

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC - SP**

**Juliana Schulze Burti**

**Ressignificando perdas: a *Ginástica Feminina* na perspectiva da mulher em processo de  
envelhecimento**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**São Paulo**

**2018**

**Juliana Schulze Burti**

**Ressignificando perdas: a *Ginástica Feminina* na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento**

**Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção o título de DOUTORA em Psicologia Social sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mary Jane Spink.**

**São Paulo  
2018**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese de doutorado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Sistema para Geração Automática de Ficha Catalográfica para Teses e Dissertações com dados fornecidos pelo autor

B973 Burti, Juliana Schulze  
Ressignificando perdas: a Ginástica Feminina na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento / Juliana Schulze Burti. -- São Paulo: [s.n.], 2018. 103p. il. ; 21,0 x 29,7 cm.

Orientador: Mary Jane Paris Spink.  
Tese (Doutorado em Psicologia Social)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, 2018.

1. Psicologia Social. 2. Fisioterapia. 3. Envelhecimento. 4. Saúde da Mulher. I. Spink, Mary Jane Paris. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. III. Título.

CDD 305.26

**Juliana Schulze Burti**

**Ressignificando perdas: a *Ginástica Feminina* na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a obtenção do título de DOUTORA em Psicologia Social sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mary Jane Paris Spink.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

---

Dedico esse trabalho a algumas mulheres incríveis que passaram pela minha vida, ensinando-me, com simplicidade, atitudes e amor, quão forte pode ser uma mulher: Bisavó Oma, Vó Laura (Rorinha) e Vó Lili.

*Quanto menos eu me reconheço em  
meu corpo, mais me sinto obrigada  
a me ocupar com ele.*

**Simone de Beauvoir**

A aluna recebeu bolsa dissídio concedida pela Fundação São Paulo – FUNDASP (acordo interno - 100% - pós-graduação - Contrato nº 1441790) para a realização desta pesquisa de Doutorado.

## AGRADECIMENTOS

Início agradecendo pelo privilégio de ter contado com a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mary Jane Spink, uma mulher inteligente, generosa, competente, dedicada e totalmente comprometida com seu ofício de professora e de orientadora. Em cada trabalho orientado, é nítido o quanto ela se dedica e se preocupa com o conteúdo e com a realização pessoal do orientando. É muito motivante perceber como a vida acadêmica pode ser produtiva e prazerosa. Obrigada pelo exemplo, Mary Jane; eu não poderia ter tido sorte maior de tê-la ao meu lado nessa jornada.

Agradeço à PUC-SP, pelo auxílio recebido por meio do plano de incentivo à pesquisa para capacitação docente; uma honra fazer parte de uma Universidade que valoriza e investe em seu corpo docente.

Agradeço a todos e a todas colegas do Núcleo de Estudos sobre Práticas Discursivas no Cotidiano: direitos, risco e saúde (NUPRAD), pelo aprendizado, pela troca de experiências e pelo companheirismo ao longo dos últimos anos. Vocês me ensinaram muito, fizeram-me refletir e me possibilitaram entender um mundo totalmente diferente daquele com o qual estava acostumada: o da Psicologia Social. E foi uma bela e rica jornada. Preciso registrar um agradecimento especial ao grande amigo Hercílio Pessoa, que abriu as portas de sua Paróquia, a fim de que eu pudesse realizar os encontros da ginástica.

Agradeço à Marlene, secretária do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, pelo apoio e gentileza quando precisei resolver assuntos administrativos.

Às mulheres maravilhosas que se dispuseram a participar dos encontros da *Ginástica Feminina*, confiando em meu trabalho e colaborando para a produção de conhecimento, são elas: as mulheres da Universidade Aberta à Maturidade, da PUC-SP, e as mulheres da Paróquia Maria Mãe da Igreja.

À Juliana Cruz, que me acompanhou em todos os encontros, auxiliando-me com registros e também na revisão do artigo publicado. Expresso aqui minha admiração a ela, que foi minha aluna e atualmente é companheira de profissão, da mais alta competência.

Ao meu parceiro de mais de duas décadas, Leandro, pelo companheirismo e generosidade. É muito fortalecedor poder contar com um grande homem, que valoriza, admira e respeita as mulheres.

Aos meus filhos, meus melhores presentes dessa vida. Que essa conquista que se concretiza aqui sirva de exemplo para vocês, de que, com esforço, dedicação, honestidade e propósito, tudo na vida é possível.

Aos meus pais, que sempre foram meu exemplo de honestidade. Com eles aprendi que as pequenas e mais simples coisas da vida são as melhores e devem ser valorizadas.

Não posso deixar de agradecer àqueles que cuidaram da minha casa e da minha família para que eu pudesse me dedicar ao meu trabalho. À Suelia, que cuida da minha casa, e aos professores dos meus filhos, que me permitem trabalhar despreocupada, meu muito obrigada.

Aos membros da banca, por dedicarem tempo precioso de trabalho para ler e engrandecer essa pesquisa com suas considerações.

## RESUMO

BURTI, J. S. **Ressignificando perdas: a *Ginástica Feminina* na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento.** 2018. 103 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

Disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária (IU), são mais comuns em mulheres, devido à anatomia, gestações e partos. O processo de envelhecimento aumenta as chances dessas disfunções aparecerem, em decorrência das alterações nos sistemas envolvidos, como o osteomuscular e o geniturinário. O treinamento da musculatura do assoalho pélvico é recomendado como principal forma de tratamento, e exercícios para estabilização postural parecem maximizar os efeitos. Há pouca informação a respeito dessa forma de abordagem para a população em geral, sendo que muitas mulheres sequer conhecem a existência do assoalho pélvico em seus corpos. Além disso, há na população uma ideia errônea de que é normal perder urina quando se envelhece, e de que o envelhecimento seja exclusivamente uma fase de declínio e perdas. Partimos do pressuposto de que um método de exercícios específicos, a *Ginástica Feminina*, pode contribuir para ressignificar o processo de envelhecimento em mulheres. Para tal, foram realizados cinco encontros de *Ginástica Feminina* com mulheres cuja faixa etária era acima de 45 anos, 20 mulheres da Universidade Aberta à Maturidade, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e 23 da Paróquia Maria Mãe da Igreja, com média de idade de 68,5 e 63 anos, respectivamente. A transcrição das falas e o diário de campo foram utilizados para análise discursiva. O conteúdo foi utilizado para a construção de cinco mapas temáticos para cada grupo, seguindo metodologia proposta por Spink et al. (2014). De maneira geral, as análises mostraram que as mulheres tinham pouco conhecimento em relação ao assoalho pélvico, contudo, após a *Ginástica Feminina*, todas passaram a conhecer a localização, a função e a forma de ativação dessa região do corpo. Trabalhar o assoalho pélvico despertou debates sobre a sexualidade e IU; as mulheres referiram melhora dos sintomas de IU após terem iniciado a prática dos exercícios. Os dois grupos sentiram dificuldade em executar exercícios respiratórios, mas notaram melhora na postura. Atividades em grupo, com conteúdo teórico e prático, que levem para mulheres em processo de envelhecimento novas informações a respeito de cuidados com o próprio corpo, incluindo o assoalho pélvico, podem constituir alternativa interessante para a promoção de saúde e a positivação do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: assoalho pélvico, envelhecimento, mulheres, construcionismo social, práticas discursivas.

## ABSTRACT

BURTI, J. S. **Ressignificando perdas: a *Ginástica Feminina* na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento.** 2018. 103 p. Thesis (Doctorate degree in Social Psychology) – Postgraduate Program in Social Psychology, Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2018.

Pelvic floor dysfunctions, such as urinary incontinence (UI), are more common in women due to anatomy, pregnancies and births. The aging process increases the chances of these dysfunctions due to changes in involved systems, such as osteomuscular and genitourinary systems. Pelvic floor muscle training is recommended as the primary form of treatment, and postural stabilization exercises seem to maximize effects. There is little information about this approach to the general population, and many women do not even know the existence of the pelvic floor in their bodies. In addition there is a wrong knowledge in the population that losing urine is normal as you get older, and that aging is exclusively a phase of decline and loss. We presume that a specific exercise method, *Women's Gymnastics*, can contribute to a re-signification of aging process in women. Five *Women's Gymnastics* meetings were held with women over 45 years of age, 20 women from the Open Maturity University of the Pontifical Catholic University of São Paulo (PUC-SP) and 23 from the Mary Mother Church, with a mean age of 68.5 and 63 years, respectively. The transcription of the speeches and a field diary were used for discursive analysis. The content was used to construct five thematic maps for each group, following the methodology proposed by Spink et al. (2014). Overall, the analyzes showed that women had little knowledge about the pelvic floor, but after the *Women's Gymnastics*, they all began to know the location, function and form of activation of this region of the body. Working the pelvic floor stimulated debates about sexuality and UI, and women reported improved UI symptoms after exercises. Both groups experienced difficulty in performing breathing exercises, but noticed improvement in posture. Group activities with theoretical and practical content that bring new information to aging women regarding their own body care, including the pelvic floor, can be an interesting alternative for health promotion and positivation of the aging process.

Key words: pelvic floor, aging, women, social constructionism, discursive practices.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cones vaginais .....	72
Figura 2 - Cone vaginal já inserido .....	72
Figura 3 - Massageador perineal e ponteiras .....	73
Figura 4 - Bolinhas tailandesas.....	73
Figura 5 - Dilatadores vaginais.....	74
Figura 6 - Estabilizadores do tronco e suas relações com assoalho pélvico e diafragma respiratório .....	88

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mapa sombreado do fluxo das conversas do grupo da PUC-SP no primeiro encontro .....	48
Quadro 2 - Mapa sombreado do fluxo das conversas do grupo da Paróquia no primeiro encontro .....	49
Quadro 3 - Mapa sombreado do fluxo das conversas do segundo encontro na PUC-SP .....	56
Quadro 4 - Mapa sombreado do fluxo das conversas do segundo encontro na Paróquia .....	57
Quadro 5 - Mapa sombreado do fluxo de conversas do terceiro encontro na PUC-SP .....	58
Quadro 6 - Mapa sombreado de fluxo das conversas no terceiro encontro da Paróquia .....	59
Quadro 7 - Mapa sombreado do fluxo das conversas no quarto encontro da PUC-SP .....	69
Quadro 8 - Mapa sombreado do fluxo das conversas no quarto encontro da Paróquia .....	70
Quadro 9 - Comentários sobre as aulas no grupo da PUC-SP .....	79
Quadro 10 - Comentários sobre as aulas no grupo da Paróquia .....	79
Quadro 11 - Críticas, sugestões e elogios sobre os encontros no grupo da PUC-SP .....	80
Quadro 12 - Críticas, sugestões e elogios sobre os encontros no grupo da Paróquia .....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Revisão da literatura.....	26
Tabela 2 - Idade e nome fictício das mulheres do estudo.....	39
Tabela 3 - Resultado calculado do IDH para a cidade de São Paulo.....	41
Tabela 4 - Exemplo de mapa temático do terceiro encontro na turma da PUC-SP.....	45
Tabela 5 - Comparação dos temas abordados nos grupos durante o primeiro encontro .....	49
Tabela 6 - Comparação dos temas abordados nos grupos durante o segundo encontro.....	57
Tabela 7 - Comparação do fluxo das conversas nos dois grupos no terceiro encontro.....	59
Tabela 8 - Comparação do fluxo das conversas dos dois grupos no quarto encontro.....	70
Tabela 9 - Percepções após as sessões da <i>Ginástica Feminina</i> entre os grupos .....	78

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	17
<b>1 CONHECIMENTO SOBRE O CORPO E ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES QUE VIVENCIAM O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>25</b>
1.1 Mulheres, assoalho pélvico, corpo e envelhecimento: a revisão da literatura....	26
1.2 O corpo das mulheres em processo de envelhecimento.....	27
1.3 Sobre o assoalho pélvico .....	31
<b>2 O CONTEXTO: EXERCÍCIOS PARA O ASSOALHO PÉLVICO COMO TERAPIA NÃO INVASIVA PARA DISFUNÇÕES PÉLVICAS .....</b>	<b>34</b>
2.1 A <i>Ginástica Feminina</i> como estratégia para promoção de saúde.....	35
<b>3 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES .....</b>	<b>38</b>
3.1 Sobre os grupos .....	38
3.1.1 Características das integrantes dos dois grupos.....	39
3.1.2 Sobre a inserção social das mulheres dos dois grupos .....	40
3.2 Os encontros da <i>Ginástica Feminina</i> .....	41
3.3 Procedimentos de análise .....	43
<b>4 PRIMEIRO ENCONTRO DA <i>GINÁSTICA FEMININA</i>: CORPO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>47</b>
4.1 O grupo da PUC-SP.....	50
4.2 O grupo da Paróquia .....	51
4.3 Os dois grupos .....	53
<b>5 SEGUNDO E TERCEIRO ENCONTROS DA <i>GINÁSTICA FEMININA</i>: PERCEPÇÃO CORPORAL E DO ASSOALHO PÉLVICO .....</b>	<b>55</b>
5.1 O grupo da PUC-SP.....	60
5.2 O grupo da Paróquia .....	64
5.3 Os dois grupos .....	67
<b>6 QUARTO ENCONTRO DA <i>GINÁSTICA FEMININA</i>: O TEMA DA SEXUALIDADE NA BERLINDA .....</b>	<b>68</b>
6.1 O grupo da PUC-SP.....	71
6.2 O grupo da Paróquia .....	75
6.3 Os dois grupos .....	76

<b>7 ÚLTIMO ENCONTRO DA GINÁSTICA FEMININA: UM BALANÇO DO APRENDIZADO .....</b>	<b>77</b>
<b>7.1 Comentários e sugestões sobre o método da <i>Ginástica Feminina</i> nos dois grupos .....</b>	<b>78</b>
<b>7.2 O grupo da PUC-SP.....</b>	<b>81</b>
<b>7.3 O grupo da Paróquia .....</b>	<b>82</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: INDÍCIOS DE RESSIGNIFICAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>84</b>
<b>O despertar desse velho desconhecido: o assoalho pélvico .....</b>	<b>84</b>
<b>Os exercícios: aprendendo a perceber e ativar o assoalho pélvico.....</b>	<b>85</b>
<b>O despertar do assoalho pélvico como um atalho para abordar e tratar a incontinência urinária (IU) .....</b>	<b>85</b>
<b>O despertar do assoalho pélvico como caminho para redescobrir a sexualidade.....</b>	<b>86</b>
<b>A postura: autopercepção e autocuidado .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE B - Questionário inicial - antes da prática da <i>Ginástica Feminina</i>.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C - Questionário final - após as aulas da <i>Ginástica Feminina</i> .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE D - Apostila de exercícios da <i>Ginástica Feminina</i> .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE E - Capa do livro “Ginástica Feminina: do assoalho pélvico à postura ideal” .....</b>	<b>103</b>

## INTRODUÇÃO

Início a presente tese me posicionando em relação à maneira como será elaborado esse texto: escreverei mesclando trechos em primeira pessoa, quando os fatos narrados forem concernentes diretamente a mim, e, em terceira pessoa, nos trechos que envolvam outros indivíduos que, de muitas maneiras, auxiliaram na construção desse trabalho, incluindo-se autores, professores, colegas, alunas e colaboradores.

Desde que comecei a atuar como fisioterapeuta, pensar de forma mais ampla na saúde e sob uma perspectiva coletiva foram aspectos recorrentes. Poder realizar o Doutorado em Psicologia Social foi uma maneira de encontrar caminhos para essas inquietações.

Na perspectiva da Fisioterapia, a presente tese insere-se em uma abordagem global, que entende o corpo como uma unidade, conectada por cadeias musculares, fâscias e estruturas que promovem um trabalho corporal sinérgico e integrado, não segmentado. A fim de se trabalhar o corpo das mulheres dessa forma, desenvolvi um método de exercícios denominado *Ginástica Feminina*, que tem por foco o trabalho dos músculos do assoalho pélvico, feito de forma sincronizada com a postura, respiração, coordenação, fortalecimento e equilíbrio. A *Ginástica Feminina* une técnicas de Yoga, Pilates, Dança e exercícios específicos para o assoalho pélvico, com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio e a consciência corporal. O método inclui exercícios respiratórios, posturais e aprendizado acerca da correta ação dos músculos do assoalho pélvico, tanto de forma isolada, como em ação sincronizada com músculos estabilizadores de tronco e pelve, como por exemplo, os abdominais profundos, paravertebrais e músculos do quadril. Esse método, que utilizo há uma década em minha prática clínica, foi registrado e sistematizado em forma de livro, tenho sido publicado em maio de 2017, pela editora CRV (BURTI, 2017), como parte dos trabalhos desenvolvidos durante minha pesquisa de doutorado. A *Ginástica Feminina* será o método que, do ponto de vista da Fisioterapia, norteará as práticas desenvolvidas junto às mulheres participantes desta pesquisa.

Na perspectiva da Psicologia Social, esta tese adota uma epistemologia construcionista, não essencialista e relativista, que entende as pessoas e o mundo social como resultado de processos sociais específicos, em que a "realidade" não existe independentemente do conhecimento que produzimos sobre ela, de qualquer descrição que fizermos dela (RASERA; GUANAES-LORENZI; CORRADI-WEBSTER, 2016). No construcionismo, o questionamento sobre a maneira como aprendemos a olhar para o mundo – e para nós mesmos – ocorre de forma continuada. Se a realidade é uma construção social, certamente os instrumentos pelos quais a construímos são discursivos (IÑIGUEZ, 2005). O grupo de

pesquisas do qual faço parte na Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), o Núcleo de Estudos sobre Práticas Discursivas no Cotidiano: direitos, risco e saúde (NUPRAD), trabalha a partir de uma abordagem voltada à produção de sentido como prática social do cotidiano.

Para Tomas Ibáñez Garcia (2004, p. 23),

[...] a linguagem não é um simples veículo para expressar nossas ideias, nem uma simples roupagem para vestir nosso pensamento quando o manifestamos publicamente. Ela é a própria condição de nosso pensamento e, para entender esse último, temos que nos concentrar nas características da linguagem em vez de contemplar o suposto mundo interior de nossas ideias. Nosso conhecimento do mundo não se radica nas ideias que dele fazemos; ele se abriga, sim, nos enunciados que a linguagem nos permite construir para representar o mundo.

Para Mary Jane Spink (1997), a produção de sentidos é uma prática social que se dá pela interação dialógica nas relações interpessoais do cotidiano. A maneira como as pessoas se posicionam, por meio dos discursos, são modos de produzir realidades sociais. Portanto, os sentidos são construídos socialmente, como fenômenos que ocorrem em diferentes tempos e espaços, de acordo com ideias pertencentes a determinadas sociedades e culturas.

