenças preexistentes, porém com boa capacidade cardiorrespiratória.

Também foi observado que exercícios aeróbicos reduzem de forma significativa os fatores de risco para distúrbios metabólicos, embora a magnitude dos efeitos relatados seja discreta e tenha variado entre indivíduos. As características dos programas de treinamento também parecem afetar a resposta. Apesar disso, alterações significativas foram observadas em relação a resistência a insulina, hipertensão, dislipidemias e marcadores inflamatórios em mulheres de meia idade, mesmo quando houve novo aumento do peso corporal (ACSM, 2011).

Ainda segundo o novo posicionamento do ACSM (2011), os benefícios observados dos exercícios aeróbicos nos fatores de risco cardiometabólicos são agudos e, dependendo da frequência semanal do treinamento, também podem ser crônicos. O acompanhamento nutricional parece ser fundamental para a perda de peso, uma vez que o exercício físico sem modificação da rotina alimentar apresentou resultados discretos, assim como alterações no LDL foram observadas somente nos casos onde o exercício foi combinado com a perda de peso. Porém, mudanças positivas foram relatadas em outros fatores de risco comuns nessa fase, como a redução da gordura abdominal visceral e biomarcadores mesmo na ausência da redução do peso.

Segundo Chertok (2012), indivíduos que praticam uma atividade aeróbica relatam menos episódios de ansiedade e depressão, assim como menores níveis de stress. Aparentemente, o exercício físico parece afetar neurotransmissores particulares no cérebro da mesma forma que os antidepressivos. Porém, é importante salientar os benefícios são comprovados

quando em níveis mais leves de depressão, como reforça Carek e colaboradores (2011).

Uma atividade de característica predominantemente aeróbica já muito difundida no Brasil é a corrida de rua. Estima-se que este já seja o segundo esporte mais praticado no país, com cerca de 4,5 milhões de praticantes, segundo reportagem de Camila Fusco para a Folha de São Paulo, em setembro de 2010. Perdendo apenas para o futebol, segundo levantamento da Corpore, empresa que organiza corridas de rua em São Paulo, o aumento de participantes nas provas é muito grande já que em 1997, as corridas de rua contaram com 9.430 inscritos e em 2008, o número saltou para perto de 82 mil participantes, reforçando ainda mais esses dados.

Por se tratar de um esporte democrático, uma vez que o praticante precisa apenas de tênis e espaço, e já incorporado na realidade nacional, esta parece uma alternativa viável para a promoção da saúde no Brasil, dado todos os benefícios possíveis acima citados.

Por outro lado, existem correntes que defendem que a simples adoção de um estilo de vida mais ativo seja o suficiente para gerar benefícios à saúde, não necessitando a prática regular de um programa de treinamento. Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2008), é importante que o indivíduo se mantenha ativo por, pelo menos, 150 minuto/semana para diminuir a probabilidade de desenvolver doenças crônicas, além de relatarem uma melhor saúde quando comparadas à pessoas inativas. Apesar de defender que esses dados são suportados por evidências

científicas muito fortes, não há menção aos benefícios que a adoção deste estilo de vida mais ativo possa trazer para a qualidade de vida.

Para avaliar o nível de atividade física da população de nosso estudo, usamos o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Trata-se de uma forma econômica, padronizada e culturalmente adaptável para avaliar os níveis e aptidão física de uma população (Hallal e colaboradores, 2010). Utilizamos a versão curta que fornece informações compreensíveis dos hábitos de atividade física diária em 4 diferentes domínios (trabalho, lazer, transporte e trabalho doméstico) e aborda itens em caminhadas, atividades físicas de intensidade moderadas e vigorosas, além do comportamento sedentário.

Baseado nos dados levantados, o objetivo do presente estudo é avaliar a associação entre a prática de corrida de rua e a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa com a utilização do SF-36. Procura-se com isso, produzir material científico que sirva de referência para futuros estudos na área.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 – Desenho Geral do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, com mulheres que se encontram na pós-menopausa, que visa verificar a associação entre a prática de corrida de rua e a qualidade de vida das mesmas.

Foram entrevistadas mulheres matriculadas em academias de ginástica e membros de assessorias esportivas. Assessorias esportivas são empresas formadas por professores de educação física, treinadores, auxiliares técnicos, nutricionistas e massoterapeutas, entre outros profissionais cujo objetivo é oferecer ao aluno uma programação personalizada de treinamento físico e auxiliá-lo a alcançar os objetivos traçados. Em sua maioria, atuam em áreas ao ar livre da cidade.

Também foram entrevistadas mulheres inscritas em provas de corridas de rua e praticantes independentes encontradas em lugares onde a prática do esporte é comum na cidade, como a Lagoa Rodrigo de Freitas, as praias ou o Aterro do Flamengo. Foi pedido às entrevistadas que indicassem outras mulheres praticantes ou não da atividade, que apresentassem perfil semelhante às mesmas, para a participação na pesquisa. Quando necessário, foi realizado um contato telefônico prévio para acordar data e local da preferência da entrevistada para a realização da entrevista.

As entrevistas aconteceram antes da prática esportiva e em data e local previamente combinados, onde as mulheres se sentiam confortáveis para responder às questões da pesquisa. Prezou-se sempre em criar condições de privacidade para a realização da entrevista, dada a natureza das questões.

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue num primeiro momento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e preenchimento. Posteriormente, foi entregue para auto preenchimento o SF-36. Ao final do preenchimento do mesmo, a entrevista seguia com o preenchimento dos demais itens da pesquisa.

Os entrevistadores tiveram o compromisso de estar sempre disposto a responder, de forma clara e imparcial, qualquer dúvida inerente a qualquer item da pesquisa.

3.2 – Tamanho da Amostra

Guadagnoli & Velicer (1988) propõe que o componente saturação, assim como o tamanho absoluto da amostra são fatores mais importantes do que o número de variáveis observadas na obtenção de dados consistentes numa pesquisa. Sendo assim, adotamos um nível de saturação de .40 e foram avaliadas 95 mulheres praticantes de corrida de rua e 53 não praticantes.

3.3 – Sujeitos da Pesquisa

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes:

- Corredoras:
 - Mulheres sem comprometimento relatado de saúde;
 - Com ausência de menstruação nos últimos 12 meses;
 - Com idade entre 45 e 60 anos;
 - Com experiência de pelo menos 3 meses na atividade;
 - Com frequência semanal de treinamento mínima de 2 vezes;
- Não corredoras:
 - Mulheres sem comprometimento relatado de saúde;
 - Com ausência de menstruação nos últimos 12 meses;
 - Com idade entre 45 e 60 anos;
 - Não praticantes de corrida de rua ou qualquer outra atividade de característica aeróbica similar;
- Os critérios de exclusão do estudo foram os seguintes:
 - Mulheres que relataram algum comprometimento de saúde que impedisse a realização da prática de atividade física sistemática;
 - Incapazes de realizar a avaliação por qualquer motivo.

