



Qualidade de vida, *empowerment* e
atividade física em mulheres brasileiras:
o caso da hidroginástica no Jardim São
Marcos, Campinas, SP



ANA PAULA MARTINS VICENTIN
MESTRANDA EM ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA, FEF/UNICAMP

CARLOS ROBERTO PADOVANI
PROFESSOR TITULAR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, UNESP

AGUINALDO GONÇALVES
PROFESSOR TITULAR EM SAÚDE COLETIVA E
ATIVIDADE FÍSICA, FEF/UNICAMP

RESUMO

Qualidade de Vida e *empowerment* são conceitos básicos adotados pela doutrina da Promoção da Saúde, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde. Partindo desses referenciais, aplicou-se a 40 mulheres, de 30 a 55 anos, moradoras do bairro São Marcos, região periférica de Campinas, SP, intervenção com hidroginástica com duração de 13 semanas, três sessões semanais de 50 minutos. O estudo caracteriza-se como quasi-experimental de grupo único com aplicação de testes antes e depois. Buscou-se verificar a variação de percepção da qualidade de vida (QV) e possíveis indicativos de *empowerment*. No plano analítico os momentos foram comparados pelo teste não paramétrico de Wilcoxon e o grau de associação entre flexibilidade, QV, índice de massa corporal, imagem corporal (IC) e idade foi explorado pela correlação de

Spearman. Como resultado registram-se melhoras significativas nos domínios físico, meio-ambiente e psicológico. A ausência de significância nas relações sociais surpreende, principalmente pela consideração das ações coletivas e processo desenvolvido no interior do grupo e sua comunidade. Houve associação negativa entre idade e domínio físico, bem como entre IC e meio-ambiente, sugerindo que os mais velhos tendem a apresentar menor avaliação da saúde física e que quanto maior a satisfação das pessoas consigo mesmas, mais exigentes se tornam quanto às questões ambientais. Nessa direção mais geral, observam-se evidências de que a intervenção empreendida revela contribuição para a QV, contrariamente ao conhecido pela maioria das experiências similares, não só no estrito âmbito do estilo de vida, mas sim quanto às condições de vida. Sugere-se que, dessa maneira, a prática de AF pode transcender a dimensão biológica e apontar para possibilidades de estimular ações em busca da mobilização social.

Palavras chaves:

qualidade de vida, atividade física, *empowerment*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como tarefa determinar diretrizes que possibilitem o maior nível possível de saúde para a população mundial. Em 1998, executando sua função institucional, a OMS propõe o conceito de *empowerment* como uma das práticas fundamentais (Akerman et al, 2002) na Promoção a Saúde (PS). Trata-se, para Laverack e Labonte (2000), do meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, com decorrentes mudanças em direção à equidade. Esse conceito tornou-se foco central (Westphal, 2000) de programas que visam à melhoria da qualidade de vida (QV). Assim, a PS tem-no

considerado como ação prioritária na busca de ganho de poder para tomada de decisões, realização de ações visando à eficácia política e justiça social (Wallertein, 1992). Torna-se mais legítimo quando se observa desigualdade e relações de opressão, discriminação e dominação (Vasconcelos, 2003). No Brasil, Becker e colaboradores (2004) ressaltam a importância das dimensões do *empowerment*, como auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio, indicando como aplicação, programa de desenvolvimento local na cidade do Rio de Janeiro, que enfatiza o processo avaliativo e metodologia participativa de planejamento para solução de problemas da comunidade.

Atualmente, a literatura já apresenta distintas reflexões que formam o corpo doutrinário desse construto. Stotz e Araújo (2004) discutem como pode ser operacionalizado frente às políticas públicas dos países economicamente dependentes. Outros autores divergem em aspectos mais específicos como modo de viabilização, tipos, níveis e valores intrínsecos (Teixeira, 2002). Considerando aspectos amplos, Carvalho (2004) aponta seus múltiplos sentidos para a PS.

Nesse contexto, destaca-se fulcralmente a QV das pessoas, entendida como expressão polissêmica, determinada pelo estilo e condições de vida, isto é, tanto o aspecto subjetivo de emoções e hábitos quanto a realidade objetiva, constituída por fatores como escolaridade e renda (Gonçalves & Vilarta, 2004). Para a OMS, QV é 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 (WHO, 1994).