As conversas, pensamentos e sentimentos são atividades humanas que promovem interação e podem, portanto, ser consideradas práticas sociais. A investigação na abordagem construcionista se dá pelas “explicações dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam e dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem” (GERGEN, 1985 apud SPINK, 2000, p. 26).

A presente pesquisa se encontra assentada nessas duas abordagens, quais sejam: uma perspectiva da Fisioterapia, que trabalha o corpo de forma integrada, global; e uma epistemologia construcionista em Psicologia Social. A análise tem por foco o corpo de mulheres em processo de envelhecimento e, por objetivo, investigar em que medida os exercícios propostos pela *Ginástica Feminina* tem o potencial de ressignificar questões que associam corpo e envelhecimento a perdas, saúde e qualidade de vida. Cabe, assim, explicitar três aspectos dessa pesquisa: (1) por que focalizar mulheres; (2) o que entendemos por envelhecimento; e (3) por que focalizar o assoalho pélvico em mulheres em processo de envelhecimento.

Por que focalizar mulheres nessa pesquisa? Na sociedade patriarcal em que fomos criadas, assuntos relacionados ao feminino raramente são prioridade. Não é comum falar de forma ampla sobre o corpo da mulher, sua anatomia, suas funções fisiológicas e seu comportamento; são assuntos que não fazem parte dos currículos em qualquer etapa da educação formal. Para que possamos nos relacionar bem com algo, é necessário que tenhamos

sobre este o mínimo de conhecimento. No caso, refiro-me ao conhecimento que as mulheres têm acerca de seu próprio corpo, de sua vagina, de seu assoalho pélvico. Muitas mulheres sequer conhecem a palavra “assoalho pélvico”, não sabem a localização em seus corpos e tampouco para que serve.

Denominamos assoalho pélvico um conjunto de estruturas localizadas na região pélvica, formadas por ligamentos, tendões e, predominantemente, músculos, os chamados músculos do assoalho pélvico (MAP), que fecham a cavidade pélvica inferiormente, mantendo útero, bexiga e intestino posicionados adequadamente. A pelve realiza a comunicação da parte superior do corpo (cabeça, tronco e braços) com a parte inferior (pernas, tornozelos e pés). Os músculos do assoalho pélvico têm como função sustentar os órgãos da cavidade pélvica, além de colaborar para uma boa função urinária, fecal e sexual. Se o assoalho pélvico feminino está diretamente relacionado com funções fisiológicas primordiais, necessárias para nossa sobrevivência e reprodução, e se encontra ainda vinculado a atividades que promovem prazer, por que se fala tão pouco sobre o tema? Se quisermos promover saúde para as mulheres, precisamos incluir a temática sobre assoalho pélvico em nossas rotinas, em nossas conversas, em nossos estudos, e a *Ginástica Feminina* pode ser uma ferramenta útil para essa finalidade.

Por que focalizar nessa pesquisa o processo de envelhecimento? Os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010) mostram que a população brasileira está envelhecendo. Ou seja, há uma crescente diminuição da taxa de fecundidade, com redução no número de nascimentos de bebês (de 6,1 em 1950 para 1,7 filho por mulher, atualmente) e uma menor taxa de mortalidade, advinda dos avanços da Medicina e das tecnologias médicas e não médicas, tais como a internet e redes de apoio por aplicativos. O brasileiro vive 43 anos a mais do que vivia no início do século passado, chegando, em média, até os 73,5 anos de idade. Haja vista que esse ritmo deve se intensificar nos próximos anos, estima-se que em uma década haverá um achatamento no formato da pirâmide etária brasileira (GOMES; LODOVICI; FONSECA, 2017). Frente a essa conjuntura, estudos na área do envelhecimento se tornam cada vez mais necessários.

A definição de envelhecimento é baseada em mudanças físicas e cognitivas que ocorrem com o passar do tempo. Perda de força, diminuição da coordenação motora e do domínio do corpo, bem como a deterioração da saúde são algumas das alterações físicas; já os problemas relacionados à memória e à dificuldade de aquisição de novos conhecimentos estão entre as alterações cognitivas. O problema dessas definições é que elas não consideram as diferenças individuais e os fatores ambientais e sociais envolvidos no processo, que podem variar de forma importante entre as pessoas (BLESSMANN, 2004). Segundo Rodolfo Schneider e Tatiana

Irigaray (2008), a relação entre os aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais é fundamental na categorização de um indivíduo como velho ou não. O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, publicado em 2015 pela Organização Mundial de Saúde, responde a esses desafios recomendando mudanças na maneira tanto de formular políticas em saúde como de prestar serviços de saúde às populações que estão envelhecendo.

As recomendações do relatório são baseadas em evidências recentes a respeito do processo de envelhecimento, que mostram que as percepções sobre as pessoas mais velhas, comuns em nossas sociedades, são baseadas em estereótipos já ultrapassados. Por exemplo, as perdas das habilidades supracitadas, que são relacionadas comumente ao envelhecimento, não devem ser associadas à idade cronológica das pessoas. Não é possível categorizar alguém como um idoso “típico”. Há nessa população uma diversidade de capacidades e de necessidades que é resultado de eventos que vem ocorrendo ao longo da vida de cada um. Muitos eventos são passíveis de modificações, o que inclui o conhecimento acerca do ciclo de vida, a fim de que se possa entender envelhecimento.

Desse modo, não podemos afirmar que envelhecimento seja uma fase de decadência, ainda que alguns idosos apresentem condições de saúde que diminuam a qualidade de vida e, muitas vezes, tirem-lhes a autonomia. Contudo, isso não se dá de forma generalizada (OMS, 2015). Um idoso de 80 anos pode ter níveis de saúde física e mental comparáveis a jovens de 20 anos, mas, também, um idoso jovem, de 60 anos, pode ser totalmente dependente, e isso precisa ser respeitado e entendido, quebrando estereótipos. O relatório da OMS evidencia que envelhecimento saudável não é somente a ausência de doenças, mas a manutenção da funcionalidade, ou seja, a capacidade de executar de forma independente as tarefas de vida diária. Essa perspectiva compreende uma nova maneira de se olhar o idoso (que, no relatório, é chamado de adulto maior), inclusive com novas maneiras de atuar em saúde, que substituam modelos curativos baseados na doença, por modelos de atenção integrada, voltados às necessidades dessa população.

Assim, algumas mudanças nos papéis e nas posições sociais devem ser avaliadas. Os idosos tendem a selecionar um menor número de atividades e metas, escolhendo as mais significativas, além de otimizar capacidades existentes e compensar as perdas de algumas habilidades, encontrando outras maneiras de realizar suas tarefas. Mudam objetivos, prioridades e, mesmo que algumas mudanças ocorram em adaptação às perdas, outras são reflexo de um constante desenvolvimento psicossocial. Sob essa perspectiva, o processo de envelhecimento pode ser positivo, com a descoberta de novas capacidades (BALTES; FREUND; LI, 2005).

Quando tratamos especificamente de envelhecimento das mulheres, sob a perspectiva médica e biológica, a interrupção das menstruações, ou menopausa, caracterizada pelo término da capacidade reprodutiva, constitui um marco da entrada no processo de envelhecimento. Ainda tomando como base o ponto de vista médico para se explicar esse processo, nas mulheres, os ovários param de funcionar entre 40 e 60 anos, além de haver diminuição da produção hormonal. Essa diminuição pode levar a alterações fisiológicas, tais como fogacho (calores), sudorese noturna, secura da pele, secura vaginal, irritabilidade, alterações de humor, alterações da sexualidade, aumento do risco cardiovascular, distúrbios vasomotores, osteoporose e distúrbios do sono. Entretanto, como discorrido anteriormente acerca do processo de envelhecimento na população em geral, em relação às mulheres também não há um padrão, devendo se levar em consideração a maneira como as fases do ciclo de vida de uma mulher são performadas e o seu contexto cultural. Contudo, na maioria das sociedades ocidentais, a mulher tende a ser valorizada em sua fase produtiva, o que não ocorre quando ela envelhece e perde sua capacidade de gerar (LANGONI et al., 2014).

As normas de gênero vêm sofrendo mudanças em várias partes do mundo. Se, no passado, o papel principal das mulheres era o de cuidadora de crianças e de idosos, atualmente, cada vez mais elas vêm desempenhando outras funções, o que faz com que tenham mais segurança na idade avançada, principalmente em relação à independência financeira e à liberdade de escolha (OMS, 2015).

Em relação às repercussões do processo de envelhecimento no assoalho pélvico, as mulheres, a partir dos 60 anos, têm maiores chances de apresentar disfunções como incontinência urinária, incontinência fecal e distúrbios de sexualidade, já que, nessa faixa etária específica, ocorre um declínio da força muscular global, decorrente da perda de fibras musculares. Tais fibras têm fundamental importância nas respostas de contração rápida, principalmente em condições de estresse, como levantamento de peso, tosse ou espirro. Na incontinência urinária de esforço, por exemplo, existe dificuldade de manter a pressão intrauretral em níveis mais elevados, em relação ao padrão normal; quando há aumento brusco da pressão intra-abdominal, como em uma tosse ou espirro, ocorre perda urinária. Deste modo, os músculos do assoalho pélvico assumem papel importante no mecanismo de continência, pois são fundamentais na manutenção do suporte anatômico e da pressão intrauretral (SOUZA et al., 2009).

A incontinência urinária é bastante prevalente em idosos de ambos os sexos, com maior prevalência nas mulheres, variando de 8 a 34% segundo o critério ou o método de avaliação. Essa alta prevalência se dá porque o envelhecimento leva a alterações do trato urinário inferior

e assoalho pélvico, do sistema nervoso central e periférico, somadas a alterações hormonais e psicológicas. Além destas, doenças coexistentes e efeitos colaterais de medicamentos podem piorar ou provocar os sintomas (REIS et al., 2003).

Estudos realizados no Brasil com mulheres a partir de 60 anos apontam que a queixa é alta, com prevalências variando de 42,4% até 57,4%. Abordar esse assunto é de extrema importância, haja vista que a situação causa problemas sociais e de higiene que refletem na piora da qualidade de vida dessas mulheres, provocando, muitas vezes, isolamento social (FARIA et al., 2014; BURTI et al., 2012; LANGONI et al., 2014). As perdas urinárias frequentes dificultam o convívio, pois muitas mulheres receiam exalar algum odor, preocupam-se com trocas frequentes de roupas íntimas e com a dificuldade de encontrar, em espaços públicos, banheiros limpos e de fácil acesso.

É fato que viveremos cada vez mais. É fato também que, pelo menos até os dias atuais, não há fórmula que reverta as alterações naturais do processo de envelhecimento. É fundamental, portanto, que se pense cada vez mais em alternativas para que esse processo aconteça de forma positiva e com qualidade. Desta forma, aprender o que é e para que serve o assoalho pélvico, reconhecer em que área ele se localiza e de que maneira pode ser trabalhado, recrutado e, algumas vezes, recuperado, parece constituir uma iniciativa interessante e relevante de abordagem para mulheres que passam pelo processo de envelhecimento.

Nesta tese, partimos do pressuposto de que os exercícios da *Ginástica Feminina* podem contribuir consideravelmente para um melhor conhecimento sobre o assoalho pélvico em mulheres que passam pelo processo de envelhecimento. Assim, o objetivo desta pesquisa é buscar, por meio de um ciclo de exercícios de *Ginástica Feminina*, indicadores dessa ressignificação.

Ademais, partimos também do pressuposto de que este ressignificado pode ocorrer em todas as participantes desse ciclo de exercícios e, como ilustração, foram comparados dois grupos de mulheres, todas moradoras do município de São Paulo, mas cujas áreas possuem localizações que diferem em termos de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

## **A estrutura da tese**

O primeiro capítulo desta tese aborda o foco da pesquisa, que é o conhecimento sobre o assoalho pélvico e sobre o corpo de mulheres que estão vivenciando o processo de envelhecimento. Serão apresentadas informações publicadas na literatura sobre essa temática,

extraídas de pesquisas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio dos descritores de busca (palavras-chave) *corpo, mulheres, assoalho pélvico e envelhecimento*.

O segundo capítulo traz informações específicas sobre os exercícios do assoalho pélvico como forma de tratamento conservador, ou seja, não invasivo, visando ao tratamento e à prevenção das disfunções pélvicas. Dado que os exercícios do assoalho pélvico são a parte principal do método *Ginástica Feminina*, o capítulo tem por objetivo fornecer subsídios para que se possa entender como devem ser realizados esses exercícios, seus princípios fisiológicos, indicações e recomendações.

O terceiro capítulo apresenta os procedimentos de pesquisa adotados para o planejamento, seleção e análise do material produzido nos dois grupos estudados.

O quarto capítulo expõe o primeiro encontro de *Ginástica Feminina*, com explicação sobre o conteúdo abordado e a participação dos grupos. Neste capítulo, os mapas temáticos e algumas falas serão utilizados como estratégia de análise. Como o foco deste primeiro encontro nos dois grupos foi o corpo e o processo de envelhecimento, foram selecionadas para análise os relatos dos mapas que correspondem a esses temas, buscando-se ressaltar semelhanças e diferenças entre os dois grupos.

O quinto capítulo tem por foco o segundo e terceiro encontros de *Ginástica Feminina*, com destaque para as conversas relacionadas aos temas “percepção postural” e “assoalho pélvico”. Serão abordados dois encontros, já que os exercícios foram repetidos, com aumento do repertório de movimentos solicitados e de dificuldade de execução, o que permitiu às participantes vivenciar de forma mais sistemática o método, estimulando reflexões sobre as informações recebidas, bem como sobre o assoalho pélvico e a postura.

O sexto capítulo trata do tema sexualidade, abordado, sobretudo, no quarto encontro da *Ginástica Feminina*, momento em que discutimos sobre materiais que são usados de forma intravaginal na reabilitação do assoalho pélvico, para alívio de dores, estímulo sensorial ou fortalecimento. Essa estratégia serviu como disparador para abordarmos o tema da sexualidade, com destaque para as semelhanças e diferenças entre os dois grupos.

O sétimo capítulo tem por foco o quinto encontro da *Ginástica Feminina*, que teve por objetivo discutir, por meio de uma roda de conversa, sobre as impressões, experiências e comentários a respeito dos cinco encontros realizados. Neste capítulo, foram também apresentadas as informações derivadas do questionário final que permitem fazer uma avaliação dos efeitos do método.

Finalmente, as considerações finais visam aprofundar as informações trazidas ao longo do desenvolvimento da tese, buscando responder ao objetivo principal do estudo, ou seja,

encontrando indícios de ressignificação do assoalho pélvico para mulheres que estão vivenciando o processo de envelhecimento e que participaram dos encontros de *Ginástica Feminina*.

## 1 CONHECIMENTO SOBRE O CORPO E ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES QUE VIVENCIAM O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Envelhecer, tal como já apontado anteriormente, envolve alterações inerentes ao próprio processo. Mudam os músculos, ossos, nervos, vasos, pele, enfim, muda o corpo. Contudo, essas mudanças são modos de definir ou de entender o envelhecimento sob os pontos de vista médico e biológico. Existem outras formas de defini-lo, seja sob a ótica do trabalho, das relações sociais, da produtividade, isto é, cada uma com sua perspectiva, mas, quase todos referindo-se a processos de decadência, de diminuição de funções e de produtividade. Ou seja, o modo de encarar o envelhecimento e as transformações que o acompanham está relacionado a fatores biológicos e socioculturais. Não há dúvidas de que o envelhecimento provoca limitações que se agravam com o decorrer do tempo e com o prolongamento do ciclo de vida, porém, também traz aspectos positivos, tais como experiência, maturidade e serenidade.

Velhice é, portanto, uma fase do desenvolvimento humano que não está relacionada exclusivamente a perdas e incapacidades; é um processo em que ocorrem mudanças biopsicossociais. Segundo Eliane Brandão Vieira (1996), os ciclos vitais envolvem aspectos de origem biológica (capacidades funcionais, capacidade de adaptação e de autorregulação), psicológica (capacidades comportamentais de adaptação ao meio) e social (papéis e hábitos desenvolvidos pelo indivíduo na sociedade). O envelhecimento é, portanto, complexo e dinâmico, de modo que os indivíduos não envelhecem todos da mesma forma.

A maneira como as pessoas encaram as mudanças corporais decorrentes do passar do tempo também difere entre elas. Como vivenciar e aceitar um corpo “novo”, com formato e composição diferentes, que exige mais esforço e disciplina para a manutenção da agilidade e das capacidades fisiológicas? Será um desafio aceitar essas transformações? Como mulheres maduras sentem e entendem o próprio corpo? Neste capítulo, abordaremos algumas informações publicadas na literatura sobre essa temática. Procedemos a uma busca na base de dados BVS por meio dos seguintes descritores de busca *corpo, envelhecimento, mulheres e assoalho pélvico*; selecionamos artigos que contivessem conteúdos vinculados às ciências humanas, como Ciências Sociais e Psicologia, evitando conteúdos estritamente biológicos.

## 1.1 Mulheres, assoalho pélvico, corpo e envelhecimento: a revisão da literatura

Embasamos a presente pesquisa em livros, dissertações e teses sobre os temas corpo, envelhecimento e assoalho pélvico e também em artigos publicados na base de dados BVS, utilizando as palavras-chave envelhecimento, mulher, corpo e assoalho pélvico. Buscamos por informações sobre o conhecimento acerca de assoalho pélvico e de corpo em mulheres idosas, assim como o entendimento de como elas vivenciam o envelhecimento no que se refere às modificações corporais inerentes ao processo.

A primeira parte do capítulo traz textos relacionados a corpo e envelhecimento. Como nossa sociedade entende e valoriza o corpo? Será que as modificações corporais decorrentes do envelhecimento impactam de alguma forma na maneira como percebemos, enxergamos e aceitamos nosso corpo? Será que existe algum padrão corporal preestabelecido? Se existe, será ou serão esses padrões regidos por questões histórico-culturais? Quais são, no momento atual, as dificuldades em lidar com o corpo envelhecido?

Na segunda parte do capítulo são trazidos autores que abordam o envelhecimento especificamente no que concerne ao público feminino. O assoalho pélvico será tratado na parte final do capítulo.

A seguir, temos a Tabela 1, que dispõe, em ordem de aparecimento no texto, as informações da literatura utilizada.