3.4 – Instrumentos

Os dados sociodemográficos e antropométricos foram obtidos através da aplicação de um questionário estruturado no qual foram abordadas as seguintes variáveis:

- Idade – Auto referida e registrada em anos;
- Etnia – Auto referida e classificada em branca, negra, parda, amarela e índia;
- Escolaridade – Auto referida e seguindo a classificação proposta pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Tabela 2);
- Situação Conjugal – Auto referida e classificada em solteira, casada, viúva e divorciada ;
- Peso – Auto referido e registrada em quilogramas;
- Altura – Auto referida e registrada em metros;

A partir do peso e da altura auto declarados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) das voluntárias e registrado em kg/m^2 . Fonseca e colaboradores (2004) afirmam que é viável a obtenção do IMC através do método “massa corporal e estatura informados”, apesar do mesmo apresentar limitações evidentes. Os pesquisadores defendem que se tratam de indicadores válidos, com níveis de validade aceitáveis.

Para a classificação socioeconômica, foi utilizado o CCEB que é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento das características domiciliares para diferenciar a população. O critério atribui

pontos em função da quantidade de utilitários e serviços domésticos (Tabela 1) e do grau de instrução do indivíduo (Tabela 2) e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação e estratos de classificação econômica definidos por A, B1, B2, C1, C2, DE (ABEP, 2013) (Tabela 3).

Tabela 1 – Tabela de pontos conferidos à posse de bens nos domicílios.

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

Tabela 2 – Tabela de pontos conferidos ao grau de instrução.

Grau de Instrução	Pontos
Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	2
Médio Completo / Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Tabela 3 – Divisão por classes segundo pontuação obtida no CCEB.

Classe	Pontos
A	35-46

B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
DE	0-13

A qualidade de vida foi avaliada através da aplicação do questionário SF-36, que considera os eventos ocorridos nas últimas quatro semanas, envolvendo 36 itens divididos em oito dimensões (Tabela 4). O segundo item do questionário, referente ao estado geral da saúde, não faz parte do cálculo do escore. Apenas compara a saúde atual do entrevistado com a de um ano atrás.

Tabela 4 – Definição das dimensões do SF-36

Dimensão	Descrição
Capacidade Funcional	Dimensão que avalia a capacidade do indivíduo de lidar com as necessidades físicas da vida
Aspectos Físicos	Dimensão que avalia a extensão da limitação da capacidade física na realização de atividades da vida diária
Dor	Dimensão que avalia a percepção da quantidade de dor e a extensão da interferência da mesma nas atividades de trabalho
Estado Geral da Saúde	Dimensão que avalia a percepção do indivíduo de sua saúde geral
Vitalidade	Dimensão que avalia as sensações de vigor, ânimo, fadiga e cansaço no cotidiano do indivíduo
Aspectos Sociais	Dimensão que avalia tempo e extensão que problemas de ordem física ou emocional interferiram nas relações sociais
Aspectos Emocionais	Dimensão que avalia a extensão da interferência de fatores emocionais nas atividades do cotidiano
Saúde Mental	Dimensão que avalia as sensações de ansiedade, desânimo, calma e felicidade no cotidiano do indivíduo

Após o preenchimento do questionário, os escores brutos foram calculados da seguinte maneira (Tabela 5):

Tabela 5 – Pontuação referente às respostas do SF-36

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.

11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)
-----------	---

A seguir, estes escores brutos foram transformados em escores padronizados para cada dimensão, seguindo a equação abaixo, onde, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão previamente estipulados (Tabela 6):

$$\text{Dimensão} = \frac{(\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite Inferior}) \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Tabela 6 – Valores de limite inferior e variação das dimensões do SF-36

Domínio	Pontuação das questões correspondentes	Limite Inferior	Variação
Capacidade Funcional	3	10	20
Aspectos Físicos	4	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado Geral da Saúde	01 + 11	5	20

Vitalidade	9 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos Sociais	06 + 10	2	8
Aspectos Emocionais	5	3	3
Saúde Mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Sendo assim, todos os escores brutos de cada dimensão foram transformados em valores que variam de 0 a 100, onde 0 é o pior e 100 o melhor valor possível para cada dimensão.

Para avaliar o nível de atividade física da população de nosso estudo, usamos o IPAQ (2005). Utilizamos a versão curta que fornece informações compreensíveis dos hábitos de atividade física diária em 4 diferentes domínios (trabalho, lazer, transporte e trabalho doméstico) e aborda itens em caminhadas, atividades físicas de intensidade moderadas e vigorosas, além do comportamento sedentário.

Seguindo as recomendações de IPAQ (2005), as respostas fornecidas em horas relacionadas à duração da realização das atividades foram convertidas em minutos. Apenas respostas acima de 10 minutos foram incluídas na análise, uma vez que não há evidências que períodos de atividades físicas menores de 10 minutos gerem benefícios para a saúde. Os casos onde o somatório de atividades declaradas foi superior a 960 minutos (16 horas) foram descartados porque entendemos que o indivíduo não compreendeu o questionário.

Os dados relacionados ao treinamento foram obtidos através da aplicação de um questionário semi-estruturado no qual foram abordadas as seguintes variáveis:

- Experiência na modalidade;
- Volume semanal de treino;
- Frequência semanal de treino;
- Velocidade média de treinamento;
- Orientação profissional;
 - Presencial ou a distância;
- Outras atividades associadas;
- Experiência na(s) modalidade(s);
- Volume semanal de treino(s);
- Frequência semanal de treino(s).

3.5 – Análise dos dados

Com o intuito de facilitar a análise e o entendimento dos dados, algumas variáveis foram divididas em novas categorias. Dessa forma, segundo o IMC, as mulheres foram divididas em Normal ($\text{IMC} < 25,0 \text{ kg/m}^2$) e Sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$).

Segundo a escolaridade declarada foram distribuídas em 2 novos grupos: Com Nível Superior e Sem Nível Superior. As classes socioeconômicas A e B foram reunidas em um novo grupo, assim como as Classes C e D.

O nível de atividade física foi categorizado segundo recomendação do CDC (2008) e é explicitado na tabela 7.

Tabela 7 – Categorias e definições dos níveis de atividade física

Nível de Atividade	Duração / Intensidade
Baixo	Até 149 minutos de atividades moderadas
	ou
Moderado	Até 74 minutos de atividades vigorosas
	De 150 a 299 minutos de atividades moderadas
Intenso	ou
	De 75 a 149 minutos de atividades vigorosas
	300 ou mais minutos de atividades moderadas
	ou
	150 ou mais minutos de atividades vigorosas

A situação conjugal foi categorizada em Solteira, Casada, Divorciada ou Viúva. Como o questionário foi, na maioria das vezes, auto aplicado, acreditamos que pode haver um equívoco interpretativo aqui, dado o grande número de mulheres que se declararam solteiras, uma vez que, após um casamento, as mulheres não voltam a ser solteiras, mas divorciadas.