Com objetivo de viabilizar mensuração desse conceito, na década de 90, equipe formada pela OMS elaborou instrumento denominado WHOQOL (World Health Organization – Quality of Life). O número relativamente alto de questões (cem), implicando em tempo de preenchimento excessivo, estimulou a produção de versão abreviada do mesmo (The Whoqol Group, 1998). Conhecida como WHOQOL-bref, é conformada por 26 questões e dividida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, considerando QV

como construto subjetivo e multidimensional composto por dimensões positivas e negativas. Após viabilização de pesquisa transcultural, foi possível transcrever e adaptar para utilização em diferentes países, em mais de vinte idiomas (Fleck, 2000).

Nestes últimos anos, pode-se observar também aumento da visibilidade que os organismos internacionais têm dado para a questão da atividade física (AF). Em 2003, a AF foi colocada como prioridade para saúde pública em documento da OMS (WHO, 2003), face à relação entre a inatividade física e causas de mortalidade (WHO, 2004). No mesmo ano publicou-se relatório denominado “Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde” (OPAS, 2003). Tal referência indica ao nível local, nacional e internacional o desenvolvimento de atividades para melhorias dos fatores de risco e redução das taxas de morbidade e mortalidade da população acometida por enfermidades crônicas, relacionadas com o regime alimentar e a inatividade física.

De fato, estudos realizados em países como México, Peru e Brasil mostram que a prática de exercícios regulares é baixa e relacionada à maior nível educacional e acesso a bens e produtos, com, de modo geral, as populações de menor renda mais distantes da prática de AF (Seclén-Palacín & Jacoby, 2003, Hernández et al, 2003, Monteiro et al, 2003).

Diante dessas evidências, o objetivo do presente estudo é de analisar o comportamento da percepção subjetiva da QV e indicativos de *empowerment* em grupo de mulheres jovens, moradoras de bairro periférico da cidade de Campinas-SP. Visou-se, também, investigar a associação entre a variação percentual da QV com flexibilidade, idade, imagem corporal (IC), peso e índice de massa corporal (IMC). A hipótese tomada é que a AF pode contribuir para a melhoria da QV, atuando não apenas na dimensão biológica, mas também na aceitação de si próprio e estimulando participação e engajamento em direção à mudança social.

METODOLOGIA

A intervenção foi realizada a partir de articulação com o Centro de Saúde do bairro Jardim Santa Mônica, instituição da Prefeitura Municipal de Campinas. A região é caracterizada por vulnerabilidade social e econômica, reforçada pelo processo migratório constante aí existente. A discrepância na renda e a exclusão social são responsáveis pelo alto índice de violência instalado no bairro (Martins & Rangel, 2004), posto que, em 2002, a média salarial mensal do chefe de família era de aproximadamente cinquenta dólares. No entanto, uma série de acordos e convênios entre universidades e organizações não governamentais vem tentando contribuir para o desenvolvimento da cidadania ativa e de projetos que interfiram positivamente no dia a dia dos moradores.

Operacionalmente, em resposta a divulgação feita por cartazes, 60 mulheres com idades variando entre 30 a 55 anos apresentaram-se como voluntárias para participar. Já no momento do cadastro foram solicitadas informações, destacadamente, quanto à prática anterior de atividade física e morbidade auto-referida. Do total, onze foram excluídas por não serem usuárias da Unidade de Saúde de referência e nove, devido a contra-indicação clínica ou prática de atividade física regular. No decorrer do programa houve perda de segmento de nove participantes por motivos pessoais, não relacionados ao projeto.

O estudo foi conduzido após aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas, parecer processo 170/2003. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento informado.