Tabela 1 - Revisão da literatura

Ano	Autores	Título	Veículo publicado	Temática abordada
2011	Goldenberg, Miriam	Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira	Revista Contemporânea	Questões biológica, psicológica e social representadas pelo corpo, analisando suas relações com as mulheres e com o processo de envelhecimento
2002	Bourdier, Pierre	A Dominação Masculina	Editores Bertrand Brasil	Reflexão sobre padrões sociais, e estrutura de dominação que determinam a construção social dos corpos
2016	Vilhena, Julia; Rosa, Carlos	O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação	Revista Subjetividades	Estudo do envelhecimento e suas repercussões
2013	Moreira, Jacqueline de Oliveira; Silva, José Maurício da	A imagem corporal e o envelhecimento na perspectiva de	Revista Salud e Sociedad	Autores retratam o valor dado por idosos ao corpo

		professores de uma universidade brasileira		
2016	Feltrin, Rebeca Buzzo; Velho, Lea	Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro	Sexualidad, Salud e Sociedad	Menopausa nas mulheres
1998	Menegon, Vera	Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano	Dissertação	Repertórios circulantes sobre menopausa
1990	Beauvoir, Simone de	A Velhice	Editora Nova Fronteira	Trata do processo de envelhecimento na sociedade e especificamente nas mulheres
2002	Salgado, Carmen Delia Sánchez	Mulher idosa: a feminização da velhice	Revista Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento	Aspectos positivos e negativos do envelhecimento feminino
2017	Silva, Luzia Wilma Santana et al.	Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas	Revista Kairós: Gerontologia	Impacto dos exercícios para assoalho pélvico na qualidade de vida de idosas
2018	Dantas, Thaissa Hamana de Macedo	Avaliação da funcionalidade em mulheres com incontinência urinária	Dissertação	Funcionalidade e cognição em mulheres com incontinência urinária
2014	Paiva, Luciana Laureano; Frasson, Antonio Luiz	Reflexões sobre menopausa, incontinência urinária, sexualidade e envelhecimento.	Revista Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento	Traz as várias maneiras que menopausa, incontinência urinária e sexualidade são performadas por mulheres idosas

Fonte: elaboração própria.

## 1.2 O corpo das mulheres em processo de envelhecimento

Iniciarei procurando conceituar corpo, tomando como disparador o apontamento de Mirian Goldenberg, realizado no artigo intitulado *Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira* (2011), que classifica o corpo como um verdadeiro capital em nossa sociedade. A autora afirma que determinados modelos de corpo, em nossa cultura contemporânea, podem ser considerados riquezas. Pessoas de diferentes níveis socioeconômicos têm no corpo um instrumento de ascensão social, com repercussões em vários campos, dentre eles, trabalho, casamento e sexualidade. Goldenberg ressalta que esse corpo-capital (denominação dada pela autora) não é um corpo qualquer: deve ser magro, jovem, em

boa forma e *sexy*, e, para isso, são exigidos muito investimento financeiro, disciplina e sacrifícios.

Tentando entender esse fenômeno de valorização e padronização do corpo, Bourdieu (2002 apud GOLDENBERG, 2011) contrasta as expectativas do corpo ideal em homens e em mulheres. Para os homens, partes do corpo consideradas pequenas demais causam insatisfação; na direção oposta, as mulheres se incomodam com as partes do corpo que consideram grandes demais. A fim de compreender essas diferenças, Bourdieu propõe o conceito de “dominação masculina”, que coloca as mulheres em um estado de insegurança corporal. Ele afirma que, historicamente, as mulheres existem, primeiramente, pelo e para o olhar dos outros, procurando serem objetos atraentes e disponíveis. Nossa sociedade, segundo o autor, espera que as mulheres sejam "femininas", o que ele descreve usando os adjetivos sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, contidas e apagadas. Nesse contexto, Bourdieu situa a necessidade de se ter um corpo magro, pequeno, respeitando-se esses preceitos. Para seguir tais padrões, as mulheres são obrigadas a lutar constantemente entre o corpo real e o corpo ideal, o qual buscam incansavelmente alcançar, tentando se enquadrar no padrão socialmente tido como o correto. Para obterem esse corpo ideal, lançam mão de dietas, cirurgias e procedimentos estéticos.

Thais Caroline Fin, Marilene Rodrigues Portella, Silvana Alba Scortegagna e Juliana Frighetto analisaram a opinião de mulheres idosas sobre recursos estéticos em busca de um corpo ideal. As autoras afirmam que a perda da juventude, vigor e mudança no referencial de beleza constituem desafios para as idosas. Enquanto algumas exibem a aparência envelhecida, enaltecendo-a como resultado do privilégio de anos vividos, outras tentam se adequar às exigências sociais, recorrendo ao consumo de serviços em favor do controle do corpo e da busca incessante pela beleza padronizada. As autoras recomendam que profissionais da área da saúde "deem atenção aos motivos velados, que orientem as pessoas quando buscam recursos estéticos. Enquanto umas desejam apenas retardar sinais do envelhecimento, outras sofrem emocional e psiquicamente por não atenderem às expectativas sociais" (FIN et al. 2015, p. 146).

A cultura brasileira valoriza demasiadamente as questões estéticas, de maneira que ter um corpo que se enquadre nos padrões tidos como normais é fundamental para o êxito em várias esferas da vida. Quando a mulher percebe sua pele enrugada, seus cabelos branqueando, menor agilidade e problemas de saúde, considera que seu corpo não mais se aproxima daquele valorizado socialmente. Trata-se do que Ligia Py e Eloisa Adler Scharfstein (2001) classificaram como apreciação desqualificada do corpo envelhecido, sendo marcado socialmente pelos estigmas da decadência, feiura, doença e aproximação em relação à morte. O mercado publicitário reforça essa tendência, fazendo com que pessoas que não se encaixem nos

padrões tidos como normais sintam-se fracassadas, como se houvesse uma relação direta entre não cuidar do próprio corpo e a capacidade de cuidar da própria vida (VILHENA; ROSA, 2016).

A relação do idoso com seu corpo sofreu mudanças nos últimos tempos, principalmente em resposta aos avanços científicos e tecnológicos, que propiciam mais qualidade de vida, maior controle frente aos efeitos das alterações hormonais e da impotência. A moda e as vestimentas também se alteraram, introduzindo uma nova maneira de se relacionar com o corpo maduro. Julia Vilhena e Carlos Rosa (2016) asseveram que as fotografias antigas revelam signos típicos da velhice de tempos antigos, tais como ternos, chapéus e bengalas, no caso dos homens, e vestidos escuros e recatados, no que tange às mulheres. Contudo, esse padrão vem sendo modificado por vestimentas mais leves e coloridas, condizentes com a atitude de pessoas que querem aproveitar a maturidade com conforto e criatividade, menos presas a convenções sociais.

Procurando entender a importância do corpo no processo de envelhecimento, pesquisadores de Minas Gerais questionaram docentes universitários sobre fatores associados à imagem corporal no envelhecimento. Uma das questões levantadas dizia respeito a qual elemento melhor anunciava o processo de envelhecimento para eles e elas. Quase metade considerava a imagem corporal como melhor indicação sobre a entrada na velhice – visão típica de uma sociedade que privilegia a aparência.

Outra pergunta feita abordava os atributos negativos que se encontravam mais presentes no envelhecimento, sendo que 42% dos(as) docentes consideraram as mudanças no corpo como o atributo negativo mais marcante; por outro lado, aspectos como sabedoria e liberdade foram considerados como pontos positivos. É interessante verificar que as mudanças corporais têm uma conotação negativa, enquanto os aspectos comportamentais foram vistos de forma mais positiva. Moreira e Silva afirmam que,

aprisionados pela cultura do corpo, se deparam com padrões estéticos inalcançáveis colocados por um "ego ideal", resultando numa insatisfação crônica com o próprio corpo. Não corresponder aos padrões – sarado, siliconado, sem rugas – torna-se fonte de angústia e frustração. A busca desenfreada pelo corpo ideal, pelas belas formas, parece corresponder às necessidades de realização de fantasias primitivas de autocontrole, de garantias de autoconfiança, de obtenção de prazer (MOREIRA; SILVA, 2013, p. 141).

Nas mulheres, o processo de envelhecimento começa a ser percebido quando entram na menopausa e começam a sentir os efeitos das oscilações e da queda hormonal. Na literatura científica, as informações sobre o corpo da mulher sugerem que, no decorrer do tempo,

ocorreram várias modificações relacionadas com o contexto histórico e cultural de cada época. Por exemplo, os relatos históricos sobre a menopausa refletem a mudança ocorrida desde o século XIX até os dias atuais; o que anteriormente era considerado como uma fase natural da vida reprodutiva da mulher, além de ser um marcador da entrada na velhice, passou a ser visto como uma doença, que necessita de intervenção médica e farmacêutica (FELTRIN; VELHO, 2016). O discurso médico-farmacêutico reforça essa ideia, normatizando a condição de doença, não considerando especificidades e formas diversas e positivas que envolvem essa etapa do ciclo de vida. Vera Menegon (1998), em sua pesquisa de mestrado, estudou justamente a questão dos repertórios referentes à menopausa que circulam em conversas cotidianas e em documentos médicos. Para a autora, há uma hegemonia de repertórios que naturaliza a menopausa como problema e que gera conotações negativas. Essa construção social emerge como resultado de alguns fatores, a saber: medicalização da menopausa; noção de crise como algo inerente ao processo de envelhecimento; relações de gênero e poder; e concepção negativa na cultura ocidental no que se refere ao envelhecimento.

Especificamente em relação ao envelhecimento feminino, Simone de Beauvoir (1990) retrata a concepção negativa existente, afirmando que a mulher, ao envelhecer, tornar-se feia aos olhos da sociedade e perde seu lugar. Sobre a sexualidade, afirma que, embora ocorra uma diminuição das forças do corpo devido ao envelhecimento, o desejo sexual persiste, mesmo que a sociedade se recuse a admiti-lo. A sociedade tende a ridicularizar esse desejo, como se o idoso com desejo sexual fosse um tarado; a situação é ainda pior se se tratar de uma mulher idosa. Beauvoir foi pioneira nos estudos sobre envelhecimento, trazendo em sua obra *A Velhice* (1990) um panorama esclarecedor sobre a condição dos idosos ao longo dos séculos. Ela realiza uma crítica à desumanização da velhice e também ao capitalismo. Os idosos, encarados como improdutivos em uma sociedade baseada na produtividade, são vistos como impotentes, e, por conseguinte, excluídos da sociedade. Na obra, a autora retrata que, até o século XIX, longevidade era um privilégio dos mais abastados, e que, ao abordar os velhos, a literatura tem por referência os homens, já que as mulheres, por terem sido inferiorizadas ao longo da história, não estão em evidência nos registros mais antigos sobre o envelhecimento humano.

Será possível, então, pensar em envelhecimento feminino sob uma outra ótica? Uma perspectiva positiva de envelhecimento feminino? Certamente, este período da vida das mulheres pode ser muito agradável e intenso. Para Carmen Delia Sánchez Salgado (2002), mesmo muitas vezes estando sós durante a velhice, as mulheres possuem a habilidade de manter e formar vínculos com amigos, familiares e conhecidos, possibilitando, deste modo, amenizar a solidão. A mulher mais velha pode aproveitar essa fase do ciclo de vida para desenvolver

novos papéis, novas habilidades. Esse movimento começa a acontecer quando elas não têm mais a obrigação da “criação de filhos ou filhas”, usando o tempo disponível para uma mudança de perspectiva. Haja vista viverem mais, elas podem desfrutar da oportunidade de começar uma nova profissão, um novo casamento, um novo trabalho.

A fim de entender as diferenças culturais existentes acerca do envelhecimento de mulheres de diferentes nacionalidades, Miriam Goldenberg (2011) comparou brasileiras e alemãs, constatando que, apesar das mudanças no campo social, com realização profissional e educacional, bem como independência financeira e liberdade sexual, adquiridas ao longo das últimas décadas, as brasileiras ainda se encontram prisioneiras do próprio corpo, preocupando-se demasiadamente com excesso de peso e medo da solidão. Para a autora, as mulheres alemãs mostram-se muito mais confiantes e seguras, tanto do ponto de vista objetivo como subjetivo, pois conseguem positivar essa fase da vida valorizando realizações profissionais, afetivas e intelectuais, sentindo-se, aos 60 anos, no auge de suas vidas; ainda sobre as brasileiras, aborda os inúmeros sacrifícios feitos por elas para parecerem mais jovens, pois sentem que, mais velhas, tornam-se invisíveis.

Simone de Beauvoir, em *A Velhice*, relatou a própria dificuldade de lidar com o envelhecimento e sugeriu a possibilidade de se criar uma “bela velhice”, que possibilitaria a cada pessoa criar seu próprio projeto de vida, decidindo seus próprios comportamentos e desvinculando-se de regras preestabelecidas.

### **1.3 Sobre o assoalho pélvico**

Com relação ao assoalho pélvico e suas disfunções, a literatura tem poucos trabalhos que trazem informações sobre nível de conhecimento e aspectos biopsicossociais envolvidos com o tema; no entanto, há muita informação de conteúdo biomédico sobre disfunções e tratamentos existentes. Apenas algumas pesquisas apresentam dados mais qualitativos, relacionados à qualidade de vida ou a comportamentos.

Luzia Silva et al. (2017) realizaram uma pesquisa com mulheres mais velhas da Bahia, frequentadoras de um programa de exercícios para o assoalho pélvico a fim de tratar incontinência urinária. Após três meses de tratamento, verificaram, por meio de uma entrevista, o impacto dos exercícios na qualidade de vida das mulheres, perguntando-lhes: “O quanto você melhorou com as atividades de fortalecimento do assoalho pélvico?” As idosas responderam unanimemente: “Melhorou muito, melhorou bastante”, relatando ganhos referentes ao controle

da micção, satisfação sexual com o parceiro, redução de dores articulares, nas pernas e na coluna vertebral. A incontinência urinária é mais prevalente em mulheres mais velhas, e danos no assoalho pélvico decorrentes de partos, doenças crônicas, obesidade e estilo de vida podem piorar o quadro (CERRUTO et al., 2013).

Thaissa de Macedo Dantas (2018), em sua dissertação de mestrado, afirma que a incontinência urinária pode limitar a vida social de mulheres, restringindo o convívio e dificultando o autocuidado, com repercussão negativa nas atividades físicas e na vida sexual, laboral e relacional. A autora assevera ainda que há dificuldade, por parte das mulheres mais velhas, em procurar ajuda profissional quando o problema é detectado, seja por falta de acesso a serviços de saúde, seja por ausência de tempo devido à sobrecarga de tarefas no dia a dia. Dantas estudou a relação entre incontinência urinária e a funcionalidade de mulheres, ou seja, a capacidade de executarem tarefas do cotidiano. Para isso, usou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, buscando entender o problema sob aspectos biopsicossocial e ambiental, e não somente pela visão biomédica, já tão segmentada e debatida nos meios científicos. A autora revelou que mulheres com incontinência urinária apresentam mais incapacidades no que se refere à cognição e à mobilidade, fatores não abordados anteriormente. Conviver com a incontinência urinária pode fazer com que a mulher tenha sentimentos negativos, tais como ansiedade, tristeza e depressão, já que, para essa mulher, a situação pode representar a falta de controle sobre o próprio corpo.

Luciana Paiva e Antonio Frasson (2014) publicaram um estudo que analisou reflexões sobre menopausa, incontinência urinária, envelhecimento e sexualidade em mulheres mais velhas que participavam de um grupo de exercícios para o assoalho pélvico. Os autores trazem relatos das participantes, mostrando que varia a maneira como esses assuntos são vivenciados pelas mulheres, e que o envelhecimento pode ser performado não necessariamente de modo negativo e focado na decadência das funções corporais, mas também na liberdade e na busca de novas formas de prazer. Eles concluem:

Desta forma, ao relatar suas histórias, fica visível que, para estas mulheres, corpo, sexualidade e envelhecimento são dimensões que se misturam, assumindo diversas cores e contornos, configurando inúmeras possibilidades de entrelaçamento, refletindo a história de vida que cada uma construiu. Além disto, o compartilhar de experiências realizadas durante as atividades do grupo de Fisioterapia para o Assoalho Pélvico possibilitou uma melhor percepção corporal, novas formas de cuidar de si, contabilizando tanto as perdas como os ganhos, permitindo múltiplas possibilidades de viver e envelhecer (PAIVA; FRASSON, 2014, p. 753)

Neste capítulo, buscamos compreender a noção de corpo que circula em nosso cotidiano, e ainda, entender esse corpo durante o processo de envelhecimento, encarando as perdas e as

dificuldades indissociáveis desse processo. Trouxemos, também, a realidade da mulher que envelhece, seja pela maneira como ela própria encara seu corpo envelhecido, seja pelo modo como a sociedade a enxerga, baseada em certos padrões. Contrapondo os aspectos negativos do envelhecer, trouxemos também visões que positivam o envelhecimento, principalmente em relação às mulheres, que são as protagonistas da presente pesquisa.

## 2 O CONTEXTO: EXERCÍCIOS PARA O ASSOALHO PÉLVICO COMO TERAPIA NÃO INVASIVA PARA DISFUNÇÕES PÉLVICAS

Conforme citado de modo sucinto na introdução dessa tese, o assoalho pélvico é formado predominantemente por músculos, que, se estiverem enfraquecidos ou com função inadequada, podem ocasionar problemas como incontinência, dor ou disfunções sexuais. Esses músculos, classificados como músculos esqueléticos, contraem e relaxam voluntariamente, produzindo movimento ou estabilizando a região pélvica. Tal como qualquer musculatura esquelética (voluntária), são passíveis de treinamento que, se feito de forma correta e sistemática, pode produzir melhoras na força, resistência, flexibilidade e coordenação, recuperando ou mesmo prevenindo disfunções.

Os consensos internacionais sobre tratamentos das disfunções pélvicas orientam medidas conservadoras como primeira linha, ou seja, devem constituir a primeira forma de tratamento oferecida às pessoas, antes do uso de alternativas mais invasivas, como por exemplo, as cirurgias. Dentre os tratamentos conservadores, constam: orientações comportamentais (ingestão adequada de líquidos, alimentos e horários de micção), medicamentos, eletroestimulação e Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP). Esse treinamento envolve a contração voluntária, repetitiva e seletiva, bem como o relaxamento dos MAP, com ou sem supervisão, melhorando a força, a resistência e a coordenação desses músculos (FRENCH et al., 2010; ALVES et al., 2015).