Uma saída possível seria categorizar segundo a presença ou não de um parceiro, reunindo os grupos de Solteiras, Casadas e Divorciadas, mas optamos por não fazê-lo pois a metodologia aplicada não nos permite

afirmar que uma mulher auto declarada solteira, por exemplo, não está envolvida em um relacionamento estável, tão comum em nossa sociedade.

Como nosso estudo envolve, primordialmente, a análise das percepções das mulheres envolvidas, resolvemos manter as categorias relatadas pelas entrevistadas, respeitando suas visões do tema.

Com relação às atividades físicas relatadas, diferentes da corrida de rua, as dividimos segundo os critérios do ACSM conforme demonstra a tabela 8 abaixo. O ACSM (2011) divide as atividades físicas segundo as características citadas, porém, em seu posicionamento, faz referência apenas às atividades que tem como objetivo o desenvolvimento de uma valência física ou melhora da saúde. Incluímos a categoria Lazer pois entendemos que determinadas atividades relatadas podem atender estes requisitos, mas não os tem como objetivo principal, como tênis ou volêi de praia.

Tabela 8 – Categorias e definições das atividades físicas

Categoria	Descrição
Contra-resistido	Exercícios que exigem que um músculo realize força contra algum tipo de resistência, numa combinação de contrações estáticas e dinâmicas (musculação, local, treinamento suspenso)
Flexibilidade	Exercícios que alongam as fibras musculares com o objetivo de aumentar a flexibilidade musculotendinosa
Cardiorrespiratório	Exercícios que envolvem grandes grupos musculares e de natureza rítmica e contínua (natação, bike indoor, caminhada)
Neuromotores	Exercícios que envolvem o treinamento das habilidades motoras (equilíbrio, agilidade, coordenação) e capacidade propioceptivas (yoga, tai chi, pilates)

As variáveis contínuas foram expressas em média ou mediana e intervalo interquartil de acordo com a presença ou não de distribuição normal, avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram expressas em percentual.

Na análise univariada, a associação entre as variáveis foi feita através do teste “t” de student, “U” de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para as variáveis contínuas e teste Chi-quadrado ou exato de Fisher para as categóricas.

A fim de determinar associações independentes para cada um dos domínios do SF-36 com mais de uma associação univariada, modelos lineares multivariados foram construídos tendo como variáveis independentes as que possuíam, na análise univariada, um valor de erro alfa $\leq 5\%$. Caso o domínio não possuísse distribuição normal, uma técnica de normalização foi antes aplicada e o modelo então construído passou a ter como variável dependente a nova variável normalizada. Quando as técnicas usuais de normalização não produziram efeito, o domínio foi dicotomizado, usando como parâmetro a análise visual da curva de distribuição, criando uma variável categórica. Para essa nova variável um modelo de regressão logística multivariado foi construído tendo como variáveis independentes as que possuíam a análise univariada um valor de erro alfa $\leq 5\%$. A significância estatística foi determinada por um valor de erro alfa menor que 5%.

Toda a análise estatística foi feita através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences Spss Inc. Chicago, IL, USA) modelo 17.0.

3.6 – Limitações do Estudo

Por se tratar de um estudo observacional, com questionários auto aplicados, os vieses de memória e resposta podem estar presentes. Muitas perguntas referem-se a questões muito pessoais ou de tempos muito distantes, o que pode ter levado as voluntárias a emitir informações imprecisas sobre as questões abordadas.

No que se refere às limitações dos instrumentos escolhidos, o IPAQ é, provavelmente, o instrumento mais difundido de avaliação da atividade física na comunidade científica. Porém, algumas voluntárias tiveram dificuldades ao responder o questionário. É comum que algumas sessões causem confusão como as sessões de trabalho e atividades domésticas. Existem evidências de que este tipo de confusão gere superestimação do escore de atividade física (Hallal e colaboradores, 2010).

Quanto ao SF-36, apesar de mundialmente aceito e validado em muitos países, trata-se de um instrumento recheado de componentes da cultura ocidental rica. Dessa forma, aspectos como religiosidade ou espiritualidade, presentes e valorizados nas culturas muçulmanas, não são

abordados, assim como problemas financeiros ou de violência, comuns na América Latina. A sexualidade também não é abordada pelo questionário.

3.6 – Considerações Éticas

Para a realização do presente estudo, obtivemos a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CEPIFF). Foram seguidas todas as normas da resolução 196/96. Todas as voluntárias foram informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo. As voluntárias que concordaram em participar do mesmo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da entrevista (Apêndice 1).

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

Foram entrevistadas mulheres matriculadas em academias de ginástica, membros de assessorias esportivas e participantes de provas de corrida de rua, no município do Rio de Janeiro, no período de 1º de novembro de 2012 a 31 de janeiro de 2013. As entrevistadas indicaram outras mulheres praticantes ou não de corrida de rua que, no entender das mesmas, preenchessem os requisitos necessários para participação na pesquisa e que apresentassem perfil semelhante às mesmas.

Ao todo, participaram do estudo 148 mulheres (95 corredoras e 53 não corredoras), com idades entre 45 e 60 anos, sem apresentar ciclo menstrual há um período superior a 12 meses e sem qualquer comprometimento relatado de saúde que impedisse a prática sistemática de atividade física, mesmo quando não praticada. Encontramos algumas recusas em função da disponibilidade de tempo das mulheres, uma vez que o questionário era um pouco extenso. Não ocorreram perda.

Foram entendidas como corredoras as mulheres que praticam corrida de rua há pelo menos 3 meses e com frequência semanal mínima de 2 vezes. Foram consideradas não corredoras mulheres que não praticassem qualquer atividade de característica aeróbica semelhante a corrida de rua, a fim de evitar qualquer possível viés de confundimento. Dessa forma, mulheres que relataram a prática de atividades como Pilates ou alongamento puderam ser incluídas no grupo não corredoras, contanto que não praticassem, também, atividades como caminhada, bike indoor ou natação, por exemplo. O resumo da caracterização da amostra segue logo abaixo (tabela 9):

Tabela 9 – Comparação das características físicas e socioeconômicas dos grupos de corredoras e não corredoras

Variável	Corredoras (n=95)	Não corredoras (n=53)	Valor de p
Idade (Q ₁ - Q ₃)	54 (51 - 57)	56 (52 - 58)	0,289
IMC (Q ₁ - Q ₃)	23,22 (22,07 - 25,15)	24,8 (22,7 - 27,4)	0,018
Etnia (%)			0,101
Branças	53 (55,8)	36 (67,9)	
Não Brancas	42 (44,2)	17 (32,1)	
Escolaridade (%)			0,003