COLETA DE DADOS

Procedeu-se a caracterização demográfica do grupo estudado com idade, estado civil, nível educacional, uso de tabaco e consumo de bebida alcoólica, adotando-se questionário específico elaborado para o projeto. As avaliações foram feitas antes e após a intervenção, com dia, local e horário marcados; os testes físicos, na Faculdade de Educação Física; os antropométricos, na agência de saúde, e os psico-sociais no salão paroquial cedido pela igreja do bairro. Para mensurar QV utilizou-se o questionário WHOQOL-bref, versão em português (WHO, 1998), segundo normas de aplicação descritas pelo centro de referência do Brasil (Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, 1998). Para medir IC utilizou-se referência adaptada de Sorensen & Stunkard (1993) com nove figuras ordenadas segundo maior a menor massa corporal, que implica em o avaliado apontar: 1) com qual desenho mais se parece (IC1); 2) qual aparência física gostaria de ter (IC2) e; 3) como era há um ano atrás (IC3). Para obtenção das medidas antropométricas de peso e estatura, recorreu-se a balança com toesa, do tipo convencional, marca FILIZOLA, precisão de 100 gramas e 0,5 cm. Para cálculo do IMC empregou-se a fórmula $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$. Adotou-se também referência de AAHPERD (1984) com teste de sentar e alcançar, para flexibilidade. As variáveis referentes a aptidão física, IMC e IC são apresentadas e discutidas em Vicentin et al (2005).

PROGRAMA DE EXERCÍCIO

Planejou-se o programa de exercícios com duração de 13 semanas, fundamentado pelas recomendações do Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM, 1995). Por necessidade técnica, ministrou-se período de adaptação de duas semanas, destinado às habilidades básicas próprias ao meio líquido, como auto-confiança, domínio do corpo e equilíbrio,

aplicando-se estratégias de companheirismo e ajuda mútua. Em seguida, a fase de condicionamento inicial durante três semanas, se caracterizou por mínimo de 55% e máximo de 60% da frequência cardíaca máxima (FCM), calculada pela fórmula $220 - \text{idade}$ (Marins & Giannichi, 1998). No estágio de desenvolvimento aplicou-se intensidade entre 60% e 80% da FCM por cinco semanas. Com igual duração, o último período visou estabilizar os ganhos com intensidade de 70% a 80% da FCM.

O treinamento teve frequência de três vezes por semana em sessões de 50 minutos, dias fixos e intercalados, compostas por alongamento e aquecimento (10 minutos), exercícios de resistência (30 minutos) e desaquecimento com relaxamento (10 minutos). A intensidade do exercício foi controlada pela frequência cardíaca medida por frequencímetro (ECG, Vantage NV, Polar®, Electro, Finland). Conferiu-se a FCM com as faixas desejadas aos 5, 20, 30, 40, 45 minutos e no final da aula, sendo anotada em protocolo de coleta. Para execução desse procedimento, realizou-se no início de cada sessão sorteio simples que determinava cinco participantes para monitoramento.

ANÁLISE QUANTITATIVA

Os dados gerados nos momentos de aplicação (antes e depois) foram comparados pelo teste não paramétrico de Wilcoxon. Explorou-se o grau de associação do percentual de variação dos domínios do WHOQOL com idade, peso, IMC, IC, flexibilidade e altura utilizando a correlação de Spearman (Norman & Streiner, 1994). Adotou-se nível de 5% de significância (Gonçalves, 1982).



RESULTADOS

A tabela 1 indica que o grupo resultou constituído predominantemente por mulheres jovens adultas, casadas, com escolaridade de ensino fundamental incompleto, não fumantes nem consumidoras habituais de bebida alcoólica.





A tabela 2 mostra os resultados do teste não paramétrico de cada domínio na avaliação antes e depois da intervenção. Pode-se observar que o físico, o psicológico e o referente a meio-ambiente apresentaram melhora estatisticamente significativa.

Na tabela 3 apresentam-se medidas de associação entre o grau de variação percentual das variáveis: idade, domínios da QV, peso, IMC, IC, flexibilidade e altura, verificando-se associação negativa entre domínio físico e idade, e também entre meio-ambiente e IC 1.