Há na literatura inúmeros estudos que comprovam os benefícios do TMAP para a melhora das disfunções pélvicas (ALVES et al., 2015; DUMOULIN; HAY-SMITH; HABÉE-SÉGUIN, 2014). A maioria comprova a eficácia do treinamento individualizado, com supervisão direta de profissional especializado. Alguns estudos demonstram bons resultados obtidos com exercícios não supervisionados, feitos em casa, e poucos abordam exercícios preventivos ou feitos em grupo. Carolyn Sampselle et al. (2005) aplicaram exercícios para os MAP em grupo de mulheres sem incontinência, com melhora de 86% na função muscular. Existe um consenso de que o treinamento feito por um fisioterapeuta especializado produz, potencialmente, melhores resultados do que a instrução em grupo, porque, sob supervisão, os pacientes podem praticar mais intensamente. Os métodos de Fisioterapia feitos individualmente variam, incluindo abordagens com ou sem aparelhos (*biofeedback*, eletroestimulação, cones vaginais), de modo que a duração e frequência das sessões terapêuticas também diferem. Uma alternativa de tratamento seriam as sessões em grupo que, apesar de haver poucos estudos que

comprovem sua eficácia, teriam muitas vantagens, tais como diminuição dos custos, integração, apoio mútuo e motivação. Janssen, Lagro-Janssen e Felling (2001), pensando nesses benefícios, compararam os efeitos de exercícios feitos em grupo com aqueles realizados de modo individual para tratamento da incontinência urinária, não tendo encontrado diferenças entre eles – o que reforça essa possibilidade de intervenção como benéfica em certos casos. Vale lembrar que, em situações de incontinência grave ou de outros problemas associados, a terapia individual sempre será indicada, cabendo aos profissionais especializados serem devidamente capacitados para a tomada de decisão e encaminhamento. É possível concluir, portanto, que o TMAP é eficaz, não possuindo efeitos colaterais e devendo ser sempre pensado como alternativa para se trabalhar a região pélvica, seja para prevenção ou para tratamento de disfunções pélvicas, de forma individual, ou em grupo, dependendo de avaliação ou indicação adequadas.

## **2.1 A Ginástica Feminina como estratégia para promoção de saúde**

A ginástica é uma prática que se desenvolveu paralelamente à história da humanidade. Desde a Antiguidade, os exercícios físicos aparecem nas lutas, nos rituais religiosos e nos jogos. Atualmente, existem variadas formas de ginástica, difundidas por todos os continentes e praticadas em clubes, academias, parques e escolas. Do ponto de vista físico e corporal, os benefícios da ginástica estão muito bem estabelecidos. Segundo o Consenso Americano de Atividade Física (ACSM, 1990), a realização de uma quantidade mínima de exercícios regulares promove redução substancial do risco de doenças cardíacas, derrame, hipertensão arterial, melhor controle do diabetes, osteoporose e obesidade, além de auxiliar na prevenção dos cânceres de cólon e de mama, da ansiedade, depressão e déficits cognitivos associados à idade. De acordo com o Consenso, a recomendação atual para adultos saudáveis, com idades entre 18 e 65 anos, é que sejam feitos tanto exercícios aeróbicos (caminhada, bicicleta, corrida) como exercícios anaeróbicos, de força (ginástica, Pilates, musculação).

Além dos benefícios físicos dos exercícios, já bem estabelecidos pela literatura, é preciso reconhecer também os benefícios que a prática regular promove para o bem-estar psicossocial do indivíduo. Existem filosofias, como a Yoga, por exemplo, que buscam trabalhar de forma integrada o corpo e a mente, utilizando os exercícios de diversas formas. É importante considerar a prática de atividade física não somente como um conjunto de técnicas corporais, como também do trabalho da pessoa como um todo, unindo corpo e mente. Segundo a teoria de Yoga criada por Geeta Iyengar (BAIER, 1995), 90% da humanidade sofre de algum modo, seja

física, mental ou espiritualmente. Para ele, praticar Yoga é unir corpo e mente por meio de exercícios, respiração e meditação, ajudando-nos a manter o corpo tão limpo quanto a alma.

A ideia de criar o método da *Ginástica Feminina* surgiu da vontade de proporcionar, de forma ampla, o conhecimento corporal, incluindo um trabalho respiratório, postural e o conhecimento acerca dos músculos do assoalho pélvico para um público maior, não somente para pacientes de consultórios fisioterapêuticos especializados e de clínicas ginecológicas e urológicas. A importância do bom funcionamento desses músculos já foi explicitada anteriormente, justificando sua aplicação em grupos específicos, como por exemplo, mulheres com disfunções pélvicas.

Há algumas questões importantes a serem tratadas sobre este tema. A primeira delas diz respeito à falta de conhecimento da população sobre os tratamentos para disfunções pélvicas, principalmente a incontinência urinária. A condição ainda é negligenciada por profissionais de saúde e há na sociedade uma falsa ideia de que a incontinência urinária seja um processo natural do envelhecimento (SILVA; LOPES 2009; GUARISI, 2001); a segunda é a falta de acesso da população a esses tratamentos. Infelizmente, essas informações ainda são restritas ao público que pode pagar por convênios médicos e por consultórios particulares, deixando grande parte da população sem essa ferramenta importante de autocuidado para a saúde; um terceiro ponto é referente à forma como essas terapias são oferecidas, estritamente individualizadas, reforçando o ponto citado anteriormente, o da dificuldade de acesso de um público cujas condições socioeconômicas são menores. O treinamento é feito focando exercícios que treinam especificamente os músculos do assoalho pélvico. A esse respeito, alguns pesquisadores (ROSSETTI, 2016; ASHTON-MILLER, 2007; HODGES; SAPSFORD; PENGEL, 2007) vêm apresentando resultados que tentam mudar essa maneira de elaborar o plano terapêutico: os músculos do assoalho pélvico têm ligações com a região superior e a inferior do corpo, trabalhando em conjunto com estruturas responsáveis pela mobilidade, mas também estabilidade e respiração, tais como quadril, abdome, coluna e caixa torácica. Temos que pensar, então, que o treinamento desses músculos deve estar relacionado às funções urinárias e intestinais, como também às situações de equilíbrio, marcha e postura.

Quando comecei a trabalhar com o método de *Ginástica Feminina*, havia dois aspectos que queria contemplar, a saber: 1) proporcionar o conhecimento acerca desses músculos a um número grande de mulheres, tendo nos grupos uma estratégia para conseguir este objetivo, agregando motivação e troca de informações e de experiências; e 2) trabalhar o assoalho pélvico de forma integrada com outras ações corporais, com exercícios dinâmicos, envolvendo respiração, postura, equilíbrio e estabilidade. Para tal, uni conhecimentos da Yoga, Pilates,

Dança e da própria Fisioterapia especializada na reabilitação pélvica, a fim de criar o método. Os exercícios desenvolvidos para aplicar na *Ginástica Feminina* levam em consideração essas questões. O início do trabalho é feito para oferecer conhecimento sobre o assoalho pélvico e sobre a melhor forma de ativá-lo. O comando verbal é fundamental para que as mulheres consigam executar de forma correta o movimento. Essa é uma dificuldade que temos em trabalhos em grupo, que não conseguimos avaliar invasivamente o períneo, diferentemente do que se faz em consultas particulares de Fisioterapia. Utilizo o comando: "Feche o ânus, como se quisesse evitar escape de gases e, ao mesmo tempo, leve-o para cima, direção ao umbigo". Utilizo modelos anatômicos, figuras e mostro para elas como fazer; essas ações facilitam a execução do movimento correto. Quando o movimento correto consegue ser bem executado, a respiração é inserida, com comando para ativar o assoalho pélvico no mesmo momento da expiração. Essa maneira de executar facilita a ação dos músculos abdominais de forma simultânea ao assoalho pélvico, já que esses músculos são utilizados na expiração forçada. Quando tossimos ou espirramos, promovemos aumento de pressão intra-abdominal, na expiração, e para não perder urina, precisamos ativar o assoalho pélvico simultaneamente, aumentando a pressão intrauretral. Na *Ginástica Feminina*, a ativação do assoalho pélvico é sempre solicitada durante a expiração, justamente para que ocorra essa compensação do aumento de pressão intra-abdominal. Quando a ativação de assoalho pélvico, respiração e músculos abdominais se encontra devidamente aprendida, os exercícios passam a ser feitos de forma mais complexa, com movimentos de pelve, agachamentos variados, abdominais, exercícios em situações de instabilidade (apoio em um pé só, por exemplo), exercícios em abertura coxofemoral, exercícios de ponte, prancha, entre outros. Os exercícios mais complexos só devem ser ensinados quando a mulher aprendeu a fazer corretamente a contração específica do assoalho pélvico, evitando que se faça somente a contração dos músculos acessórios, quando, por exemplo, a mulher contrai os glúteos e acha que está fazendo trabalho de assoalho pélvico.

Em maio de 2017, lancei o livro intitulado "Ginástica Feminina: do assoalho pélvico à postura ideal", pela Editora CRV, como primeira produção de minha pesquisa de Doutorado, registrando esse método específico de trabalho (BURTI, 2017). Os exercícios que constam no livro são ilustrados por fotos e possuem explicações detalhadas dos movimentos, dos mais fáceis aos mais difíceis. Os exercícios descritos no livro foram usados nos encontros realizados para a pesquisa ora relatada.

### 3 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

O objetivo deste capítulo é apresentar os procedimentos utilizados para produção e análise de informação. Com este intuito, o capítulo aborda os critérios para a formação dos grupos do trabalho, com caracterização das participantes; traz, também, a descrição detalhada de cada um dos cinco encontros da *Ginástica Feminina*, a fim de que os leitores possam entender o modo como as práticas discursivas se davam nos dois grupos. Por fim, são descritos os procedimentos adotados para a análise do conteúdo das interações nos dois grupos.

#### 3.1 Sobre os grupos

Foram convidadas a participar dessa pesquisa mulheres com idade igual ou superior a 45 anos, que não apresentassem qualquer problema médico ou alteração cognitiva que as impedisse de realizar os exercícios. Para participarem, deveriam ler e manifestar anuência assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A).<sup>1</sup>

O estudo foi realizado em duas etapas: uma na Universidade Aberta à Maturidade (UAM), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), situada na zona oeste do município de São Paulo; e, outra, na Paróquia Maria Mãe da Igreja, situada na periferia da zona sul da cidade de São Paulo.

Na PUC-SP, foram realizados dois grupos com mulheres que participavam regularmente de cursos livres na Universidade. Do primeiro, participaram 20, e, do segundo, 14 mulheres, que completaram a maioria das aulas, leram e assinaram o TCLE. As atividades da UAM são escolhidas por votação, um semestre antes do início das aulas. As alunas que participaram da pesquisa escolheram (por maioria de votos) a disciplina chamada “Prevenção e Tratamento de Disfunções no Envelhecimento”, que incluía os exercícios da *Ginástica Feminina* para treinamento do assoalho pélvico.

No grupo da Paróquia, as mulheres foram convidadas a participar por meio de cartazes que serviram tanto de explicação como de convite para os encontros. Nesse grupo, 23 mulheres participaram dos encontros; todas leram e assinaram o TCLE.

---

<sup>1</sup> O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-SP, sob número: CAAE: 58208116.9.0000.5482.

### 3.1.1 Características das integrantes dos dois grupos

As mulheres da PUC-SP tinham média de idade de 68,95 anos e, as da Paróquia, 63. Houve uma proporção maior de mulheres autodeclaradas não brancas no grupo da Paróquia em relação ao grupo da PUC-SP (30,4% *versus* 5,9%;  $p=0,023$ ).

Em relação ao Índice de Massa Corporal, não houve taxa alta de obesidade em qualquer dos grupos (15,1% da PUC-SP e 22,7% na Paróquia), sendo que, na Paróquia, 45,5% das mulheres eram eutróficas (Índice de Massa Corporal adequado) e, na PUC-SP, 45,5% estavam com sobrepeso. As mulheres da Paróquia relataram mais presença de dor do que as da PUC-SP ( $p=0,021$ ), sendo que nos dois grupos, a região da coluna foi a que mais recebeu queixas. Por outro lado, no grupo da PUC, houve uma proporção superior de mulheres que realizaram cirurgias ao longo da vida em relação ao grupo da Paróquia (91,2% *versus* 69,9%;  $p=0,009$ ). A cirurgia que as mulheres mais relataram ter feito nos dois grupos foi a histerectomia. Hipertensão arterial, problemas de tireoide, ortopédicos e diabetes foram as doenças mais relatadas em ambos os grupos.

Em relação à incontinência urinária (IU), o grupo da Paróquia apresentou mais casos, com 65,2% das mulheres acometidas *versus* 41,2% do grupo da PUC-SP ( $p=0,075$ ). Se analisarmos os dois grupos, 50,9% das mulheres estudadas apresentavam IU.

Para facilitar o entendimento dos capítulos que trazem os relatos das mulheres da PUC-SP e da Paróquia, segue a Tabela 2, com informações sobre as participantes (com nomes devidamente alterados, a fim de preservar o anonimato das participantes).

Tabela 2 - Idade e nome fictício das mulheres do estudo

PUC-SP		Paróquia	
Nome	Idade	Nome	Idade
Iranilda	63	Zena	52
Rachel	82	Nilda	60
Luzia	68	Mara	61
Greice	73	Maria	60
Lila	70	Cirleia	51
Marilsa	65	Greice	66
Nara	66	Dora	83
Diva	60	Marilia	53
Vivian	67	Elida	52
Meire	68	Ciça	74
Catia	52	Eliza	76
Maria Ana	79	Jacira	52
Monica	66	Luzia	67

<b>Maria Cida</b>	81	<b>Olivia</b>	69
<b>Tita</b>	53	<b>Luli</b>	66
<b>Ceça</b>	88	<b>Valda</b>	61
<b>Maria Ceça</b>	69	<b>Mirele</b>	68
<b>Licia</b>	69	<b>Josefa</b>	70
<b>Ziza</b>	62	<b>Ciça</b>	62
<b>Dani</b>	78	<b>Lucia</b>	48
		<b>M. Aurora</b>	71
		<b>Olga</b>	71
		<b>Gilda</b>	57
<b>20 participantes</b>	Média: 68,5	<b>23 participantes</b>	Média: 63

Fonte: elaboração própria.

### 3.1.2 Sobre a inserção social das mulheres dos dois grupos

Para se realizar uma avaliação mais completa, a fim de identificar possíveis diferenças em relação a níveis socioeconômicos, verificamos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) referente a cada um dos grupos. A diferença entre os níveis socioeconômicos dos grupos foi obtida com base no IDH dos locais onde as mulheres participantes residiam (IPEA, 1999). Vale apontar que o IDH foi criado com o objetivo de identificar, de maneira sintética, o nível de desenvolvimento econômico e social alcançado por diferentes países do mundo. Contudo, ao nosso ver, esse índice deixa de contemplar aspectos fundamentais da vida social, haja vista que adota o “PIB per capita” como medida de padrão digno de vida para a população, no entanto, não contempla a distribuição de renda do país. É uma metodologia que pode não identificar, por exemplo, que uma grande parte da população vive em situação de pobreza, uma realidade no Brasil e na cidade de São Paulo. O IDH também não leva em consideração a situação do mercado de trabalho do país, desconsiderando desemprego e renda do trabalho. O indicador “esperança de vida ao nascer” também apresenta falhas, já que não leva em consideração o crescimento da violência entre jovens das periferias das grandes cidades. Apesar dessas limitações, não se pode invalidar o IDH, pois, a despeito de ser um indicador limitado acerca do bem-estar social, as informações que fornece, se bem ponderadas, podem ser utilizadas como instrumentos de monitoramento e de melhoria das políticas públicas implementadas.

Procurando adequar tais deficiências, a Fundação João Pinheiro e o IPEA publicaram um trabalho que define a metodologia para cálculo corrigido do IDH. Para analisar a situação da cidade de São Paulo, a Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade e a Prefeitura de São Paulo realizaram um levantamento conjunto no ano de 2002, utilizando as

informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Censo 2000, pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – a Fundação SEADE e também pelas Secretarias Municipais de Finanças e de Saúde. Os pesquisadores utilizaram as variáveis relativas ao rendimento do chefe de família, aos anos de estudos e à taxa de mortalidade infantil. No caso da taxa de mortalidade infantil, foram seguidas as indicações da Fundação SEADE para se realizar o cálculo do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). O estudo mostrou que a cidade sofre profundamente com a desigualdade: apenas seis distritos têm o IDH elevado (acima de 0,8), ao passo que 38 possuem valores baixos de desenvolvimento humano (abaixo de 0,5). E, mesmo os demais, concentram bolsões de miséria.

Para avaliar os grupos de mulheres que participaram do presente estudo, utilizamos os dados desse levantamento, visto que este reflete de maneira mais real a cidade de São Paulo, conforme pode ser visto na Tabela 3. As mulheres do grupo da PUC-SP residiam em bairros como Pinheiros, Alto de Pinheiros e Perdizes, enquanto as da Paróquia residiam na região do Jardim São Luís e Jardim Ângela, elemento que mostra, de forma evidente, a diferença em relação ao nível socioeconômico, haja vista a grande diferença do IDH entre essas regiões.

Tabela 3 - Resultado calculado do IDH para a cidade de São Paulo

Distritos	Posição	IDH	População	Distritos	Posição	IDH	População
<b>Pinheiros</b>	<b>4</b>	<b>0,833</b>	<b>62.997</b>	<b>Freguesia do Ó</b>	<b>52</b>	<b>0,525</b>	<b>144.923</b>
<b>Alto de Pinheiros</b>	<b>6</b>	<b>0,801</b>	<b>44.454</b>	<b>São Lucas</b>	<b>54</b>	<b>0,513</b>	<b>139.333</b>
Perdizes	9	0,762	102.445	<b>Raposo Tavares</b>	<b>57</b>	<b>0,508</b>	<b>91.204</b>
<b>Bom Retiro</b>	<b>34</b>	<b>0,561</b>	<b>26.598</b>	Jardim São Luís	82	0,441	239.161
<b>República</b>	<b>43</b>	<b>0,534</b>	<b>47.718</b>	Jardim Ângela	91	0,402	245.805

Fonte: Princípio, 2002 (elaboração com base em dados do IBGE/Censo 2000 e da Fundação SEADE).

Entendemos que essa diferenciação em relação ao nível socioeconômico, mesmo adaptada pela metodologia apresentada, tenha suas limitações, já que desconhecemos as particularidades de todas as participantes. Contudo, esta foi a melhor maneira encontrada para se refletir a respeito de possíveis diferenças que fossem detectadas nos grupos estudados.

### 3.2 Os encontros da *Ginástica Feminina*

Foram realizados cinco encontros de *Ginástica Feminina*, com duração de 2 horas cada, com exercícios teóricos e práticos em cada um dos grupos. Os encontros começaram pelos grupos da PUC-SP, seguidos do grupo da Paróquia; ocorreram entre abril e novembro de 2016.

Os exercícios propostos evoluíam gradativamente, sendo que as mulheres foram incentivadas a replicar no dia a dia os conhecimentos adquiridos.

### **Primeiro encontro**

No primeiro dia, as mulheres foram apresentadas à pesquisadora e à sua auxiliar e receberam as informações gerais sobre a pesquisa. Logo após, leram e assinaram o TCLE, além de responderem a um questionário com perguntas de identificação, dados antropométricos, histórico médico, histórico obstétrico, questões relacionadas à perda urinária e fecal e ao conhecimento sobre o assoalho pélvico (Apêndice B). Posteriormente a essa parte inicial, assistiram à aula que abordou alterações comuns ao processo de envelhecimento, bem como a localização, função e composição do assoalho pélvico. Nesse primeiro encontro, ainda foram feitos exercícios iniciais básicos de percepção da correta ação dos músculos do assoalho pélvico.