Superior Completo	63 (66,3)	22 (41,5)
Superior Incompleto	32 (33,7)	31 (58,5)
Classificação Socioeconômica (%)		0,226
Classes A e B	68 (71,6)	34 (64,2)
Classes C e D	27 (28,4)	19 (35,8)
Situação Conjugal (%)		0,557
Solteira	18 (18,9)	11 (20,8)
Casada	50 (52,6)	25 (47,2)
Divorciada	21 (22,1)	14 (26,4)
Viúva	6 (6,3)	2 (3,8)
Nível de Atividade Física (%)		0,010
Baixo	25 (28,1)	23 (48,9)
Moderado	22 (23,4)	11 (24,7)
Intenso	42 (47,2)	13 (27,7)

A mediana observada da idade das mulheres foi de 54,19 anos, com variação entre 45 e 60 anos. As corredoras apresentaram mediana de 54 anos (intervalo interquartil 51-57) e as não corredoras, 56 anos (intervalo interquartil 52-58). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,289$) (tabela 9).

Quanto a situação conjugal, 75 mulheres se declararam casadas (50,7%), 35 informaram estar divorciadas (23,6%), 29 disseram estar solteiras (19,6%) e 8 se identificaram viúvas (5,4%). Uma não corredora preferiu não declarar sua situação conjugal.

Entre as corredoras, 50 mulheres alegaram estar casadas (52,6%), 21 informaram estar divorciadas (22,1%), 18 disseram estar solteiras

(18,9%) e 6 declararam estar viúvas (6,3%). Já entre as não corredoras, 25 mulheres afirmaram estar casadas (47,2%), 14 informaram estar divorciadas (26,4%), 11 declararam estar solteiras (20,8%) e 2, viúvas (3,8%). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,557$) (tabela 9).

Em relação ao nível de atividade física dos grupos estudados, 12 mulheres não se ajustaram aos critérios válidos acima citados ou preferiram não se manifestar, tendo seus dados removidos das análises. Das 136 restantes, 89 eram corredoras e 47 não corredoras, o que demonstra uma perda aleatória e não significativa da amostra. Entre estas mulheres, 48 apresentaram baixo nível de atividade física (32,4%), 33 foram classificadas com nível moderado (22,3%) e 55 com nível intenso (37,2%).

Entre as corredoras, 25 se enquadraram na categoria baixo nível de atividade física (28,1%), 22 na categoria moderada (23,4%) e 42 na categoria intensa (47,2%). Já entre as não corredoras, houve maior número de mulheres com baixo nível de atividade física, num total de 23 entrevistadas (48,9%). Na categoria moderada tivemos 11 representantes (24,7%) e 13 na categoria intensa (27,7%). Como esperado, houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,010$) (tabela 9).

Uma vez que o estudo se propõe a comparar praticantes de corrida de rua a não praticantes e um dos critérios de inclusão no grupo de não corredoras é a não prática de atividades aeróbicas, espera-se que isso impacte no nível de atividade física dos grupos pesquisados. É bem verdade que poderíamos encontrar no grupo de não corredoras mulheres praticantes de outras atividades, como musculação, ginástica localizada ou pilates, com

volumes e intensidades de treinamento capazes de adequar as entrevistadas a categoria nível intenso, mas isso não ocorreu.

A distribuição segundo as classes socioeconômicas foi adaptada segundo a proposta do CCEB, como já citado anteriormente. Dentre as mulheres entrevistadas, uma preferiu não se manifestar sobre a posse de seus bens ou serviços domésticos. Entre as que responderam, a classe B foi a dominante com 74 mulheres (50%), seguida pelas classes C com 44 (29,7%), A com 28 (18,9%) e D com uma representante (0,7%).

A fim de simplificar a análise dos dados, reunimos as classes A e B em uma nova categoria, assim como as classes C e D já que, desta nova forma, não foi detectada diferença significativa entre os grupos de corredoras e não corredoras ($p = 0,226$). Assim sendo, o grupo de não corredoras era formado por 34 mulheres das classes A e B (64,2%) e 19 das classes C e D (35,8%) e o grupo de corredoras por 68 mulheres das classes A e B (71,6%) e 27 das classes C e D (28,4%).

Sobre a distribuição étnica da amostra, 4 voluntárias optaram por não opinar. Entre as demais, o grupo mais representativo foi o das que se entendiam brancas com 89 mulheres (60,1%), seguido das que se entendiam pardas com 34 (23%), negras com 17 (11,5%) e índias e amarelas com 2 representantes cada (1,4% cada). Houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,01$), uma vez que as representantes índias e amarelas fazem parte do grupo das corredoras, não havendo equivalentes no grupo de não corredoras.

Para facilitar a análise, as mulheres foram reclassificadas em dois novos grupos: Brancas e não brancas. Desta forma, 36 mulheres não corredoras se identificaram como brancas (67,9%) e 17 foram classificadas como não brancas de acordo com sua resposta (32,1%). Entre as corredoras, temos 53 que se identificaram como brancas (55,8%) e 42 foram classificadas como não brancas baseado nas resposta dadas (44,2%). Desta forma, não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,101$).

Com relação à escolaridade, como já citado anteriormente, as categorias seguiram a proposta do CCEB. Desta forma, encontramos uma mulher com o ginásial incompleto (0,7%), 18 com o colegial incompleto (12,2%), 40 com o nível superior incompleto (27%) e 85 com o nível superior completo (57,4%). Quatro mulheres preferiram não declarar seu grau de instrução e não encontramos mulheres com o primário incompleto, pois os questionários eram auto aplicáveis, o que inviabiliza a participação deste estrato.

Estas mulheres foram reclassificadas em duas categorias, sendo elas com nível superior e sem nível superior. Sendo assim, obtivemos 32 mulheres corredoras que declararam não ter concluído o nível superior (33,7%) e 63 que afirmaram ter concluído o nível superior (66,3%). Já entre as não corredoras, 31 afirmaram não ter concluído o nível superior (58,5%) e 22 alegam ter concluído (41,5%). Houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,003$).

Com relação ao IMC, foi identificada uma diferença significativa entre os grupos ($p = 0,018$) que também era esperada em função

da ausência de atividade aeróbica no grupo de não corredoras. Apesar disso, devemos destacar que as medianas e o intervalo interquartil observados nos grupos de corredoras e não corredoras tiveram valores muito próximos (23,22 (22,07-25,15) e 24,8 (22,7-27,4), respectivamente). Vale também destacar que apenas 6 mulheres apresentaram um IMC acima de 30, o que é considerado o primeiro grau de obesidade. Entre elas, 2 corredoras e 4 não corredoras.