DISCUSSÃO

Atualmente, tem se observado o aumento da busca pela compreensão da relação AF e QV. Como exemplo, podemos citar tanto publicações que referem o tema no próprio título (Lima, 1999; Lopes & Alterthum, 1999; Pires et al, 1998; Assumpção et al, 2002; Alonso et al, 2005; Del Vecchio, 2005) quanto a presença constante em debates de congressos técnicos, destacando-se entre nós como foco central de cursos de pós-graduação. Apesar da mobilização aparente, nota-se que são escassas as publicações que tratam empiricamente do assunto.

Nesse sentido, cabe observar os números obtidos no interior de cada domínio investigado. O físico, constituído por questões sobre dor, necessidade de tratamento médico, vitalidade, locomoção, sono e desempenho, expressando melhora significativa, corrobora tanto com os achados de Pasetti (2005) em mulheres obesas de meia idade praticantes de modalidade aquática quanto com os de pesquisa com norte-americanas portadoras de câncer de mama que, acessadas, em média, 13,4 anos após a primeira entrevista, mostraram que mudanças positivas na AF se associam com elevação do nível de QV. E também que a AF praticada antes do diagnóstico está diretamente relacionada com maior QV em dez anos de sobrevivência (Kendall et al, 2005).

Quando tratamos de ganhos psicológicos, podemos pontuar a elevação da auto-estima (Sonstroem & Morgan, 1989), humor (Peluso & Andrade, 2005), vitalidade, bem estar geral e maior satisfação com aparência (Paluska & Schwenk, 2000). Confirmando as cifras obtidas no instrumento adotado, tais fatos foram também notados, no presente trabalho, por meio de relatos verbais que enfatizavam maior aceitação do próprio corpo, aumento de auto-cuidado, valorização pessoal e retomada de rituais já abandonados, como o olhar-se no espelho para se arrumar.

Na análise do ambiental pode-se perceber que, apesar de não ocorrer, de fato, mudanças materiais, como por exem-

plo, maior nível de segurança, condições dignas de moradia e transporte adequado, o grupo evoluiu para percepção diferenciada da situação cotidiana.

Surpreendentemente, o domínio social foi o único que não apresentou diferença estatisticamente significativa dos valores antes e após a intervenção. Composto por três perguntas que abordam unicamente as relações pessoais, vida sexual e apoio de amigos, aponta para entendimento restrito de conceito bastante amplo, conforme já relatado por nós em outra oportunidade (Vicentin et al, 2004). Realmente, a observação do processo como um todo revela que, sendo desenvolvido com o devido referencial macro-analítico, os maiores avanços alcançados passam a ser exatamente nesta esfera, a reforçar que a contribuição da AF para a QV pode se dar mais no âmbito das condições de vida que, como frequentemente mencionado e repetido, no estilo de vida (v.g. Dantas, 1999; Nahas, s/d; Neto, 1999). Apenas ilustrativamente, importa, de fato, mencionar alguns indicativos do *empowerment* alcançados pelo grupo durante o processo:

Diálogo com diferentes segmentos da sociedade civil, Questões surgidas durante a execução do projeto levaram à interlocução com organizações não governamentais, representantes parlamentares, empresas, organizações sindicais e outros organismos públicos.

Democratização da atividade física através de modalidade esportiva habitualmente não acessível a tal estrato social, oportunizada pela inserção de população residente em bairro carente à Universidade referência nacional em ensino/pesquisa/extensão.

Fortalecimento de grupo social As iniciativas tomadas ao longo do período levaram a criação de uma consciência de luta sempre presente entre os atores sociais. Revelou-se como situações expressivas a respeito, por exemplo a necessidade de transporte para ir às aulas, do bairro para o campus e vice-versa, que levou a mobilização da comunidade.

Já na busca por associação entre o grau de variação de QV, flexibilidade, IMC, IC e idade, encontrou-se relação nega-

tiva entre idade e domínio físico, apontando para a concepção de que pessoas mais velhas tendem a apresentar menor satisfação com a saúde física, dados que concordam com os de Trompenaars et al (2005) em grupo específico da população holandesa.

Houve também relação negativa entre IC 1 e domínio ambiental, sugerindo que quanto maior a satisfação das pessoas consigo mesmas, mais exigentes se tornam as avaliações deste segmento.