### **Segundo encontro**

No segundo encontro, conversamos sobre a fisiologia e a importância da respiração e do relaxamento e também sobre a correta ação dos músculos do assoalho pélvico. Na sequência, as alunas executaram exercícios de consciência postural, aprendendo a sentar-se corretamente e percebendo a ativação correta dos músculos abdominais. Posteriormente, fizeram exercícios de mobilização articular global, prática de sequências de exercícios para assoalho pélvico associados à respiração, finalizando com relaxamento.

### **Terceiro encontro**

No início do encontro, as mulheres foram incentivadas a falar sobre alterações ou sensações que tiveram em relação aos últimos encontros e, na sequência, fizeram a aula prática, iniciada pelas mobilizações articulares e, após, exercícios de consciência respiratória e postural; na segunda parte, foram feitos de forma isolada exercícios de assoalho pélvico, com contrações sustentadas para trabalho de resistência e contrações rápidas para trabalho de força e potência. Nesse encontro, as mulheres foram ensinadas a trabalhar de forma mais intensa o assoalho pélvico, associando as contrações e relaxamentos a exercícios de mobilização pélvica, mobilização de coluna, agachamentos e exercícios de equilíbrio. Os encontros eram sempre finalizados com relaxamento.

### **Quarto encontro**

Neste encontro, levei instrumentos usados na prática de reabilitação pélvica, tais como cones vaginais (pesos utilizados de forma intravaginal, a fim de trabalhar sobrecarga e percepção), dilatadores e massageadores vaginais (usados em casos de disfunções sexuais ou de dor pélvica). Na sequência, foi feita a aula prática, com os mesmos exercícios do terceiro

encontro, mas com introdução de alguma nova dificuldade, como por exemplo, maior tempo de sustentação nas contrações ou dificuldades maiores nos exercícios de equilíbrio ou agachamentos, exigindo maior controle do assoalho pélvico, tanto de modo isolado como integrado aos movimentos. Um dos princípios do treinamento neste método é oferecer sobrecarga para uma melhor resposta, seja essa sobrecarga em forma de maior número de repetições, maior tempo de sustentação da contração ou maior dificuldade na execução do exercício. O encontro foi finalizado com relaxamento.

### **Quinto encontro**

Este foi o último encontro; tendo sido solicitado às mulheres que respondessem a um questionário final, com perguntas sobre conhecimento acerca do assoalho pélvico, sintomas de perdas urinárias/fecais, percepção da postura e da respiração, além de questões abertas, a fim de que elas pudessem registrar suas impressões, críticas e elogios a respeito dos encontros (Apêndice C). Esse questionário serviu para comparação e verificação de possíveis efeitos decorrentes da aplicação do método *Ginástica Feminina* nos grupos.

A aplicação dos questionários foi seguida de uma roda de conversa sobre as percepções dessas mulheres sobre os encontros, finalizando com a prática dos exercícios realizados nos encontros anteriores, reforçando a necessidade de se aplicar os conhecimentos adquiridos, principalmente os exercícios do assoalho pélvico, seja nas atividades de rotina ou durante atividades que aumentam a pressão abdominal, como tosse, espirros, levantamento de peso e agachamentos. As participantes receberam uma cartilha (Apêndice D) para que pudessem seguir os exercícios em casa, caso desejassem.

### **3.3 Procedimentos de análise**

Foi utilizado o método qualitativo de pesquisa, com objetivo de compreender a resignificação do corpo de mulheres em processo de envelhecimento que estavam praticando exercícios para o assoalho pélvico por meio da *Ginástica Feminina*.

A pesquisa qualitativa, na perspectiva construcionista, parte do pressuposto de que a realidade é um fenômeno histórico, cultural e dinâmico, cujo objetivo centra-se na especificidade e não na replicabilidade do fenômeno estudado. Dessa forma, a pesquisadora foi responsável pela descrição e exploração do contexto da pesquisa. (SPINK, 1997).

Visando garantir os cuidados éticos essenciais em pesquisa qualitativa, foram oferecidos os consentimentos informados (TCLE, já citado anteriormente) e a proteção do anonimato das

mulheres participantes. O projeto foi devidamente submetido ao Comitê e Ética em Pesquisa da universidade, com sua conseqüente aprovação.

As conversas foram registradas, em todos os encontros, por uma pesquisadora auxiliar (a fisioterapeuta Juliana Cruz), que os acompanhava do início ao fim, tomando nota das falas de todas as participantes, inclusive das minhas, na sequência em que ocorriam. Após cada encontro, eu organizava as falas e realizava anotações em um diário de campo; ao final dos cinco encontros, foi feita uma descrição densa de cada um dos grupos, para que houvesse tanto a definição de temas que seriam colocados nos mapas temáticos como das impressões da pesquisadora sobre cada encontro. Os temas foram escolhidos por meio da análise das falas das mulheres ao longo dos encontros, de modo que foram selecionados aqueles que apareceram com maior frequência e que fizeram circular repertórios ricos para estudo.

A partir da definição dos temas, deu-se início à segunda etapa da análise: a construção dos mapas temáticos, que seguiu a metodologia proposta na obra intitulada “A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas” (SPINK et al., 2014). Os mapas (dialógicos e temáticos) são usados em diversas pesquisas do Núcleo de Estudos sobre Práticas Discursivas no Cotidiano: direitos, risco e saúde (NUPRAD), da PUC-SP, e vêm se desenvolvendo há muitos anos, com versatilidade de uso de acordo com a forma como são feitas as pesquisas em práticas discursivas. Para as análises, foram escolhidos dois grupos: um grupo da PUC-SP, selecionado por ter apresentado repertórios mais ricos para os objetivos desta pesquisa e o grupo da Paróquia.

Foi seguida a metodologia de mapa construído em forma de tabela, com colunas definidas tematicamente. A definição das colunas que sistematizaram o material discursivo foi relacionada ao processo de organização dos conteúdos da interação discursiva gerada pelas falas das mulheres que participaram da pesquisa.

Destarte, foram escolhidos sete temas para a construção dos mapas:

1. Exercícios;
2. Envelhecimento;
3. Sexualidade;
4. Percepção postural;
5. Assoalho pélvico;
6. Incontinência urinária;
7. Outros (assuntos diferentes que apareciam nas conversas, mas que não se relacionavam a quaisquer dos temas).

Foram feitos mapas para cada um dos grupos, para cada um dos cinco encontros, totalizando 10 mapas temáticos para análise. A seguir, na Tabela 4, um exemplo de mapa:

Tabela 4 - Exemplo de mapa temático do terceiro encontro na turma da PUC-SP

Exercícios	Envelhecimento	Sexualidade	Percepção corporal	Assoalho pélvico	Incontinência urinária	Outros
<p>Juliana: “Olá meninas, tudo bem? Gostaria que me falassem como se sentiram depois da aula passada. Se alguém teve alguma dor, se lembraram dos exercícios, enfim, como foi”.</p> <p>Tita: “Pessoal, não para de piscar (risos)”.</p> <p>Bibiana: “Senti dor na lombar, parece que trabalhou a musculatura, depois passou”.</p> <p>Juliana: “Mas foi uma dor muscular, de exercício?”.</p> <p>Bibiana: “Sim”.</p> <p>Ziza: Prof.<sup>a</sup>, vamos ter exercícios hoje? Porque estou prejudicada” [recuperação cirurgia].</p> <p>Tita: “Tô piscando até agora (risos)”.</p> <p>Rachel: “Fiquei com a dor que tenho sempre, parece que piorou e depois passou”.</p>						

				Catia: “Ficam piscando o dia inteiro Prof. <sup>a</sup> , daí fadigam (risos)”.		
		<p>Diva: “Fiquei mais lubrificada”.</p> <p>Maria Cida: “como você percebeu isso?”.</p> <p>Catia: “Aumenta a libido mesmo [exercícios], você chega a sentir um negocinho, um choquinho lá embaixo”.</p> <p>Juliana: “Pessoal, mas um dos efeitos dos exercícios é melhorar mesmo a vascularização da região, o que pode ajudar na lubrificação sim”.</p>				
Marcia: “Vamos repetir hoje?”.						
Juliana: “Lógico”.						
		Rachel: “Vou dar um conselho, na aula só vem quem tem marido”.				

Fonte: elaboração própria.

#### 4 PRIMEIRO ENCONTRO DA *GINÁSTICA FEMININA*: CORPO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Neste capítulo trataremos dos temas “envelhecimento” e “corpo” tendo como base a análise dos mapas temáticos do primeiro encontro da *Ginástica Feminina* com participação de mulheres nos dois grupos (PUC-SP e Paróquia). Nesse contato inicial, todas as participantes foram recepcionadas pela professora e por sua pesquisadora auxiliar, tendo recebido orientações sobre como se daria a dinâmica do trabalho. Posteriormente, leram, anuíram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice A), bem como responderam a um Questionário estruturado (Apêndice B), elaborado pela pesquisadora, sobre dados pessoais, médicos, obstétricos, queixas acerca de disfunções pélvicas e também com perguntas relacionadas ao conhecimento sobre o assoalho pélvico. Quando alguma participante apresentava dificuldades com a leitura, uma das pesquisadoras a auxiliava.

Essa etapa foi seguida de uma aula teórica com informações sobre as alterações corporais comuns ao processo de envelhecimento, tais como queda hormonal e alterações de composição corporal, com aumento de gordura e perda de massa óssea e muscular. Também lhes foi “apresentado” o assoalho pélvico, mostrando sua localização no corpo (com o auxílio de figuras anatômicas), explicando-lhes as suas principais funções e as disfunções mais comuns encontradas nas mulheres, como prolapso e incontinências. O objetivo deste primeiro encontro era fazer com que as mulheres entendessem as alterações comuns ao processo de envelhecimento, sem um enfoque de doença, compreendendo que tais alterações podem acontecer com atitudes positivas, que nos fazem amadurecer bem, principalmente se nos conhecermos e nos respeitarmos; outro objetivo era familiarizá-las com o assoalho pélvico, pois este seria o foco dos outros quatro encontros, constituindo a base do método da *Ginástica Feminina*.

O grupo da PUC-SP era composto por 20 mulheres, enquanto o da Paróquia, por 23, da mesma faixa etária, com média de idade de 68 e 63 anos, respectivamente. Na Paróquia, algumas mulheres precisaram de auxílio para preencher os questionários, pois apresentaram mais dificuldade para ler; na PUC-SP, todas responderam sozinhas, esclarecendo eventuais dúvidas. Muitas perguntaram o que era assoalho pélvico, justamente na parte do questionário em que aparecia este questionamento. Eu apenas respondia que era para colocar que não sabiam, mas que, a partir daquele dia, elas descobririam do que se tratava. Em ambos os grupos, o encontro despertou muita curiosidade, gerando comentários referentes às alterações que





#### 4.1 O grupo da PUC-SP

Começarei discorrendo sobre o grupo da PUC-SP, cujo primeiro encontro foi mais teórico e os assuntos relacionados ao envelhecimento – como osteoporose, perda de massa muscular e diminuição de estatura – sequer foram abordados, pois as participantes “conduziram” a aula de acordo com as dúvidas que tinham, contando casos e direcionando o diálogo mais para a questão de dores, exercícios, assoalho pélvico e incontinência.

As participantes deste grupo apresentaram preocupação em entender e prevenir problemas advindos das alterações do envelhecimento. Por exemplo, Catia afirmou: “pensei na prevenção... ainda não estou com problemas, mas preciso”. Na sequência, Rachel reclamou de ter muitas dores na região lombar, afirmou que faz exercícios, exagera e piora a dor, alegando: “preciso ser orientada”. Em suma, nesse primeiro encontro, o tema do envelhecimento não veio muito à tona, pois parecia que tinham mais interesse nos exercícios e na questão do assoalho pélvico que, de certa forma, era uma novidade para a maioria delas. Questionei se elas sabiam o que era assoalho pélvico. Maria Ana respondeu: “eu sei, faço fisioterapia”. Tita continuou: “tenho ideia do que seja, mas nunca ouvi falar”. Ceiça perguntou: “Onde está o assoalho pélvico? O meu está aqui embaixo [mostrando a região perineal]” e completou “Tenho 89 anos, sabia?”.

Ceiça era a integrante mais velha da turma, de modo que todas gostavam de ressaltar essa informação, admirando-se de sua boa condição e disposição. Sempre que podia, ela informava a idade, de forma recorrente, ficando feliz quando a elogiávamos pela boa forma. Após esse comentário, Maria Cida relacionou idade às informações que estávamos dando sobre assoalho pélvico, perguntando: “quando se é mais velha, é mais difícil recuperar o assoalho pélvico?”. Respondi que o envelhecimento era um fator que aumentava a chance do aparecimento de disfunções pélvicas, mas que os exercícios podiam ajudar a prevenir e também a tratar.

Aproveitei o surgimento do tema para lhes perguntar a respeito do conhecimento sobre localização, composição e forma do assoalho pélvico. Vivian foi a que mais falou, contando sobre um defeito anatômico, uma má-formação na uretra que, depois de uma cirurgia, fez com que ela ficasse com incontinência; contou que passou por vários tratamentos e por diversos médicos, até que um deles solicitou que ela fizesse exercícios pélvicos. Então, comentei: “que história interessante! E foram os exercícios que te ajudaram a não perder mais urina? Então você conhece bem o assoalho pélvico...”. Vivian respondeu: “sim, ajudou demais”. As outras se interessaram pelo assunto e começaram a falar sobre informações que já possuíam ou mesmo

de experiências com exercícios pélvicos. Lícia perguntou: “no Tai Chi também se faz esse tipo de contração (AP)?”. Respondi complementando: “sim, na Yoga e no Pilates também”.

Vivian aproveitou para falar sobre a sensação de perder urina: “aquilo [perder urina] foi uma tristeza para mim; me sentia uma velha de 100 anos, com 38 [idade que tinha na época]”. Essa fala demonstra algo recorrente na prática de quem acompanha pessoas mais velhas com incontinência: acreditar que o fato de perder urina é algo inerente ao processo de envelhecimento. A fala demonstra o aspecto negativo da sensação de perder urina, mas também evidencia o entendimento de envelhecimento como uma fase de perdas e de dificuldades.

#### **4.2 O grupo da Paróquia**

No grupo da Paróquia não surgiram tantos comentários e histórias pessoais; as participantes focaram mais nas questões sugeridas pela pesquisadora, trazendo dúvidas relacionadas aos assuntos propostos.

Dei início ao encontro abordando as mudanças normais do processo de envelhecimento, como, por exemplo, a alteração dos discos intervertebrais, que levam a uma diminuição na estatura. Mara falou: “espero que tenha jeito [sobre diminuição da estatura e piora da condição da coluna]”. Lucia comentou em seguida: “Eu acho que fica assim [mais baixo e curvado] de qualquer jeito”.

Então, dei continuidade e discorri sobre as alterações da marcha, diminuição na cadência, tamanho dos passos e prevenção de quedas. Elas ouviam atentamente e comentavam. Greice contou: “minha sogra tem 98 anos e anda assim, curvada”. Olivia respondeu, tentando justificar: “essa forma de andar é por conta da dor”. Maria logo retrucou: “antes, a cultura era assim: dói, deita. Hoje, quando dói, alonga; as pessoas têm uma rejeição muito grande em relação a fazer exercício”. Nesse momento, aproveitei para intervir, reforçando positivamente o comentário, mostrando que o sedentarismo, de fato, é muito ruim para a saúde, que se manter ativo é importante para se envelhecer bem e com menos comprometimentos. Nesta oportunidade, falei também da perda de massa muscular, a sarcopenia, que faz parte do envelhecimento, mas que pode ser amenizada por meio de exercícios com peso, sobrecarga. Elas comentavam bastante. Mara, por exemplo, afirmou que “quanto mais velho você fica, mais fácil de perder peso”. Lucia reclamou: “músculo fica murcho quando envelhece; olha minha barriga, não consigo perder, parece que estou carregando um peso”. Olívia completou: “carregando peso por nada. É bom ser velhinha bem firme, bem durinha, minha mãe é assim”.

Elas pareciam preocupadas em poder “remediar” as alterações do envelhecimento, prevenindo complicações. Afirmei que era possível se preparar para envelhecer bem; que o passar dos anos não estaria necessariamente associado a doenças e a perdas. Mostrei-lhes figuras de idosos com corpos bonitos, arrumados, o que gerou um bom debate. Olivia falou: “nós vamos chegar lá, tem que pensar na prevenção, não quero que as pessoas me deem banho”.

Na sequência, trouxeram questões sobre preconceitos relacionados à idade. Lucia começou falando: “tem gente que tem vergonha de dizer a idade”. Maria continuou, mencionando idosas que se vestem como pessoas mais jovens: “a Rita Cadillac não se veste adequadamente, usa vestido curtinho, achei ela exagerada na TV”. Mara concordou, ao complementar: “a Suzana Vieira não assume a idade”. Olga reclamou: “não gosto da minha idade. As pessoas falam para eu pintar o cabelo; eu não, se Deus quisesse meu cabelo preto, não tinha branqueado”. E Mara completou: “40 anos é a melhor idade que tem, você vai ver; a gente agrada os outros, mas só porque a gente quer”.

Por meio das falas, fica evidente a necessidade de estar dentro de padrões assumidos como corretos e aceitáveis pela sociedade; por exemplo, o estereótipo de que o idoso deve se vestir de forma mais sóbria. Aquele idoso que ousa ser diferente é tido como “sem-vergonha”, que não se dá ao respeito. Inclusive a cor dos cabelos é assunto muito debatido na atualidade: assumir ou não os brancos? Ainda há, nas práticas cotidianas, a ideia de valorizar o grisalho apenas nos homens: homem grisalho é charmoso, ao passo que a mulher que assume os brancos é tida como relaxada, velha.

Ainda sobre o envelhecimento, as participantes mostraram muita preocupação com questões estéticas, principalmente um incômodo devido à mudança corporal, em especial ao acúmulo de gordura na região abdominal, típico do período pós-menopausa. E tais falas apareceram quando começamos a praticar os exercícios básicos do assoalho pélvico. Eu lhes dava o comando: “Fiquem em pé. Inspirem e, ao soltar o ar, levem o umbigo para dentro, como se apertassem uma cinta. Agora, quando soltarem o ar, vocês vão contrair também o ânus, fechando e levando para cima”. Elas testavam e posteriormente comentavam. Olga: “eu já aprendi isso [contrair o Assoalho Pélvico – AP]. O médico falou para fechar, ele queria operar, mas comecei a fazer os exercícios e melhorou”. Mara contou: “na minha segunda gestação, a freira que me ajudou falou que eu nunca deveria soltar o abdome e eu lembro disso até hoje”. E Lucia reclamou: “eu nunca soltava a barriga; depois da menopausa, eu faço isso e a barriga não some”. E Mara contou: “tem uma amiga que toma um troço e emagreceu tudo, mas eu não tenho coragem”.