Quanto aos aspectos ligados ao treinamento, foram indagados questões sobre a frequência semanal, assim como o volume e a experiência na corrida de rua. Também foi perguntado se as corredoras seguem algum tipo de orientação profissional e, quando seguiam, se esta seria presencial ou a distância. A prática de outras atividades também foi investigada e as mesmas foram categorizadas como citado acima (tabela 7).

A comparação entre os grupos pode ser visualizada na tabela 10 abaixo:

Tabela 10 – Comparação das características de treinamento dos grupos de corredoras e não corredoras

Variável	Corredoras (n=95)	Não corredoras (n=53)
Outras Atividades (%)		
Contra-resistido	47 (49)	0
Flexibilidade	6 (6)	1 (2)
Cardiorrespiratório	39 (41)	0
Neuromotores	13 (13)	0
Lazer	12 (12)	0
Nenhuma	19 (20)	52 (98)
Orientação Profissional (%)		
Presencial	45 (47)	*

Distância	6 (6)	*
Nenhuma	44 (47)	*
Experiência na Modalidade (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	3 (1 - 11)	*
Frequência Semanal (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	3 (3 - 5)	*
Volume Semanal (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	120 (70 - 180)	*

Entre as corredoras, como esperado, a prática de outra atividade é mais comum. Apenas uma não corredora afirmou praticar atividade física no seu tempo livre. No caso, alongamento. Os exercícios contra-resistidos foram os mais populares entre as corredoras com 47 adeptas (49%), seguido pelos cardiorrespiratórios com 39 (41%), os neuromotores com 13 (13%), os de lazer com 12 (12%) e os de flexibilidade com 6 (6%). Dezenove mulheres afirmaram não praticar outra atividade que não a corrida de rua (tabela 10).

Essas outras atividades não foram quantificadas pelo estudo de forma discriminada, uma vez que entendemos que a análise do nível de atividade física geral, avaliada pelo IPAQ, é o fator determinante para a melhora da saúde e do bem estar.

Entre as corredoras, 51 recebem orientação de um profissional que as acompanha de forma presencial (45, 47%) ou a distância (6, 6%). Quarenta e quatro mulheres não tem qualquer tipo de acompanhamento profissional, ajustando seus treinos de acordo com informações de revistas “especializadas”, blogs ou amigos mais experientes (tabela 10)

Todos os componentes acima citados, como nível de atividade física, escolaridade, condições físicas e econômicas, podem estar associados

à qualidade de vida de uma pessoa, avaliada nesta pesquisa pelo SF-36 em suas 8 dimensões e analisados separadamente.

Sendo assim, todos os escores brutos de cada dimensão foram transformados em valores que variam de 0 a 100, onde 100 é compreendido como o mais satisfeita uma pessoa pode estar quanto àquele aspecto de vida avaliado. A tabela 11 mostra a comparação da média obtida dos resultados das respostas das entrevistadas, divididas entre corredora e não corredoras.

Tabela 11 – Comparação das dimensões da qualidade de vida dos grupos de corredoras e não corredoras

Dimensões	Corredoras	Não corredoras	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	95,79 (95 - 100)	74,52 (65 - 90)	< 0,001
ASPECTOS FISICOS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	84,47 (75 - 100)	66,98 (25 - 100)	0,005
DOR (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	78,61 (62 - 100)	60,3 (41 - 74)	< 0,001
ESTADO GERAL DA SAUDE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	76,81 (70 - 85)	60,02 (52 - 72)	< 0,001
VITALIDADE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	78,47 (75 - 90)	65,47 (50 - 82,5)	0,001
ASPECTOS SOCIAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	86,74 (80 - 100)	77,36 (67,5 - 100)	0,011
ASPECTOS EMOCIONAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	80,70 (66,67 - 100)	74,84 (66,67 - 100)	0,282
SAUDE MENTAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	80,25 (76 - 92)	66,79 (56 - 80)	< 0,001

Como pode ser observado, a prática da corrida de rua está associada a todas as dimensões avaliadas, a exceção dos aspectos

emocionais ($p = 0,282$), apresentando valores maiores no grupo de corredoras.

A tabela 12, mostra a comparação das medianas dos resultados obtidos para cada dimensão, segundo o nível de atividade física declarado.

Tabela 12 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo o nível de atividade física

Dimensões	Baixo	Moderado	Intenso	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	95 (80 - 100)	95 (85 - 100)	100 (85 - 100)	0,10
ASPECTOS FISICOS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (50-100)	100 (50 - 100)	100 (75 - 100)	0,437
DOR (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	72 (61 - 84)	72 (51 - 84)	74 (61 - 100)	0,34
ESTADO GERAL DA SAUDE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	67 (57 - 82)	72 (67 - 80)	72 (65 - 82)	0,44
VITALIDADE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	78 (55 - 85)	80 (70 - 85)	75 (70-85)	0,875
ASPECTOS SOCIAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	88 (74 - 100)	93 (80 - 100)	93 (75 - 100)	0,991
ASPECTOS EMOCIONAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (67 - 100)	100 (67 - 100)	100 (67 -100)	0,515
SAUDE MENTAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	78 (68 - 90)	76 (64 - 84)	80 (68 - 92)	0,26

Como podemos observar, apesar de apresentar comprovados benefícios para a saúde, diminuindo o risco de doenças crônicas e aumentando a longevidade (CDC, 2008), o nível de atividade física não

apresentou qualquer relação significativa na percepção das mulheres quanto as dimensões avaliadas.

Situação semelhante foi encontrada quando as entrevistadas foram comparadas segundo sua situação conjugal e classe socioeconômica, como demonstram as tabelas 13 e 14, respectivamente:

Tabela 13 – Nível de significância da relação das dimensões da qualidade de vida com a situação conjugal

Dimensões	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL	0,952
ASPECTOS FISICOS	0,772
DOR	0,909
ESTADO GERAL DA SAUDE	0,085
VITALIDADE	0,51
ASPECTOS SOCIAIS	0,653
ASPECTOS EMOCIONAIS	0,751
SAUDE MENTAL	0,728

Tabela 14 – Nível de significância da relação das dimensões da qualidade de vida com a classe socioeconômica

Dimensões	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL	0,06
ASPECTOS FISICOS	0,88
DOR	0,107
ESTADO GERAL DA SAUDE	0,364
VITALIDADE	0,756
ASPECTOS SOCIAIS	0,931
ASPECTOS EMOCIONAIS	0,18
SAUDE MENTAL	0,891

A tabela 15, mostra a comparação das medianas dos resultados obtidos para cada dimensão, segundo o grupo étnico declarado.

Como podemos observar, a etnia declarada não parece estar associada a nenhuma dimensão, exceto a Saúde Mental ($p = 0,032$) que apresentou valor mais baixo para o grupo de mulheres que se declararam brancas. Encontrada esta possível relação, analisamos a associação entre a prática de corrida de rua e a etnia na dimensão Saúde Mental, através de um modelo de regressão linear. Como pode ser observado na tabela 16, a relação não se confirmou, diferente da prática de corrida de rua.