Conclusivamente, pode-se reiterar o anteriormente apontado no sentido da AF com agente modificador não exclusivamente do Estilo de Vida, alterado pela inserção de hábito saudável, no caso o movimentar-se. Sua abrangência se torna mais extensa à medida que incorpora elementos dirigidos para atuação coletiva de democratização e participação social, em populações economicamente excluídas, na direção de mais dignas Condições de Vida.

REFERÊNCIAS

AAHPERD. *HEALTH RELATED PHYSICAL FITNESS TECHNICAL MANUAL*. AMERICAN ALLIANCE FOR HEALTH, PHYSICAL EDUCATION AND RECREATION AND DANCE, RESTON-VIRGINIA, 1984

ACSM. *ACSM'S GUIDELINES FOR EXERCISE TESTING AND PRESCRIPTION*. 6º ED. BALTIMORE: WILLIAMS & WILKINS, 1995

ALONSO, P. T., ANJOS, T.C., LEITE, J.P., GONÇALVES, A., PADOVANI, C.R. COMPOSIÇÃO CORPORAL, APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES JOVENS EM EXERCÍCIOS NO MINI-TRAMPOLIM. *ARQUIVOS EM MOVIMENTO*, 1 (2): 49-58, 2005

AKERMAN, M., MENDES, R., BOGUS, C.M. AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: FOCO NO MUNICÍPIO SAUDÁVEL. *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 36(5):638-646, 2002

ASSUMPÇÃO, L.O.T., MORAIS, P.P., FONTOURA, H. RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. *REVISTA DIGITAL* -

BUENOS AIRES - AÑO 8 (52), SEPTIEMBRE, 2002. DISPONÍVEL EM : [HTTP://WWW.EFDEPORTES.COM/efd52/saude2.htm](http://www.efdeportes.com/efd52/saude2.htm). ACESSO EM: 01/02/2006
BECKER, D., EDMUNDO, K., NUNUES, N., BONATTO, D., SOUZA, R. EMPOWERMENT E AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO LOCAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE. *CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA*, 9(3): 655-667, 2004

CARVALHO, S.R. OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DA CATEGORIA EMPOWERMENT NO PROJETO DE PROMOÇÃO À SAÚDE. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, RIO DE JANEIRO, 20 (4), 1088-1095, 2004

DANTAS, E. H. M. ATIVIDADE FÍSICA, PRAZER E QUALIDADE DE VIDA. *REVISTA MINEIRA DE EDUCAÇÃO FÍSICA*. VIÇOSA, 7 (1): 5-13, 1999

DEL VECCHIO, F.B. QUALIDADE DE VIDA E AVALIAÇÃO FÍSICA EM INTOXICADOS POR MERCÚRIO: ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL DESCRITIVO. DISSERTAÇÃO (MESTRADO), FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, 2005

FLECK, MPA. O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA OMS (WHOQOL-100): CARACTERÍSTICAS E PERSPECTIVAS. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 5(1):33-8, 2000

GONÇALVES, A. OS TESTES DE HIPÓTESES COMO INSTRUMENTAL DE VALIDAÇÃO DA INTERPRETAÇÃO (ESTATÍSTICA INFERENCIAL) IN: MARCONDES, M. A.. LAKATOS, E.M. *TÉCNICAS DE PESQUISA*. ATLAS, SÃO PAULO, p.171-181, 1982

GONÇALVES, A., VILARTA, R. (ORG). *QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA – EXPLORANDO TEORIAS E PRÁTICAS*. BARUERI: MANOLE, 2004

HERNÁNDEZ, B., HAENE, J., BARQUERA, S. ET AL. FACTORES ASOCIADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES MEXICANAS EN EDADE REPRODUCTIVA. *REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA*. 14(4) 235-245, 2003

KENDALL, A. R. GIANGRECO, M. M., CARPENTER, A. GANZ, P. BERNSTEIN, L. INFLUENCE OF EXERCISES ACTIVITY ON QUALITY OF LIFE IN LONG-TERM BREAST CANCER SURVIVORS. *QUALITY OF LIFE RESEARCH*, 14, 361-371, 2005