Durante a execução dos exercícios, forneci algumas orientações sobre postura correta, como se sentar e se posicionar corretamente e também sobre como o fato de manter o abdome e o assoalho pélvico ativos pode ajudar nessa tarefa. Elas se mostraram muito atentas e interessadas. Sobre a postura correta, Olivia falou: “a gente percebe que sobe o corpo [quando alonga a coluna]”. Lucia relacionou a postura a uma atividade do dia a dia: “quando a gente lava a louça, esquece de controlar e a coluna começa a doer.” Greice lembrou que os jovens também não prestam atenção na postura, afirmando: “minha filha senta assim ó” [mostra a coluna curvada, apoio sacral]. Achei interessante e importante essa autopercepção e capacidade de transferir o aprendizado para as tarefas de vida diária, pois um dos objetivos do método é fazer com que elas reflitam sobre as informações e possam replicar em suas rotinas.

### 4.3 Os dois grupos

O tema do envelhecimento foi muito mais abordado pelas mulheres da Paróquia do que pelas do grupo da PUC-SP. Na Paróquia, as alterações decorrentes do envelhecimento chamaram mais a atenção das participantes; na PUC-SP, as mulheres mudavam mais o rumo da conversa e pareceram menos preocupadas com a questão do envelhecimento. Vale ressaltar que, há alguns anos, as mulheres integrantes do grupo da PUC-SP participam ativamente da Universidade Aberta à Maturidade (UAM), cujos cursos acontecem regularmente, duas vezes por semana, com conteúdo escolhido por votação pelos alunos. Os temas das aulas são variados, incluindo matérias mais teóricas, como por exemplo, História e Filosofia, e também matérias mais práticas, como Teatro e Dança. Isto é, elas estão acostumadas a debater, criticar e refletir a partir dos temas propostos pelos professores. Quando apresentei o conteúdo dos encontros, elas estavam muito mais focadas em questões corporais, querendo adquirir novos conhecimentos. Participar de cursos regulares para o público mais velho constitui uma forma de positivar o processo de envelhecimento, e tal fato era evidente na PUC-SP, pois as aulas eram motivo de alegria, de trocas, de interação, e, certamente, o tema do envelhecimento já deveria ter sido abordado em outras disciplinas ministradas ao longo dos anos.

Diferentemente do que ocorreu na PUC-SP, na Paróquia, as mulheres estavam participando pela primeira vez desse modelo de aula teórico-prática, conduzida por uma professora especialista, focalizada em questões do envelhecimento e do corpo feminino. Para elas, os encontros de *Ginástica Feminina*, de forma geral, foram a primeira oportunidade para tirar dúvidas, conversar e compartilhar experiências sobre o processo de envelhecimento. Para

essa mulheres, criticar e debater não era rotina, de modo que os encontros geraram essa oportunidade. Essa é uma realidade em locais de nível socioeconômico mais baixo, em que o acesso a informações, muitas vezes, é restrito, tanto em decorrência das dificuldades de mobilidade com transporte, como das múltiplas tarefas pelas quais essas mulheres são responsáveis, tais como cuidados com netos, casa e família, afazeres que acabam impedindo a realização de outras atividades.

De certa forma, é possível pensar que o processo de envelhecimento para as mulheres da PUC-SP é uma oportunidade de novos aprendizados, com maior liberdade e menos responsabilidades típicas de mulheres mais jovens, que ainda cuidam de filhos, com horários mais rígidos. Já para as mulheres da Paróquia, que não vivenciam um modelo como o da universidade aberta, as dúvidas acerca do processo de envelhecimento foram mais marcantes.

O tema corpo, englobando a percepção corporal e o conhecimento acerca do assoalho pélvico, apesar de ter aparecido nos dois grupos, foi o predominante na PUC-SP. Percebe-se, portanto, que esse assunto é pouco difundido entre mulheres mais velhas, independentemente de seu nível socioeconômico. Não estamos acostumadas a falar de assoalho pélvico, vagina e períneo, nem nas conversas informais, tampouco em ambientes acadêmicos ou mais formais.

## **5 SEGUNDO E TERCEIRO ENCONTROS DA GINÁSTICA FEMININA: PERCEPÇÃO CORPORAL E DO ASSOALHO PÉLVICO**

No segundo e terceiro encontros da *Ginástica Feminina*, os exercícios para assoalho pélvico, para percepção postural e para respiração foram trabalhados de forma sistemática e progressiva. Os exercícios eram repetidos e evoluíam em intensidade, com a inclusão de movimentos novos, que exigiam mais estabilidade e controle corporal. A progressão se dava em uma sequência igual para os dois grupos: exercícios básicos de ativação/relaxamento do assoalho pélvico, percepção da postura em pé e sentada em apoio dos ísquios, percepção do padrão respiratório, associação da respiração com a ativação/relaxamento do assoalho pélvico e, finalmente, os conhecimentos anteriores aplicados a exercícios de mobilidade pélvica, de fortalecimento de membros inferiores e para estabilização de tronco. Discutimos também a importância da respiração e do relaxamento como formas de equilíbrio do organismo. Ao final dos encontros, foram realizados relaxamentos induzidos, a fim de que elas pudessem experimentar, de forma consciente, a volta à calma.

A seguir, os mapas de fluxo das conversas do segundo e do terceiro encontros nos dois grupos para visualização da centralidade dos temas assoalho pélvico e percepção corporal.









A fim de ilustrar a dinâmica das conversas, a seguir serão apresentadas algumas das falas das participantes, relativas ao segundo e terceiro encontros nos dois grupos, com enfoque nas questões de percepção corporal e do assoalho pélvico, que eram os objetivos principais dos exercícios nesta etapa.

### **5.1 O grupo da PUC-SP**

No grupo da PUC-SP, as mulheres pareceram chegar com bastante vontade de realizar os exercícios. Logo no início, Monica falou: “eu não vim aula passada. Já ouvi falar de AP, mas nunca fiz nenhum exercício”. Eu respondi: “vamos falar novamente hoje, quem não veio terá oportunidade de aprender também”. Expliquei-lhes sobre a biomecânica respiratória e já fomos para a prática. Vivian, que já tinha feito exercícios de AP em razão de um problema médico, querendo acalmar as colegas que estavam com dificuldades para executar, comentou: “a contração, com o tempo, vai ficando inconsciente”. Na primeira parte foram realizados exercícios de percepção da respiração, com as mãos sobre o tórax para sentir os movimentos durante a inspiração e a expiração; elas demonstraram bastante dificuldade em fazer e em perceber o padrão respiratório. Pedi-lhes que sentissem como expandiam o tórax nas inspirações, se usavam mais a parte alta, se era um padrão mais abdominal ou um padrão combinado. Catia comentou: “Para mim, essa parte que mais se usa [mostrando a parte alta do tórax durante a respiração]”. Ziza exclamou: “nossa, como é difícil [respirar sentindo as três partes do tórax]”. Tita, que apresentou muita dificuldade para executar, falou: “não está entrando ar, está só saindo” e já questionou, querendo entender o porquê de trabalharmos a respiração: “Esses exercícios também ajudam lá embaixo? [AP]”. Respondi para que todas entendessem a importância: “a respiração está associada a todos os exercícios que faremos, precisamos respirar corretamente para executar os movimentos de forma correta. Quando contraímos o AP, devemos respirar simultaneamente”.

Depois dos exercícios respiratórios vieram os específicos de AP. Catia perguntou: “na contração, vai tudo junto, ânus, tudo. É muita tecnologia (risos) [contração do AP]”. Então, ensinei a fazer a contração de AP com movimento da pelve associado. Catia comentou: “essa é boa, hein?” e Meire queria saber: “com isso [movimento pélvico], dá para contrair lá embaixo?”. Catia também tinha dúvidas: “sempre prendendo o abdome junto?”. Eu respondi: “sim, contraíam o abdome junto, sempre pensando em fechar a cinta e o zíper quando fecha e eleva o ‘fiofó’ [apelido que dei ao ânus]”, e elas riram. Tita, novamente com dificuldades em

associar a respiração aos exercícios, perguntou: “como é para fazer a respiração nesses exercícios para intensificar?”.

O próximo exercício era de agachamento, com a contração do AP associada ao movimento de flexão de joelhos. Nesse momento, elas falaram muito. Catia: “nunca é fácil!”. Maria Ceixa complementou, exclamando: “Meu Jesus amado!”. Tita tinha dificuldade em executar: “Não sinto fechar (o AP)”. Nessa ocasião, fiz uma analogia da contração com o puxar de um zíper, para lhes facilitar a percepção do movimento. Catia gostou: “muito legal esse negócio de zíper. É muito gostoso, está ótimo! A aula está cheia, todo mundo quer segurar o assoalho pélvico”. Essa foi a primeira vez que uma aluna falou especificamente os termos assoalho pélvico; normalmente, elas falavam “lá embaixo”, “esses músculos”, sem mencionar o nome.

Sentamos e pedi-lhes que sentissem o apoio dos ísquios ao sentarem. Algumas afirmaram já terem feito isso na Yoga, outras sentiam dificuldade. Vivian comentou: “é mais fácil fazer exercício do AP sentada”. Catia concordou que teve mais facilidade. Diva perguntou: “como fica a postura? E os ombros?”. Ensinei a postura adequada e instruí a fazer exercícios de mobilização da coluna associados ao AP. Marilsa perguntou: “daí, nesse exercício não respira né?”. Respondi: “sempre devemos respirar junto”. E Vivian complementou: “dá para fazer respirando”. Marilsa mostrava dificuldade, mas percebia a ação do AP: “perdi a força no meio do caminho”.

Ensinei-lhes a diferença acerca dos tipos de contração - rápida e lenta - que estimulam tipos diferentes de fibras musculares. Sobre as rápidas, disse que eram as “piscadinhas”, e elas riram. Maria Ceixa brincou: “já contei para vocês que não conseguia sentar? [tinha problema na coluna]. Agora consigo sentar, enviar [foto pelo celular] e piscar (risos) [contrair AP].” Conforme experimentavam os exercícios, comentavam. Maria Ceixa falou: “senti aqui também [mostrando a parte interna das coxas]”. E Catia pediu: “você pode nos mandar esses exercícios?”.

No final, pedi-lhes que deitassem e tentassem perceber a contração do AP nessa posição. Marilsa percebeu como mantinha a postura ao fazer o exercício: “olha onde eu comprimo! [mostrando a tensão dos ombros para a professora]” e comentava: “quando puxa o abdome, sinto a coluna encostar no chão”. Na sequência, ensinei-lhes o exercício de ponte, que é a elevação do quadril com os pés apoiados, mantendo as escápulas no chão. Foi o exercício em que elas mais sentiram dificuldade. Tita falou da respiração: “é difícil soltar o ar”. Marilsa completou: “é muito difícil contrair e segurar até o final”. Catia exclamou: “esse é difícil, hein?”

Como é a respiração?”. Eu explicava e elas pareciam estar aproveitando. Maria Cida comentou: “isso é muito gostoso”.

Para finalizar a aula, fizemos alguns alongamentos e o relaxamento. Elas apreciaram. Rachel comentou sobre alongamento: “eu faço isso todos os dias”. Maria Cida elogiava: “Ai que gostoso”. Tita complementou: “o relaxamento é a melhor parte da aula”.

Antes de dispensá-las, solicitei-lhes que falassem sobre o que sentiram e o que acharam da aula. Catia: “senti o abdome mais encolhido, no lugar”. Marilsa: “senti diferença na minha postura”. Rachel: “A gente lembra mais do abdome”. Catia: “vou lembrar sempre que estou piscando”. Meire: “cinco aulas é muito pouco, nós temos que treinar a cabeça”. Vivian: “é importante relaxar, porque senão fica tenso demais”. E Ziza elogiou: “adorei a aula”.

Na terceira aula, elas chegaram animadas e falantes. Diva brincou: “hoje nós vamos piscar”. E Tita complementou: “o pessoal não para de piscar (risos)”. Perguntei-lhes como se sentiram depois do encontro anterior. Irani disse: “eu fiquei pior, acho que contraí demais”. Bibiana também se queixou: “senti dor na lombar, parece que trabalhou a musculatura, depois passou”. Rachel também comentou: “fiquei com a dor que tenho sempre, parece que piorou e depois passou”. Perguntei-lhes se reconheciam a dor como uma dor muscular, sendo que elas concordaram, contudo, reforcei a questão de se respeitar os limites do próprio corpo.

Pela primeira vez falaram sobre o assoalho pélvico e a vagina. Diva começou: “fiquei mais lubrificada”. Fato este que gerou o questionamento de Maria Cida: “como você percebeu isso?”. Todas riram muito, mas Catia concordou: “aumenta a libido mesmo, você chega a sentir um negocinho, um choquinho lá embaixo”. Aproveitei para comentar sobre os efeitos benéficos dos exercícios: “pessoal, mas um dos efeitos dos exercícios é melhorar mesmo a vascularização da região, o que pode ajudar na lubrificação sim.” Elas continuaram nesse tema, falando de filmes que já assistiram e de cremes para melhorar a lubrificação.

Encerrei o assunto lhes perguntando se haviam gostado do relaxamento. Afirmaram que sim, contaram casos, mas falaram que entendiam a importância do relaxamento para diminuir ansiedade. Catia contou de uma particularidade: “eu tenho lúpus, tenho dor articular”. Cida se identificou: “eu também tenho lúpus”. Catia completou: “lúpus tem total relação com a parte emocional, é preciso controlar o estresse”, realçando a importância do relaxamento para a saúde. Cida ainda brincou: “depois que me separei do meu marido, fiquei melhor, minha pele, ó”.

Aproveitei para retomar a questão da sexualidade: “vocês sabem que o relaxamento também pode ajudar na libido?” Cida falou: “Estou subindo pelas paredes (risos)”. Margarida continuou: “se conseguir fazer meu marido relaxar, te dou um prêmio”. Mirela brincou: por que, ele está sempre duro? (risos)”. Maria Cida reclamou, em tom de brincadeira: “essa aula

não é para mim [quando se falava de libido e sexo]”. A conversa durou um tempo com mais comentários e finalizei para iniciarmos a aula prática. Iniciei com as mobilizações gerais; elas faziam compenetradas e, na hora da mobilização de pelve, Tita falou: “soltei minha barriga”. Ciça concordou: “também soltei, mas já voltei”. Elas estavam prestando mais atenção à postura, de modo a se autocorrigir.

Depois solicitei-lhes que ativassem o assoalho pélvico. Elas se mostravam mais familiarizadas, mas ainda com dúvidas. Rachel falou: “quando eu lembro, eu puxo”. Amália perguntou: “para contrair a cinta, tem que sentir aqui né? [coloca a mão na lombar]”. Nesse encontro, já foram incluídos exercícios de equilíbrio em apoio unipodálico, que é um exercício de equilíbrio feito com apoio em um só pé, controlando a postura. Pedi-lhes para que fizessem e, ao final, percebessem a diferença entre os dois lados. Diva compartilhou o que sentia: “sinto mais o pé que ficou no chão”. Ciça acrescentou um comentário, demonstrando conhecimento: “chama propriocepção isso? O Ivaldo Bertazzo usa muito isso”. Cida interrompeu, mencionando sobre sua dificuldade com equilíbrio: “dá muita tontura, né? Eu não tinha, agora tenho [sobre sentir tontura ao fazer exercícios de equilíbrio na ponta dos pés], fico sempre muito arcada para frente”.

Elas realizaram de forma bem mais fácil os exercícios de AP com mobilização de pelve. Ziza falou: “esse dá uma diferença!”. Ceiça concordou e Diva completou: “contraí aqui [mostrando o músculo quadrado lombar na região lateral do tronco, na inclinação lateral da pelve]”. Rachel complementou: “não tem como não contrair o abdome nesse exercício”. Cida brincou: “estou aprendendo a rebolar (risos). Vou sair na escola de samba gente!”.

Quando passei-lhes os exercícios de agachamento com AP, elas confirmaram que estavam fazendo com mais facilidade. Catia exclamou: “tem que segurar! [o AP]”. Diva falou: “você sente até a cabeça do fêmur encaixando”. Catia completou: “eu nem consigo fazer sem contrair o AP, posso não lembrar, mas contraio”. Nessas falas, é possível perceber que estão com mais conhecimento acerca do assoalho pélvico e da postura.

Passei-lhes um exercício novo, em decúbito dorsal [deitadas de barriga para cima], a contração do AP em abertura coxofemoral, na posição de borboleta, que facilita a ação isolada do assoalho pélvico sem ação de coxas e glúteos. Catia comentou: “não pode tirar a coluna do chão, né? Também não dá para deixar de contrair o abdome. Nossa, esse é bem forte, dá para sentir todos os miúdos subirem!” e completou: “dá para sentir o glúteo também”. Ziza falou sobre sua dificuldade nos exercícios: “uma hora eu vou fazer isso”. Posteriormente, fiz o exercício de ponte, que elas executaram com mais facilidade do que na aula anterior. Catia até comentou: “adoro esse exercício”.

Finalizei novamente com relaxamento e, dessa vez, algumas relataram dificuldade em conseguir relaxar. Meire falou: “eu não consigo relaxar, parar de pensar”. Ciça contou: “quando fazia encontro de amigas, na hora do relaxamento, eu caía na gargalhada, não consigo relaxar, só com chá de cidreira” [contando que fazia encontros com um grupo de amigas para tentar trabalhar relaxamento].

## 5.2 O grupo da Paróquia

No grupo da Paróquia, o encontro também foi iniciado retomando o que era AP, a fim de situar as que não tinham vindo no primeiro dia e para verificar o aprendizado das que estavam no segundo encontro. Logo de início, Elida quis ensinar as colegas: “tem que apertar e puxar para dentro [o AP]”. Cida completou: “A maioria não conhece o AP, a não ser as que vieram na primeira aula. Algumas acham que temos dois orifícios, outras três”. Luzia falou: “AP é o chão!”.

Antes de iniciarmos a aula prática, elas trouxeram muitas dúvidas, tanto sobre os exercícios como sobre o que fazer para manter músculos e ossos saudáveis e também para emagrecer. Logo após, parti para a prática dos exercícios, tendo iniciado com percepção dos isquios ao sentar. Elas prestaram muita atenção.

Na parte dos exercícios do assoalho pélvico, retomei como fazer corretamente a contração, de forma isolada. Luli comentou sobre uma atividade que ela faz rotineiramente: “na academia Afromix de dança, a professora ensina errado, porque fala para a gente contrair bumbum, falando que mexe na bexiga”. Respondi: “não, o bumbum é uma coisa, o AP é outra, mas é comum as pessoas fazerem errado”.

Mostro-lhes a postura correta e Luli comenta: “quando você mostra a postura certa, a gente faz assim [e também se corrige]”. Ciça completa: “e é até melhor ficar assim [na postura correta]. Nilda afirma perceber que “a barriga sobe junto [quando contrai AP]”. Ciça brinca: “é bom contrair só o AP porque fica feio ter que fechar a perna para segurar xixi”.