Tabela 15 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo a etnia

Dimensões	Brancas	Não Brancas	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL ($Q^1_4 - Q^3_4$)	95 (80 – 100)	98 (80 – 100)	0,388
ASPECTOS FISICOS ($Q^1_4 - Q^3_4$)	100 (75 – 100)	100 (75 – 100)	0,683
DOR ($Q^1_4 - Q^3_4$)	72 (61 – 100)	74 (52 – 100)	0,813
ESTADO GERAL DA SAUDE ($Q^1_4 - Q^3_4$)	72 (62 – 82)	72 (62 – 82)	0,608
VITALIDADE ($Q^1_4 - Q^3_4$)	75 (65 – 85)	80 (70 – 90)	0,097
ASPECTOS SOCIAIS ($Q^1_4 - Q^3_4$)	93 (80 -100)	93 (68 – 100)	0,627
ASPECTOS EMOCIONAIS ($Q^1_4 - Q^3_4$)	100 (67 – 100)	100 (67 – 100)	0,545
SAUDE MENTAL ($Q^1_4 - Q^3_4$)	76 (68 – 84)	80 (76 – 92)	0,032

Tabela 16 – Resultado da regressão linear multivariada das variáveis prática de corrida de rua e etnia em função da dimensão Saúde Mental

Variável	β	Limite Inferior IC	Limite Superior IC	Valor de p
Prática de corrida de rua	1632,164	810,42	2453,908	< 0,001
Etnia	695,438	-105,232	1496,108	0,088
Constante	3810,043	2464,583	5155,503	< 0,001

Quando as dimensões da qualidade de vida são avaliadas em função da escolaridade das entrevistadas, obtemos os resultados mostrados na tabela 17.

Tabela 17 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo a formação

Dimensões	Nível Superior Completo	Nível Superior Incompleto	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (90 – 100)	90 (80 -100)	0,005
ASPECTOS FISICOS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (75 – 100)	100 (50 – 100)	0,378
DOR (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	74 (61 – 100)	72 (51 -100)	0,132
ESTADO GERAL DA SAUDE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	77 (67 – 82)	72 (57 – 77)	0,038
VITALIDADE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	80 (70 – 85)	75 (65 – 85)	0,3
ASPECTOS SOCIAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	93 (80 – 100)	88 (68 – 100)	0,79
ASPECTOS EMOCIONAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (67 – 100)	100 (33 – 100)	0,033
SAUDE MENTAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	80 (72 – 88)	76 (64 – 88)	0,095

Como podemos observar, a Capacidade Funcional ($p = 0,005$), os Aspectos Emocionais ($p = 0,033$) e o Estado Geral da Saúde ($p = 0,038$) apresentaram relevância estatística quando avaliados segundo a formação das

mulheres. Como a prática de corrida de rua não mostrou ter relação com os Aspectos Emocionais das entrevistadas, não nos prenderemos a essa relação.

Quando a escolaridade e a prática de corrida de rua foram analisadas dentro de um modelo de regressão linear multivariada, foi demonstrado que não havia relação significativa entre a formação e a percepção do Estado Geral da Saúde, como mostra a tabela 18 abaixo. A associação entre a prática da corrida de rua e a dimensão analisada foi confirmada.

Tabela 18 – Resultado da regressão linear multivariada das variáveis prática de corrida de rua e escolaridade em função da dimensão Estado Geral da Saúde

Variável	β	Limite Inferior IC	Limite Superior IC	Valor de p
Prática de corrida de rua	2111,414	1465,923	2756,906	< 0,001
Escolaridade	164,028	-461,88	789,936	0,605
Constante	3820,536	3255,312	4385,759	< 0,001

Antes de avaliarmos a relação da escolaridade e da prática de corrida de rua com a Capacidade Funcional, vamos olhar a relação do IMC com as dimensões da qualidade de vida, uma vez que também houve diferença significativa para a dimensão Capacidade Funcional ($p = 0,012$) como mostra a tabela 19 abaixo. As demais dimensões não parecem ser afetadas pelo IMC.

Após a aplicação de um modelo de regressão linear multivariada, temos a confirmação da associação da corrida de rua com a percepção da Capacidade Funcional. A associação entre a mesma dimensão e

o IMC ou o grau de instrução das avaliadas não foi estatisticamente significativa (tabela 20).

Tabela 19 – Comparação das dimensões da qualidade de vida segundo o IMC

Dimensões	Normal	Sobrepeso	Valor de p
CAPACIDADE FUNCIONAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	95 (85 - 100)	90 (80 - 100)	0,012
ASPECTOS FISICOS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (75 - 100)	100 (50 - 100)	0,109
DOR (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	74 (61 - 100)	72 (51 - 84)	0,115
ESTADO GERAL DA SAUDE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	72 (62 - 82)	72 (62 - 82)	0,571
VITALIDADE (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	80 (70 - 85)	75 (55- 85)	0,091
ASPECTOS SOCIAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	93 (80 - 100)	93 (68 - 100)	0,74
ASPECTOS EMOCIONAIS (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	100 (67 - 100)	100 (67 - 100)	0,272
SAUDE MENTAL (Q ¹ / ₄ - Q ³ / ₄)	80 (72 - 88)	76 (64 - 88)	0,127

Tabela 20 – Resultado da regressão linear multivariada das variáveis prática de corrida de rua, escolaridade e IMC em função da dimensão Capacidade Funcional

Variável	β	Limite Inferior IC	Limite Superior IC	Valor de p
Prática de corrida de rua	2,295	2,04	48,265	0,004
Escolaridade	0,64	0,497	7,247	0,349
IMC	-0,633	0,15	1,876	0,326

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

Avis e colaboradores (2004), afirmam que, além do impacto nas queixas relativas a esfera somática e prevenção de doenças cardiovasculares e osteoarticulares, a atividade física regular teria ainda ação na esfera emocional da mulher climatérica, à medida que favorece uma autopercepção mais positiva da imagem corporal, aumentando a autoestima, o que se reflete também positivamente no humor.

Moilanen e colaboradores (2010²) afirmam, em um estudo longitudinal, que a transição para o período pós-menopausa não apresentou correlação com a percepção de qualidade de vida das mulheres acompanhadas. No entanto, esta passagem se configurou como uma boa oportunidade para que as mesmas adotassem um estilo de vida mais ativo, aderindo à prática de um programa de atividades físicas que, este sim, melhorou a qualidade de vida das voluntárias, como observado em nosso estudo.

Martin e colaboradores (2009), mostraram que nunca é tarde para começar. Em um estudo com 430 mulheres sedentárias na pós-menopausa, demonstraram que a aderência a um programa regular de atividades físicas pode melhorar de maneira significativa a qualidade de vida em todas as dimensões, incluindo os Aspectos Emocionais.