LAVERACK, G., LABONTE, R., A PLANNING FRAMEWORK FOR COMMUNITY EMPOWERMENT GOALS WITHIN HEALTH PROMOTION. *HEALTH POLICY AND PLANNING*, 15(3):255-262, 2000

LIMA, D.G. ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. IN: ANAIS DO I CONGRESSO CENTRO-OESTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTE E LAZER; BRASÍLIA, SETEMBRO DE 1999

LOPES, F.J.G., ALTERTHUM, C.C. CAMINHAR EM BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA. *REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ESPORTE*. 21 (1), 861-866, 1999

MARINS, J.C.B. & GIANNICHI, R. S. *AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIOS DE ATIVIDADE FÍSICA*. 2ED. RIO DE JANEIRO, SHAPE, 1998

MARTINS, J. P. S., RANGEL, H.A. *CAMPINAS: NO RUMO DAS COMUNIDADES SAUDÁVEIS*. CAMPINAS: IPES EDITORIAL, 2004

MONTEIRO, C. A., CONDE, W., MATSUDO, S. M. ELA T. A DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF LEISURE-TIME PHYSICAL ACTIVITY IN BRAZIL, 1996-1997. *REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA*. 14 (4), 246-254, 2003

NAHAS, M.V. ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA. NÚCLEO DE PESQUISAS EM ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE - UFSC, S/D

NETO, T.L.B. ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA. IN: ANAIS DO I CONGRESSO CENTRO-OESTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTE E LAZER; BRASÍLIA, SETEMBRO DE 1999

NORMAN, G.R., STREINER, D.L. *BIostatISTICS – THE BARE ESSENTIALS*. ST. LOUIS: MOSBY BOOK, 1994

OPAS. *DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS E OBESIDADE: ESTRATÉGIA MUNDIAL SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, BRASÍLIA, 2003

PALUSKA, S. A. SCHWENK, T. L. PHYSICAL ACTIVITY AND MENTAL HEALTH: CURRENT CONCEPTS. *SPORTS MEDICINE*, 29 (3):167-80, 2000

PASETTI, S. R. DEEP WATER RUNNING PARA REDUÇÃO DA GORDURA CORPORAL EM MULHERES NA MEIA IDADE : ESTUDO DE INTERVENÇÃO EM CAMPINAS - SP DISSERTAÇÃO (MESTRADO), FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, 2005

PELUSO, M. A., ANDRADE, L. H. PHYSICAL ACTIVITY AND MENTAL HEALTH: THE ASSOCIATION BETWEEN EXERCISE AND MOOD. *CLINICS*, 60 (1): 60-70, 2005

PIRES G.L., MARTIELLO JR, E., GONÇALVES, A. ALGUNS OLHARES SOBRE APLICAÇÕES DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA EM EDUCAÇÃO FÍSICA/CIÊNCIAS DO ESPORTE. *REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ESPORTE*. 20 (1), 53-57, 1998

SECLÉN-PALACÍN, J., JACOBY, E. R. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y AMBIENTALES ASOCIADOS COM LA ACTIVIDADE FÍSICA DEPORTIVA EM LA POBLACIÓN URBANA DEL PERU. *REVISTA PANAMERICANA SALUD PUBLICA*. 14(4), 225-264, 2003

STOTZ, E. D., ARAUJO, J.W.G. PROMOÇÃO DA SAÚDE E CULTURA POLÍTICA: A RECONSTRUÇÃO DO CONSENSO. *SAÚDE E SOCIEDADE* 13 (2), 5-19, 2004

SONSTROEM, R. J. MORGAN, W. P. EXERCISE AND SELF-ESTEEM RATIONALE AND MODEL. *MEDICINE SCIENCE AND SPORTS EXERCISE*, 21:329-37, 1989

SORENSEN, T. T. A, STUNKARD, A. J. DOES OBESITY RUN IN FAMILIES BECAUSE OF GENES? *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA*, SUPPL: 370: 67-72, 1993

TEIXEIRA, M.B. *EMPODERAMENTO DE IDOSOS EM GRUPOS DIRECIONADOS À PROMOÇÃO DA SAÚDE*. DISSERTAÇÃO (MESTRADO). FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, 105p, 2002