Tal como no grupo da PUC-SP, elas apresentaram dificuldades em sincronizar a respiração com a execução dos movimentos. Nilda comentou: “a gente prende até a respiração”. Ao que eu instruí: “tentem respirar normalmente, sem prender”. Mara respondeu: “é difícil coordenar tudo [respiração, pelve e AP]”. Jacira, mudando o rumo da conversa, mencionou perdas urinárias: “às vezes escapa xixi, qualquer movimento, já sai”. Olivia aproveitou para

falar: “estou com vontade de fazer xixi, mas estou segurando, é bom, né?”, mostrando que estava ativando o assoalho pélvico, percebendo que detinha mais controle da situação.

Passei a sequência dos movimentos; elas faziam atentamente, comentando pouco, concentradas na execução. Essa era uma diferença marcante entre elas e o grupo da PUC-SP, que era muito mais falante, provavelmente por já serem um grupo de convívio, com mais intimidade.

Após o relaxamento, quando abri a roda de conversa e perguntei-lhes o que acharam da aula, elas comentaram bastante. Pareciam ansiosas em conseguirem realizar corretamente os exercícios. Falei: “agora, eu gostaria que vocês me falassem o que acharam dos exercícios, da aula, o que sentiram, como foi fazer”. Ciça começou: “eu achei mais ou menos; gostei da aula, mas meu corpo não responde”. Mara concordou: “eu tento fazer, mas parece que lá embaixo eu não sinto, é meio amortecido, pode ter sido meu fórceps complicado. O exercício não é difícil, mas é difícil perceber se está fazendo certo ou não”. Luzia e Maria Aurora compartilharam da opinião: “é isso que estávamos comentando, que temos dificuldade de saber fazer, que o corpo não responde”. E vieram outras falas a esse respeito. Zena relatou: “minha mente queria fazer, mas meu corpo não”. Luli completou: “eu nem sabia que existia essa região. Eu senti um pouco de dificuldade, toda vez que eu ia fazer, o glúteo ia junto”. Ciça mencionou: “Eu achei ótimo, mas meu corpo não aprende tudo de uma vez, são muitas informações em pouco tempo”.

Percebi que o grupo estava aflito devido à dificuldade de execução dos exercícios. Para elas, unir respiração com ativação de AP e outros movimentos foi tarefa difícil. Elas próprias mencionaram que não tinham a percepção do AP ao fazer os exercícios. Busquei acalmá-las: “não fiquem preocupadas, isso é muito comum. Depois de tantos anos de vida, é a primeira vez que vocês estão mexendo essa região. Não fiquem ansiosas; com a prática, vocês perceberão que fica mais fácil”. Valda respondeu: “eu senti meu corpo mais leve”. Cirleia ponderou: “tudo está de acordo com aquilo que a gente trabalha, mas eu não consigo respirar e fazer o exercício ao mesmo tempo, mas é tranquilo”. Luli, percebendo que teve mais facilidade do que as colegas, afirmou: “eu faço RPG, Yoga, então, meu corpo está preparado para tudo isso”.

No terceiro encontro, antes do início, Luli comentou: “Hoje fechei meu zíper!”.

Perguntei como tinham se sentido após o encontro anterior; se tinham tido dor ou desconforto e se tinham lembrado de realizar os exercícios e prestar atenção na postura. Zena falou: “Senti uma dor aqui na região que mexeu [mostra a pelve]”. Sobre a ativação do AP, Elida comentou: “eu lembrava quando ia abaixar”. E Luli afirmou: “eu lembrava quando as coisas caíam e eu tinha que abaixar para pegar”. Zena falou também sobre estar percebendo melhor o próprio corpo: “estou achando que estou mais perceptiva”. Luzia completou: “me

senti muito bem; me senti assim, tão mais leve”. Luli observou que podia ativar o AP nas atividades que está acostumada a realizar: “eu, agora, consigo fazer; na dança, eu fazia apertando o bumbum, agora consigo fazer só lá embaixo [AP]”. Ciça relatou experiência semelhante: “na nossa aula de dança, eu e a Mara só olhamos uma para outra e fazemos um sinal, para fechar o zíper e apertar lá embaixo”.

Outra questão abordada diz respeito à ação do AP para evitar incontinência urinária, tema que surgiu de modo mais frequente no grupo da Paróquia. Ciça contou: “eu lembrei, fiquei bem, já está fazendo efeito. Essa semana fui em Santo Amaro e achei que não conseguiria segurar o xixi, mas fiz os exercícios e consegui chegar em casa, fiquei feliz”. Olivia compartilhou do progresso obtido: “já senti melhora, comecei a fazer, agora está escapando quase nada [xixi]. Lembrei dos dois, do zíper e do fiofó. Para sentar também, lembrei de sentar nos ossinhos”.

Na parte prática, segui o roteiro, com os mesmos comandos verbais. Elas novamente fizeram os exercícios atentas e comentaram pouco. Após os exercícios em pé, com mobilização da pelve, perguntei-lhes: “Vocês conseguem fazer bem esse movimento, sentem alguma coisa?”. Somente Zena respondeu: “parece que esquenta”. Logo depois dos exercícios de contração sustentada de AP (ficaram 10 segundos mantendo a contração), questionei-lhes novamente como se sentiam. Olivia respondeu: “me sinto mais leve”. Ciça completou: “eu me sinto mais leve, mais chique (risos)”. E Mara falou novamente da aula de dança: “sabe que, na aula de dança, eu e a Ciça lembramos, olhamos uma para outra. Eu ando com vontade de falar isso para as pessoas. Tem gente com vergonha de falar que tem perda de urina”.

Seguimos com os exercícios, de modo que elas pouco comentaram sobre a execução. Depois do relaxamento, questionei-lhes se sabiam da importância de relaxar. Luli mostrou dificuldade: “é bom, mas é difícil desligar”. Finalizei a aula pedindo-lhes para que contassem o que acharam do encontro. Muitas opinaram. Olivia começou: “eu acho que fiz melhor”. Dora: “vou sentir melhor amanhã”. Zena completou: “não achei mais fácil fazer, ainda tenho dificuldade, mas sinto que o processamento da informação é melhor”. Jacira elogiou: “eu achei muito bom”. Olivia percebeu diferenças: “me sinto mais leve e com o abdome mais durinho”. E Cida afirmou: “a aula já está funcionando”.

Ambos os grupos, da PUC-SP e da Paróquia, mostraram dificuldade em sincronizar respiração, postura e assoalho pélvico, sendo a turma da PUC-SP a que apresentou mais queixas a esse respeito. Na Paróquia, elas relataram dificuldade em sentir; em perceber que estavam fazendo a contração do assoalho pélvico. Comentaram que tentavam fazer, mas que parecia que o corpo não respondia aos comandos; não percebiam se a contração estava sendo feita de modo

eficaz. Essa é uma queixa comum entre as mulheres e também uma questão muito debatida entre os profissionais da área de reabilitação do assoalho pélvico. Segundo Brenda de Figueiredo Pinheiro et al. (2012), a função normal dos músculos do assoalho pélvico pode ser definida como a habilidade de realizar uma contração normal ou forte que resulte em um "fechamento circular da vagina, uretra e ânus", mas, na prática clínica, sabe-se que, de 30 a 50% das mulheres, mesmo jovens, são incapazes de contrair seus músculos perineais quando isso lhes é solicitado. Tal fato pôde ser percebido durante as aulas, em razão da dificuldade apresentada em ambos os grupos de reconhecer e de conseguir realizar corretamente a contração do AP.

Dado que em um grupo não há a possibilidade do toque vaginal, como fazemos em consultas individuais, o comando verbal e as dicas de como fazer são fundamentais para que as mulheres consigam executar corretamente a contração. A maneira como se dá a evolução dos exercícios da *Ginástica Feminina* foi pensada justamente para que as mulheres fossem adquirindo gradualmente essa percepção.

### **5.3 Os dois grupos**

Uma diferença que pôde ser notada na dinâmica entre os dois grupos é que, no grupo da PUC-SP, as integrantes eram mais falantes, participando muito das aulas. No grupo da Paróquia, elas realizavam menos comentários durante os exercícios. Isto se deve ao fato de que as mulheres da PUC-SP estão estudando juntas há anos, possuem mais intimidade, o que provavelmente fez com que participassem mais ativamente das aulas. Para elas, se expor diante do grupo era algo natural, algo que faziam rotineiramente. Na Paróquia, muitas não se conheciam e, mesmo se conhecendo, nunca tinham participado juntas de uma atividade que propiciava debates. Provavelmente não se sentiam tão à vontade para dar depoimentos, fazer relatos, ainda mais quando relacionados a uma região pélvica que estava sendo apresentada pela primeira vez a muitas delas.

## **6 QUARTO ENCONTRO DA GINÁSTICA FEMININA: O TEMA DA SEXUALIDADE NA BERLINDA**

Por vários motivos, o tema foco do quarto encontro foi o da sexualidade. Antes do início da prática dos exercícios, levei alguns materiais utilizados na prática clínica para tratar as disfunções do assoalho pélvico, tais como cones vaginais, massageadores e dilatadores vaginais. Haja vista que já estavam mais familiarizadas com o assoalho pélvico – e mais integradas e desinibidas, em decorrência da convivência nos últimos encontros –, esse quarto dia foi muito animado. Senti que as participantes estavam mais à vontade para falar de assuntos que normalmente são tabus, que já tinham aparecido no terceiro encontro do grupo da PUC-SP, mas não tinham emergido no grupo da Paróquia.





sexualidade envolve múltiplos aspectos, mas, nos encontros da *Ginástica Feminina*, a questão física foi trabalhada de modo mais aprofundado, dando o tom da conversa.

## 6.1 O grupo da PUC-SP

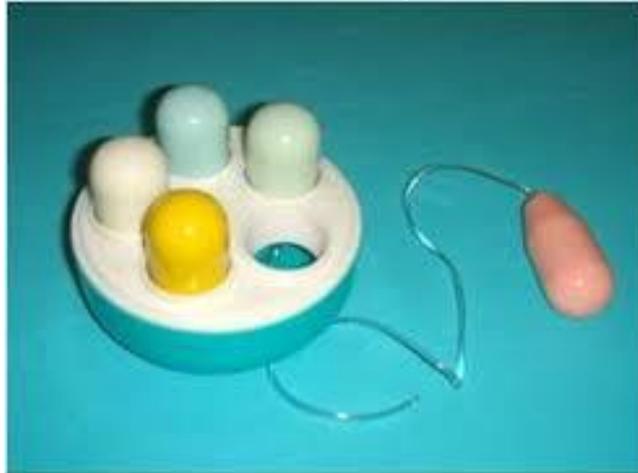
Começarei esta análise com as falas das mulheres do grupo da PUC-SP, principalmente no que se refere à sexualidade. Iniciei a aula apresentando o tema a ser trabalhado: “boa tarde, meninas! Hoje, antes da prática, vou apresentar para vocês uns apetrechos que uso no meu consultório para reabilitação do assoalho pélvico, mas que também podem ser usados para quem não tem problemas, como forma de exercitar e estimular o assoalho pélvico”. Lila logo brincou: “Oba! É aula de sacanagem”. Dani comentou: “Faz tempo que eu não faço isso”.

Antes de começar, algumas fizeram comentários sobre o encontro anterior. Marilsa começou: “a aula passada foi muito interessante; eu queria lembrar dos músculos, mas não lembrei. Fiquei um pouco dolorida, mas é porque eu levanto o bumbum. Ficar dolorida faz parte”. Diva afirmou novamente que percebeu ter ficado mais lubrificada.

Comecei, então, a apresentar os materiais: “Meninas, vou começar com esses pesinhos aqui. São os cones vaginais, são como pesinhos que usamos para exercitar outros músculos, mas vão dentro da vagina; colocamos como se fosse um OB [nome comercial de um absorvente interno]. Variam de 20 a 70 gramas”. Catia perguntou se era realmente igual ao OB, ao que respondi: “sim, mas com peso, a cordinha fica para fora. Então, ele precisa ser sustentado lá dentro. O interessante é que vocês lembram de ‘pisca’ quando fizerem força com o abdome, evitando de escapar, por isso, ele funciona também como um lembrete para contrair o AP quando fazemos aumento de pressão abdominal”. Maria Ana questionou: “quanto tempo fica com isso lá dentro?”. Diva quis saber onde comprava. Lila perguntou se vendia em *sex shop*. Nara estava curiosa: “mas o que faz com isso?”. Aproveitei para explicar o mecanismo de ação: “estimula a contração do AP quando ele está dentro da vagina”. Tita perguntou: “mas não machuca não?”. Esclareci que não, que era tranquilo. Ziza logo falou: “Ah, a ideia é contrair”.

Levei um *kit* para mostrar para elas, com cinco cores diferentes, que representam pesos variados. Nara estranhou e perguntou por que tinham tantos. Respondi: “cada um tem um peso, daí, conforme for ficando fácil, vai evoluindo para o mais pesado’. Elas realmente estavam muito interessadas; aproveitavam para brincar, dizendo que faltava um peso, que alguma delas deveria estar usando, escondendo “lá embaixo”.

Figura 1 - Cones vaginais



Fonte: Fisio 2000 (2013).

Figura 2 - Cone vaginal já inserido



Fonte: Pereira (2014).

Aproveitei a animação em relação aos materiais e apresentei-lhes outro: "Agora, meninas, esse aqui é um massagador perineal". E Ziza, empolgada, comentou: "Isso é um sarro, aula de brinquedinho". Catia continuou: "o efeito colateral deve ser ótimo". Expliquei-lhes como era a utilização: "ele pode ser usado para problemas de dor pélvica, dor vaginal, por isso, tem ponteiros diferentes, dependendo de como queremos usar. Vou passar para vocês testarem. Quando gira, ele vibra". Mais uma vez, elas brincaram bastante, comentando e rindo. Lila falou: "na aula que vem, aula prática, por favor (risos)". Rachel interrompeu a brincadeira e questionou: "esse aqui faz o quê? Terapeuticamente falando?".

Figura 3 - Massageador perineal e ponteiros



Fonte: Pereira (2014).

Continuei lhes apresentando outros materiais: "Agora, as bolinhas tailandesas. Elas são colocadas na vagina e vibram. Pode ser usada para treinar coordenação. Tem mulheres que conseguem 'sugar' e expulsar essas bolinhas". Catia perguntou: "tem que chupar as bolinhas pela vagina?". Confirmei, e elas seguiram comentando. Algumas procuraram relacionar o aprendizado a algo mais médico, terapêutico. Mara perguntou: "Mas isso é para incontinência urinária também?". Lila questionou: "esses aparelhos servem para ajudar a controlar a bexiga? Respondi: "se melhora os músculos, melhora o controle urinário, nesse sentido... também pode ser usado para treinar os músculos. Tem gente que usa para pompoarismo, com conotação mais sexual." Logo, Maria Ana reclamou: "por que ginecologista não fala e não indica isso para a gente?". Concordei, sugerindo que este assunto deveria ser mais discutido.

Figura 4 - Bolinhas tailandesas



Fonte: Mercado Livre (2018).

Por último, apresentei-lhes os dilatadores, que são feitos de material emborrachado, com formato de pênis, de variados tamanhos e com cores diferentes: "Esses aqui são os dilatadores vaginais. Usamos em mulheres com vaginismo ou com dor na penetração. Tem vários

tamanhos, para a mulher ir conseguindo gradativamente a penetração". E elas se divertiram. Catia brincou: "isso é para a gente lembrar como é (risos)". E Meire exclamou: "que horror esse verdinho [o menor de todos]".

Expliquei-lhes o que era vaginismo: "É uma disfunção sexual. São mulheres que não conseguem ter penetração, porque fazem uma contração involuntária dos músculos da vagina, não permitindo a penetração". Meire questionou: "isso é por trauma, não é?". Respondi: "Muitas vezes por questões culturais, religiosas, história de abuso. Então, é complexo, deve ser tratado por uma equipe, com psicólogo, médico e a fisioterapia trata a parte física". As mais falantes já retornaram para a brincadeira. Ziza segurava os dilatadores e suspirava: "Ai ai ai". E Meire falou: "quero mais apetrechos (risos)! Vou fazer umas encomendas" e continuaram a brincar entre si.

Para mudar o teor da conversa, adotei um tom um pouco mais sério: "essa prática de assoalho pélvico é antiga, em certas regiões é muito natural. É aqui, no Ocidente, que não estamos acostumados: os bandhas são da Yoga, são contrações que estimulam os esfíncteres". Maria Ana concordou e fez uma reflexão: "é tanta energia vital nessa região da pelve, que o feto fica aqui, né?".

Figura 5 - Dilatadores vaginais



Fonte: Magazine Médica (2018).

Finalizada a parte dos materiais, fomos para a parte prática, com a realização da mesma sequência dos encontros anteriores, embora acrescentando algumas dificuldades. Nessa aula, também foram abordados assuntos relacionados à sexualidade. A cada encontro, eu percebia que elas se sentiam mais à vontade para compartilhar suas experiências. Catia perguntou, logo no começo da aula: "professora, por que dá câimbra na gente quando está transando?". E Ziza brincou: "tem que comer banana (risos)". Durante os exercícios, elas faziam perguntas sobre respiração, mas falaram mais de sexualidade. Tita comentou: "preciso comprar os cones para usar". Quando sugeri que tocassem o corpo ["para sentirem melhor o assoalho pélvico,

coloquem a mão de leve no púbis durante a execução"], Meire foi logo dizendo: "é só para encostar a mão, viu, gente?". Diva respondeu: "tem que ver se está viva!". E Ciça complementou: "tem que ver se está de pau duro meninas (risos)!". Elas continuaram brincando e Ziza comentou que a colega Tita, que sempre era mais tímida, nesse encontro, estava bem falante: "Tita está possuída hoje". Catia contou também sobre Tita: "ah, ela sempre escreve no grupo [do aplicativo *whatsapp*] pisca, pisca". Rachel completa: "Tita, sossega!". Ziza brincou: "elas estão soltando a franga". O encontro realmente trouxe na pauta das conversas a questão da sexualidade, e elas pareciam animadas em poder falar e brincar abertamente; pareciam confiantes para poder falar, sem preconceitos. No final do encontro, após fazerem bastante exercício, Catia falou: "tem que esperar o marido chegar em casa, fazendo esses exercícios, imagina, peladinha (risos)".

## 6.2 O grupo da Paróquia

Na Paróquia, segui o mesmo roteiro da aula da PUC-SP, porém, antes de mostrar os materiais, percebi que queriam compartilhar o que sentiram após os últimos encontros. Olivia foi a primeira a falar: "eu lembro de contrair os dois (AP e abdome)". Mara completou: "estou contraindo direto, sem parar (risos)". E Elida disse: "eu percebo, agora, como é importante, se não tivesse AP, cairia tudo".