Guimarães e Baptista (2011) encontraram resultado diferente em estudo realizado com mulheres catarinenses. As autoras concluíram que a

prática de uma atividade moderada por, pelo menos 420 minutos semanais (equivalente ao nível intenso de atividade em nosso estudo), levava a maiores escores na avaliação da qualidade de vida. Resultado semelhante encontramos em nosso estudo, porém, diferente do estudo delas, não encontramos diferença significativa entre os grupos em função dos melhores valores apresentados pelos outros grupos em nosso estudo (níveis baixo e moderado).

Quando comparamos as mulheres segundo a situação conjugal, apesar de Avis e colaboradores (2004) encontrarem melhores escores de qualidade de vida em mulheres americanas casadas, isto não se confirmou na nossa amostra brasileira. Lembramos que, como citado acima, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para avaliar se havia diferença significativa entre as dimensões do SF-36 e as categorias possíveis da situação conjugal (solteira, casada, divorciada e viúva). Uma vez não encontradas diferenças significativas, não nos estendemos nas análises. Os valores de p estão disponíveis na tabela 13:

Como podemos observar na tabela 12, apesar de apresentar comprovados benefícios para a saúde, diminuindo o risco de doenças crônicas e aumentando a longevidade (CDC, 2008), o nível de atividade física não apresentou qualquer relação significativa na percepção das mulheres quanto as dimensões avaliadas.

Daley e colaboradores (2007), encontraram resultados semelhantes sobre a relação do IMC e a qualidade de vida. Os dados sugerem que há uma associação positiva entre a percepção geral da saúde e a

participação num programa de exercícios físicos regulares. Devemos ressaltar que neste estudo, as mulheres apresentavam valores médios e absolutos de IMC maiores que os encontrados em nosso estudo, mesmo entre as não praticantes de atividades físicas regulares.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada da mulher na menopausa abre uma janela de oportunidade para que os profissionais de saúde reflitam sobre os diversos desdobramentos vividos pelas mesmas nessa fase da vida e as escolhas profissionais que serão feitas para melhorar a qualidade de vida das mulheres nesta etapa da vida.

A menopausa medicalizada, que temos disseminada em nossa sociedade, atende a um número pequeno das muitas mulheres que atravessam essa fase, além de custar caro aos cofres públicos. Novas estratégias devem ser pensadas para a manutenção da saúde e melhora da qualidade de vida de uma população plural e carente como a nossa.

Os resultados observados apontam que os efeitos associados à prática de corrida de rua nessa fase estão amplamente ligados a percepção positiva que as mulheres podem ter de suas vidas, reforçando o papel da prática de atividade física regular como uma estratégia benéfica, de fácil acesso e menos controversa na melhora da qualidade de vida.

Apesar do Rio de Janeiro ser uma cidade propensa à prática de atividades físicas a céu aberto, isso ainda é muito concentrado em poucas áreas. Uma boa alternativa de políticas públicas de promoção de saúde seria a ampliação de mecanismos facilitadores das práticas como a ampliação da malha cicloviária compartilhada, além de centros esportivos comunitários ou pistas de corrida para que se criem meios de disseminar o acesso ao esporte e

que não apenas as mulheres, mas toda sociedade possa ter os benefícios de uma vida ativa.

Reforçamos que muito pouco ainda se pesquisa em nosso país sobre o tema e nem toda produção científica estrangeira pode ser adequada a realidade das mulheres brasileiras. Mais estudos sobre o tema são necessários.

REFERÊNCIAS

- ABEP, **Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013.** Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>>. Acesso em 01/03/2013;
- ACSM. **Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Muskuloskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Health Adults: Guidance for Prescribing Exercise.** Medicine & Science in Sports & Exercise. 2011 Jul; 43 (7): 1334-1359;
- [Ağil A](#), [Abike F](#), [Daşkapan A](#), [Alaca R](#), [Tüzün H](#). **Short-term exercise approaches on menopausal symptoms, psychological health, and quality of life in postmenopausal women.** [Obstetrics and Gynecology International](#). 2010;2010. pii: 274261;
- Avis N, Assmann S, Kravitz H, Ganz P, Ory M. **Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors.** Qual Life Res. 2004 Jun;13(5):933-46;
- Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. **Validating the SF-36 health**

survey questionnaire: new outcome measure for primary care.

BMJ. 1992 Jul 18;305(6846):160-4;

- [Brown WJ](#), [Dobson AJ](#), [Mishra G](#). **What is a healthy weight for middle aged women?** [International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders](#). 1998 Jun; 22(6):520-8;
- Bullinger M, Anderson R, Cella D. **Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models.** Qual Life Res 1993; 2:451-9.;
- Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. **Exercise for the treatment of depression and anxiety.** Int J Psychiatry Med. 2011;41(1):15-28;
- Casper R. **Clinical manifestations and diagnosis of menopause.** Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?source=search_result&search=menopause&selectedTitle=1~150> Acesso em 17 de junho de 2012;
- Chertok, G. **Stress Management for Modern Adults.** ACSM Fit Society Page, Winter 2012, p. 6;
- De Lorenzi D, Catan L, Moreira K, Ártico G. **Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2009; mar-abril; 62(2): 287-93;
- Eschbach C. **Exercise Recommendations for Menopause-Aged Women.** ACSM Fit Society Page, Fall 2009, p.3
- Ferreira M, Castiel L, Cardoso MH. **Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional.** Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 865-872;

- Fleck M, Leal O, Louzada S, Xavier M, Chachamovic E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Revista Brasileira de Psiquiatria Jan./Mar. 1999. Vol. 21, n.1;
- Fonseca M, Faerstein E, Chor D, Lopes C. **Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde.** Rev. Saúde Pública. 2004, vol.38, n.3, pp. 392-398;
- Fox-Rushby J and Parker M. **Culture and the measurement of health-related quality of life.** Journal of European Applied Psychology, 1995. 45 (4): 257-264;
- Guadagnoli E, Velicer W. **Relation of Sample Size to the Stability of Component Patterns.** Physiological Bulletin. 1988, vol. 103, no 2, 265-275;
- Hallal C, Gomez L, Parra D, Lobelo F, Mosquera J, Florindo A, Reis R, Pratt M, Sarmiento O. **Lições aprendidas depois de 10 anos do uso do IPAQ no Brasil e na Colômbia.** Journal of Physical Activity and Health, 2010, 7 (suppl 2), S259-S264;
- [Hunter MS](#). **The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ).** [Health Qual Life Outcomes](#). 2003 Set 10;1:41;
- IPAQ group, **Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms.** Disponível em:

<<https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>>. Acesso em 06/03/2013;