THE WHOQOL GROUP. DEVELOPMENT OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION WHOQOL –BREF. QUALITY OF LIFE ASSESSMENT. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*. 28:551-8, 1998

TROMPENAARS, F.J., MASTHOFF, E.D., HECK, G.L., HODIAMONT, P. P. VRIES, J. RELATIONS BETWEEN DEMOGRAPHIC VARIABLES AND QUALITY OF LIFE IN A POPULATION OF DUTH ADULT PSYCHIATRIC OUTPATIENTS. *Soc PSYCHIATRY EPIDEMIOL*, 40: 588-94, 2005

VASCONCELOS, E. *O PODER QUE BROTA DA DOR E DA OPRESSÃO: EMPOWERMENT, SUA HISTÓRIA, TEORIAS E ESTRATÉGIAS*. ED PAULUS, RIO DE JANEIRO, 2003

VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL), UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, DIVISÃO

DE SAÚDE MENTAL, GRUPO WHOQOL 1998. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.UFRGS.BR/PSIQ/WHOQOL-MANUAL.HTML](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-manual.html). ACESSO EM: 30/01/2006

VICENTIN, A. P.M., GONÇALVES, A., PADOVANI, C. R., ARAGON, F.F. EFEITOS DE PROGRAMA QUASI-EXPERIMENTAL DE HIDROGINÁSTICA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SEDENTÁRIAS APONTA PARA CONSIDERAÇÃO DO DOMÍNIO SOCIAL NO WHOQOL-BREF, APRESENTAÇÃO NA XXII JORNADA SUL-RIO-GRANDENSE DE PSIQUIATRIA DINÂMICA E II ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, CENTRO DE EVENTOS DA AMRIGS, PORTO ALEGRE DE 19 A 21 DE AGOSTO, 2004

VICENTIN, A. P. M., PADOVANI, C. R. GONÇALVES, A. THE PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL EFFECTS OF A 13 WEEK HYDROGYMNASICS PROGRAM ON HEALTHY BRAZILIAN WOMEN, *JOURNAL FACTA UNIVERSITATIS*, SERIES PHYSICAL EDUCATION AND SPORT, SUBMITTED IN 22/12/2005

WALLERTEIN, N. POWERLESS, EMPOWERMENT, AND HEALTH: IMPLICATIONS FOR HEALTH PROMOTION PROGRAMS. *AMERICAN JOURNAL OF HEALTH PROMOTION*, 6:197-205, 1992

WESTPHAL, M. F. O MOVIMENTO DAS CIDADES/COMUNIDADES SAUDÁVEIS: UM COMPROMISSO COM A QUALIDADE DE VIDA. *CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA* 5(1):39-51, 2000

WHO. *HEALTH PROMOTION AND HEALTHY LIFESTYLES*, A57/Vr/8, WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVA, 2004

WHO. *SEDENTARY LIFESTYLE: A GLOBAL PUBLIC HEALTH*, 2002. RETRIVED NOV 20, 2005, FROM THE WORLD WIDE WEB: [WWW.WHO.INT/DOCSTORE/WORLD-HEALTH-DAY/2002/FACT_SHEETS4.EN.PDF](http://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/fact_sheets4.en.pdf)

WHO. *PORTUGUESE VERSION OF INSTRUMENT WHOQOL FOR QUALITY OF LIFE EVALUATION*. MENTAL HEALTH PROGRAM. GENEVA/WHOQOL, 1998. RETRIVED NOV 21, 2005, FROM THE WORLD WIDE WEB: [HTTP://WWW.UFRGS.BR/PSIQ/WHOQOL84.HTML](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html)

WHO. *COMMUNITY EMPOWERMENT FOR HEALTH AND DEVELOPMENT*. REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN, 2003. RETRIVED DEC 06, 2005, FROM THE WORLD WIDE WEB: [HTTP://DOSE1.WHO.INT/UHTBIN/CGISIRSI/SBPeU9RHYG/199310025/2/1000](http://dose1.who.int/uhtbin/cgiisirs/sBPeU9RHYG/199310025/2/1000)