- Lobo RA. **Metabolic syndrome after menopause and the role of hormones**. Maturitas. 2008 Mai 20;60(1):10-8;
- Messier V, Rabasa-Lhoret R, Barbat-Artigas S, Elisha B, Karelis AD, Aubertin-Leheudre M. **Menopause and sarcopenia: A potential role for sex hormones**. Maturitas. 2011 Abr;68(4):331-6;
- Minayo M, Hartz Z, Buss P. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência e Saúde Coletiva. 5(1):7-18, 2000;
- Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2004;
- Moilanen J, Aalto A, Raitanen J, Hemminki E, Aro A, Luoto R. **Physical activity and change in quality of life during menopause -an 8-year follow-up study**. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10: 8;
- Navega M, Oishi J. **Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre Mulheres na Pós-menopausa Praticantes de Atividade Física com e sem Osteoporose**. Revista Brasileira de Reumatologia, 2007. Vol. 47, p. 258-264;
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008**. Washington, DC: EUA. Department of Health and Human Services, 2008;

- Pinheiro R, Mattos R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9;
- Ramos D. **Viva a menopausa naturalmente**. São Paulo: Augustus, 1998;
- Seidl E, Zannon C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Caderno de Saúde Pública. 2004, mar-abr. 20(2):580-588;
- [Silva Filho CR](#), [Baracat EC](#), [Conterno Lde O](#), [Haidar MA](#), [Ferraz MB](#). **Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire**. [Revista de Saude Publica](#). 2005 Jun;39(3):333-9. Epub 2005;
- Souza LS, Aldrighi JM. **Sono e climatério**. Reprodução & climatério 2001; 16:20-5;
- Trench B, Santos C. **Menopausa ou menopausas?** Saúde e sociedade. 2005, abr. Vol. 14, no.1, 91-100;
- [Williams LT](#), [Young AF](#), [Brown WJ](#). **Weight gained in two years by a population of mid-aged women: how much is too much?** [International Journal of Obesity \(Lond\)](#). 2006 ago; 30(8):1229-33;

ANEXOS

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Idade : ____ Sexo: F () M () Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não.

Quantas horas você trabalha por dia: ____

Quantos anos completos você estudou: ____

De forma geral sua saúde está:

() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **última semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2:**

Transporte

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

- 1b.** Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1d.**

- 1c.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?

_____ horas _____ minutos

- 1d.** Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

- 1e.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

- 1f.** Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

- 1g.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na ultima semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão**

2c

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de **carro, ônibus, metrô ou trem**?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na ultima semana.

2c. Em quantos dias da ultima semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da ultima semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

- 3a.** Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3c.**

- 3b.** Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

- 3c.** Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3e.**

- 3d.** Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 3e.** Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção 4.**

- 3f.** Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense

somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da ultima semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4c**

4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4e.**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5.**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

**Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): itens referentes à
posse de bens no domicílio e suas respectivas pontuações**

Variáveis	<u>Quantidade de itens</u>				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

APÊNDICES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PRATICANTES DE
CORRIDA DE RUA NA PÓS-MENOPAUSA

- **IDENTIFICAÇÃO**

NOME:

IDADE:

SITUAÇÃO CONJUGAL:

PESO:

ALTURA:

IMC:

ETNIA:

ESCOLARIDADE:

- **ASPECTOS DO TREINAMENTO**

EXPERIÊNCIA NA MODALIDADE:

FREQUÊNCIA SEMANAL DE TREINO:

VOLUME SEMANAL DE TREINO:

VELOCIDADE MÉDIA DE TREINO:

SEGUE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL?

PRESENCIAL OU A DISTÂNCIA?

PRÁTICA OUTRAS ATIVIDADES?

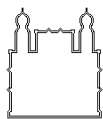
QUAIS?

EXPERIÊNCIA COM ESTAS MODALIDADES:

FREQUÊNCIA SEMANAL DE TREINO:

VOLUME SEMANAL DE TREINO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Fernandes Figueira



- PROJETO DE PESQUISA: Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres na Pós-Menopausa Praticantes de Corrida de Rua
- PESQUISADOR RESPONSÁVEL: CARLOS EDUARDO DO CARMO RUHL
- INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Prezada senhora,

Convidamos a Sra. a participar voluntariamente de nossa pesquisa Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres na Pós-Menopausa Praticantes de Corrida de Rua

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

Este é um projeto de pesquisa realizado pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF). A finalidade deste estudo é analisar a associação entre a prática da corrida de rua e a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa.

Com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de mulheres, a menopausa tornou-se um fenômeno mais comum e mais duradouro na vida das mesmas. A diminuição da produção hormonal e o cessar do funcionamento do ovário levam a uma série de alterações fisiológicas que comprometem o desempenho de atividades motoras e podem provocar modificações psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida e a saúde.

A prática de atividades físicas regulares nesse momento na vida da mulher pode ajudar a combater os sintomas e amenizar as alterações corporais pelas quais as mulheres passam nessa fase. Avaliar a qualidade de vida das mesmas e associar à prática de um programa de atividades regulares, como a corrida de rua, é uma forma de propor políticas de saúde pública mais assertivas e direcionadas para esse grupo específico de mulheres.

Sendo assim, o objetivo deste presente estudo é avaliar a associação da prática de corrida de rua e a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa

Para participar do estudo, você deverá responder a um questionário relacionado às suas características sociais, de saúde, aptidão física e sobre sua qualidade de vida.

Em nossa avaliação, as participantes não estarão submetidas a riscos. Porém, dedicarão um tempo de sua vida refletindo sobre questões acerca de sua qualidade de vida, que podem acarretar mudanças no seu entendimento sobre sua própria vida.

A entrevista pode durar entre 5 e 30 minutos. Você pode desistir de participar da mesma a qualquer momento. Sua privacidade será mantida e você não precisa se identificar ao responder o questionário.

Os resultados serão divulgados em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

Caso tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, pergunte ao profissional que está lhe atendendo. A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessário, antes, durante e depois da realização da pesquisa. Se a senhora concordar em participar e desejar ter outras informações poderá contatar a responsável técnica pela pesquisa no Instituto Fernandes Figueira: Dra. Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro no telefone 2554-1700, Departamento de Ginecologia. Ou Carlos Eduardo do Carmo Ruhl no telefone 8209-8584 ou no email abaixo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CEPIFF).

Eu, _____, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

Assinatura da voluntária

Data da Assinatura

Assinatura do pesquisador responsável

Data da Assinatura

Carlos Eduardo do Carmo Ruhl

Av. Rui Barbosa, 716 Flamengo / RJ

Tel.: 25541813

Email: carlosruhl@yahoo.com.br

Profª Drª Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

Av. Rui Barbosa, 716 Flamengo / RJ

Tel.: 25541813

Email : lizanka@globo.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP IFF

Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ – RJ/MS

Av. Rui Barbosa, 716 – 1º andar Prédio de Genética Médica
Flamengo – RJ CEP: 22.250-020 – Tel. 2554-1730 – Fax 25528491
cepiff@iff.fiocruz.br