Quando apresentei os materiais, assim como aconteceu no grupo da PUC-SP, elas ficaram muito interessadas. Sobre os cones, Gilda falou: "Isso é muito interessante, você saber o que tem aqui para trabalhar [os músculos do assoalho pélvico]". Tal como ocorreu com as mulheres do grupo da PUC-SP, elas também queriam saber como eram utilizados. Mara perguntou: "ele fica lá dentro? Coloca ele [cone vaginal] e vai fazendo exercício?". Algumas se assustaram. Isaura, ao segurar os cones na mão, exclamou: "Deus me livre!".

Quando lhes mostrei as bolas tailandesas, Elida logo disse: "Meu Deus, tem mais coisa? Vou começar a estudar essas coisas (risos)". Luli comentou: "é estranho colocar isso na gente". Eliza completou: "e é duro, se fosse molinho...". Questionaram se precisaria de lubrificante para o uso, e eu confirmei a informação.

Posteriormente, mostrei o *kit* com massageador perineal. Eliza logo exclamou: "é muito pontudo!". Elida, ao segurá-lo na mão, comentou: "Vixi, o negócio vibra". Mara questionou: "e quem tem ressecamento, como faz? [ao fazer referência ao uso de vibradores]". Expliquei: "o uso de lubrificantes e a prática de exercícios ajudam também a tratar ressecamento". Em relação

ao vibrador, Elida caçoou: "tenho 70 e cassetada, não vibra mais nada (risos)". Mara afirmou: "eu já notei melhora [em relação à lubrificação]". E Luli completou: "eu não sei se estou lubrificada, imagina, não tenho marido". Ainda sobre o massagedor, elas falaram bastante. Mara perguntou: "Pode ser utilizado para outra coisa?". Confirmei que poderia ser usado também para obter prazer, de modo que elas começaram a ficar mais desinibidas. Greice brincou: "e se acostumar com isso e não quiser mais o marido?". Gilda continuou: "eu tinha um desse para colocar pomada na vagina [confundindo com o aplicador de creme vaginal]". Continuaram a comentar e, apesar de parecerem ter ainda algum receio de falar, estavam se sentindo mais à vontade. Mari, receosa, afirmou: "eu não sei se quero pegar nisso". A colega Eli, sentada ao lado, mostrou-se mais segura: "Pensa, o pênis é bem maior que isso, e a cabeça do bebê também".

Mara chamou a atenção para uma questão: "e se a pessoa está no consultório, com você, e se empolga? (risos)". Eu respondi: "no consultório, o contexto é outro, é terapêutico, não há clima para empolgação nesse sentido". Olivia comenta: "isso [AP] faz parte do corpo humano, temos que falar sobre isso". Elida respondeu: "para usar essas coisas, precisa de uma consulta; não dá para enfiar de qualquer jeito".

Depois, fizemos os exercícios, na sequência habitual. Muitas os executaram com mais facilidade e comentaram que estavam os realizando com frequência; que conseguiam pensar mais a respeito da postura e do assoalho pélvico, de modo a conseguir controlar melhor a postura corporal.

### **6.3 Os dois grupos**

Após a explicação acerca dos materiais, momento que possibilitou a conversa sobre sexualidade, as mulheres da Paróquia não falaram mais sobre este tema durante a aula prática, diferentemente do grupo da PUC-SP, que continuava falando sobre o assunto enquanto praticavam os exercícios. As mulheres do grupo da Paróquia entenderam que o uso dos materiais era para a reabilitação e se interessaram bastante, mas não prolongaram a conversa, tal como ocorreu entre as mulheres da PUC-SP. A questão da melhora da lubrificação vaginal apareceu nos dois grupos, mostrando que elas estavam mais conectadas ao assoalho pélvico.

## 7 ÚLTIMO ENCONTRO DA *GINÁSTICA FEMININA*: UM BALANÇO DO APRENDIZADO

O quinto e último encontro foi iniciado com uma roda de conversa sobre as impressões das mulheres a respeito do método *Ginástica Feminina*. Antes dessa roda, solicitei que as mulheres respondessem a um questionário com perguntas sobre conhecimento acerca do assoalho pélvico, percepção da respiração, percepção postural e perdas urinárias e fecais (Apêndice C). No final do questionário, havia uma questão aberta, em que elas podiam registrar críticas, elogios e sugestões sobre os encontros realizados.

As respostas dos questionários de múltipla escolha foram submetidas à análise estatística e estão dispostas na Tabela 9, a qual possibilita comparar os dois grupos, o da PUC-SP (35 mulheres) e o da Paróquia (22 mulheres).

A variável sobre conhecimento do Assoalho Pélvico (AP) apresentou associação estatisticamente significativa entre os dois grupos. Das mulheres do grupo da Paróquia, 70,6% relataram que não sabiam o que era o AP antes de iniciarem os encontros, e, agora, afirmam que sabem, em contraste com 32,4% do grupo da PUC-SP ( $p=0,010$ ). Ou seja, antes do início dos encontros de *Ginástica Feminina*, as mulheres do grupo da Paróquia, se comparadas às do grupo da PUC-SP, tinham menor conhecimento sobre o que é AP.

Outras variáveis mostraram resultados positivos para ambos os grupos: das mulheres que apresentavam perdas urinárias, 32,4% do grupo da PUC-SP e 64,7% do grupo da Paróquia acreditam que melhoraram os sintomas; 61,8% do grupo da PUC-SP e 81,5% do grupo da Paróquia conseguiram perceber e controlar melhor a respiração; 94,1% das mulheres do grupo da PUC-SP e 100% do grupo da Paróquia relataram melhora na postura.

Em relação ao método *Ginástica Feminina*, 71,6% das mulheres sugeriram que as aulas tivessem continuidade; 34,2% consideraram a metodologia ótima ou excelente.

Tabela 9 - Percepções após as sessões de *Ginástica Feminina* entre os grupos

Variáveis	Categorias	Grupos		p*	Total n (%)	
		PUC	Paróquia			
		n (%)	n (%)			
Depois das aulas, você percebeu que:	Não sabia o que era AP, agora sei.	11 (32,4)	12 (70,6)	0,010	23 (45,1)	
	Eu sabia o que era o AP, mas agora conheço mais.	23 (67,6)	5 (29,4)			28 (54,9)
	Nada mudou em relação ao meu conhecimento.	--	--			
Em relação à respiração:	Agora consigo perceber melhor como respiro e controlar a respiração.	21 (61,8)	14 (82,4)	0,301	35 (68,6)	
	Eu já sabia respirar corretamente, mas agora consigo controlar melhor ainda.	12 (35,3)	3 (17,6)			15 (29,4)
	Nada mudou em relação ao meu conhecimento.	1 (2,9)	0 (0,0)			
Em relação à postura:	Melhorei minha postura.	32 (94,1)	17 (100,0)	0,547	49 (96,1)	
	Nada mudou.	2 (5,9)	0 (0,0)			2 (3,9)
Em relação às perdas urinárias e/ou fecais:	Eu não tinha perdas.	19 (55,9)	5 (29,4)	0,089	24 (47,1)	
	Eu perdia e acho que melhorei.	11 (32,4)	11 (64,7)			22 (43,1)
	Eu perdia e continuo na mesma.	4 (11,8)	1 (5,9)			
Total		34 (100,0)	23 (100,0)		57 (100,0)	

\* Qui-quadrado; † teste Exato de Fisher; -- categoria não mencionada.

Fonte: elaboração própria.

### 7.1 Comentários e sugestões sobre o método da *Ginástica Feminina* nos dois grupos

No que concerne à questão aberta constante no questionário final, a qual indagava o que as mulheres participantes tinham achado dos encontros, surgiram muitos comentários. O Quadro 9 apresenta os comentários do grupo da PUC-SP, com as frases transcritas *ipsis litteris*, ou seja, exatamente como foram colocadas no questionário:

Quadro 9 - Comentários sobre as aulas no grupo da PUC-SP

Melhorou muito conhecimento, foi excelente.
Gostei muito, achei ótimo.
Adorei a "cinta" abdominal e o zíper para fechar AP.
Gostei principalmente da professora, pois o assunto não me é muito importante. A professora ama o que faz e procura passar para nós.
Todos os pontos foram positivos. Esse curso com a professora Juliana foi ótimo.
Gostei das aulas práticas.
Gostei muito.
Maravilhosas.
Aula, além de explicativa em vários setores, agradável e divertida. Vários exercícios que nos lembram atitudes que não devemos esquecer.
Adorei as dicas de exercício junto com respiração. A forma didática que foi dado. Parabéns, você é minha top 10. Adorei o aspecto lúdico da aula, assim você possibilita "acordar" a sexualidade.
Gostaria de ter mais aulas.
Alegria, bem-estar, melhorou meu humor e postura.
Gostei das aulas.
Entendimento do funcionamento do corpo, valorização da respiração, aulas práticas.
Está mais que provado que a ginástica, os movimentos só trazem benefícios, não somos estátuas.
Você é linda, expressão corporal 10, didática, sensual.
Estímulo aos exercícios, domínio do tema, liderança e respeito, interação.
Gostei imensamente das aulas e da professora também. Através delas tomei um melhor conhecimento sobre meu corpo.

Fonte: elaboração própria.

A seguir, no Quadro 10, constam os comentários feitos pelo grupo da Paróquia, também transcritos exatamente como se encontravam nos questionários.

Quadro 10 - Comentários sobre as aulas no grupo da Paróquia

Postura melhorou, respiração melhorou, consigo conter a urina, consciência corporal, vida sexual.
Sempre é melhor aprender coisas novas.
Os exercícios são eficazes; senti melhora nas dores na vagina tipo cistite; informação a todas as camadas sociais.
Ótimo.
Muito boa, gostei de tudo que eu aprendi e escutei aqui.
Foi muito bom, divertido e bem explicado.
As informações dadas foram benéficas e ajudou a me conhecer melhor.
Melhorei meu conhecimento, gostei da elegância.
Maravilhoso.
Eu achei bom, melhorei na perda urinária e também na hemorroida.

Muito bom ter participado deste projeto, pois passei a conhecer partes do meu corpo que antes não conhecia, muito obrigada.
---

Foi muito rico e muito bom para mim.
--------------------------------------

Fonte: elaboração própria.

No questionário, havia também a opção de escrever sobre críticas, sugestões e elogios referentes aos encontros e ao método. Seguem, no Quadro 11, algumas das frases das participantes do grupo da PUC-SP.

Quadro 11 - Críticas, sugestões e elogios sobre os encontros no grupo da PUC-SP

O curso é ótimo, a professora idem, poderiam durar mais tempo.
Continuar com as aulas práticas.
Continuar sempre, muito bom o curso.
Exercícios de postura esquelética (pé, perna e joelho).
Deveria ter mais aulas como essa, pois um trabalho longo é mais efetivo.
Período maior de aulas.
Mais vezes por ano (quero novamente no próximo semestre).

Fonte: elaboração própria.

O grupo da Paróquia também trouxe sugestões.

Quadro 12 - Críticas, sugestões e elogios sobre os encontros no grupo da Paróquia

Eu gostaria que pudesse continuar as aulas.
Ter por mais tempo.
Continuar por mais tempo.
Eu gostaria muito de continuar as aulas, mas acabou.
Mais aulas.
Nada, o curso foi ótimo.
Continuar a trazer o trabalho e informação nas classes menos favorecidas.
O curso foi excelente, dinâmico, mas se possível um acompanhamento mais individual seria perfeito.

Fonte: elaboração própria.

No geral, as mulheres parecem ter aproveitado muito o conteúdo dos encontros, mas a maioria considerou cinco semanas pouco tempo e gostariam de ter a possibilidade de prolongar o período de prática. A proposta de cinco semanas foi desenvolvida inicialmente para atender às necessidades dos cursos da Universidade Aberta à Maturidade (UAM), que oferece ao longo dos semestres módulos de estudos com essa duração. Como nosso objetivo principal era o de oferecer educação, percepção e aprendizado em relação ao assoalho pélvico, postura e respiração para as mulheres, por meio dos exercícios do método *Ginástica Feminina*, esse tempo se mostrou suficiente. Logicamente que, para que ocorressem os efeitos fisiológicos do treinamento físico, precisaríamos de mais tempo, mas esse não era nosso objetivo no presente estudo. Futuros grupos, com conteúdo e objetivo semelhantes, podem ser feitos por um período

maior de tempo, de maneira a oferecer efeitos a longo prazo para grupos de mulheres em processo de envelhecimento.

## 7.2 O grupo da PUC-SP

Durante as rodas de conversa, também surgiram falas indicativas da forma como o ciclo de exercícios foi avaliado. Na PUC-SP, elas começaram o encontro questionando a roda de conversa. Luzia falou: "Por que você fez a roda hoje? A gente não vai lá em cima fazer ginástica? [querendo fazer a aula prática na sala do curso de fisioterapia, local em que eram realizados os exercícios]". Respondi: "Vamos fazer essa roda para que eu possa saber o que vocês acharam do curso, o que mudariam; enfim, ouvir a opinião de vocês. Podemos pensar em novos cursos, deem sugestões!". Catia logo falou: "Um dos assuntos poderia ser sexualidade. Esses exercícios, de uma forma lúdica, fazem a gente lembrar que existe lá embaixo".

Questionei o que sentiram no tocante a mudanças no corpo. Bibiana respondeu: "consigo respirar melhor, com esforço". Rachel comentou: "Lembro toda hora de puxar a barriga". E Marilsa concordou: "eu lembro sempre de puxar a barriga e respirar". Catia continuou: "eu gostei muito, fazendo exercícios na academia, uso isso [contração do abdome e do AP]; eu tinha muita dor nas costas, agora, meu abdome está mais forte." E continuou falando da questão da sexualidade: "minha libido aumentou, acho que está mais lubrificado, independente de ter ou não marido (risos)". Ceiça brincou: "Vixi, pior é na hora da saudade" (fazendo referência a não ter marido). E Meire, engatando nesse tema, questionou: "existe algum jeito de ensinar sobre sensualidade, como ser sensual?". Lila gostou da ideia e completou: "tem gente que não consegue mesmo fazer isso, sensualizar".

A aula prática foi uma revisão dos exercícios, acompanhando a cartilha que elas receberam (Apêndice D). Durante os exercícios, as participantes comentavam bastante sobre a maneira de executar os movimentos. A respiração, mesmo após cinco encontros, ainda lhes representava uma dificuldade. Em relação a isso, Catia comentou: "eu prefiro fazer sem associar respiração, senão me embanano".

A percepção da ativação do abdome, como parte de uma postura adequada, pareceu ser um dos pontos fortes do aprendizado delas. Muitas comentavam que passaram a prestar mais atenção na postura e na importância dos abdominais como estabilizadores. Marília realizou um comentário interessante sobre a ativação abdominal: "meu marido falou que minha barriga diminuiu, ele percebeu minha nova postura; achou que eu tinha feito algum tratamento estético".

Quando faziam exercícios mais difíceis de ativação do AP, como agachamentos, por exemplo, elas mostravam que reconheciam bem a região, mas que a contração era feita ainda com dificuldade. Ivani comentou: "parece que não fecho lá embaixo". Tita completou: "esse é bem difícil". Ciça complementou brincando, mostrando habilidade para fazer a contração: "quando eu 'pisco', faz até barulho (risos)".

Na hora do exercício de ponte e da contração do AP com as pernas em abertura de borboleta elas falaram bastante do AP. Ceiça comemorou ao final do exercício: "nossas pelves jamais serão as mesmas (risos)". E, no final da aula, reconheceram algo que, para elas, pareceu bem motivante: "essas aulas foram boas porque falamos muitas coisas sensuais" (Ceiça). Ceiça compartilhou uma experiência: "é mesmo, em uma ginástica que eu fazia, em uma igreja, eu falei para a professora que eu ia abrir as pernas e ela me repreendeu, falou para separar as pernas" [comentando sobre a dificuldade de se abordar, em culturas mais conservadoras, assuntos que, de alguma forma, remetam à sexualidade].

### 7.3 O grupo da Paróquia

Na Paróquia, a sequência do encontro foi a mesma, iniciando com a roda de conversa e, posteriormente, os exercícios, com a prática da apostila que elas levaram para casa para continuarem praticando. Na roda, Zena começou relatando:

Eu gostaria de falar... Eu achei que melhorei minha consciência corporal, a respiração me ajudou. Sou extremamente exigente comigo, e essa *Ginástica* me ajudou muito. Eu tenho uma alteração na visão, de um lado, só tenho 30% e, do outro, não tenho nada. Isso é um problema para mim, eu luto comigo mesma, procuro trabalhar para superar isso, mas não é fácil. Eu melhorei muito, estou me controlando melhor, respeitando meus limites. Vocês trabalharam de forma coletiva, mas respeitando o individual. Isso me ajudou muito. Eu aprendi que, mesmo com toda correria, eu preciso me acalmar. Achei excelente. Na primeira aula, fiquei quebrada, nossa, mas, na segunda, eu já estava melhor, e eu gostei porque me ajudou a buscar equilíbrio, estou mais leve, principalmente comigo mesma. Estou muito feliz.

Mara completou:

Obrigada por nos passar tanta informação, por nos trazer algo a que não tínhamos acesso, que até algumas já tinham ouvido falar, mas que não tinham acesso, pois é caríssimo. Certos objetos que você trouxe, eu nunca vi. Não tinha ideia que aqueles objetos podiam ter aquele uso, é um conhecimento que chegou para nós [referindo-se aos cones, massageadores e dilatadores vaginais].

A questão da sexualidade também foi um tópico que emergiu. Zena comentou:

Nossa geração foi criada muito tímida, não falávamos sobre sexualidade, não se falava sobre isso em casa. E isso é um privilégio, precisamos falar sobre isso com nossos filhos. O que vocês fizeram foi transformador para mim, obrigada por me ajudar a reconhecer e aceitar nosso limite.

O controle postural também foi item comentado. Eli afirmou: "Foi muito bom... mesmo que a gente não controle o tempo todo, no momento que lembra, volta a postura". E Mara completou, mostrando ter entendido a importância do aprendizado e da aplicabilidade na rotina: "O importante é levar para outras coisas, para o dia a dia".

Durante a execução dos exercícios, as participantes mostraram estar mais confiantes. Mara declarou: "agora está bem mais fácil". E Jacira concordou: "antes, quando eu fazia esse exercício e abria a perna, já soltava lá embaixo. Agora, agacho e não abre. E olha que já tomei dois copos de água". Por meio dessa fala, ela demonstra satisfação com a capacidade de ativar o AP para controle urinário. Em algumas falas de conteúdo semelhante, principalmente referente ao grupo da Paróquia, foi possível notar que elas expressavam melhora em relação às perdas urinárias, e essas falas são confirmadas pelos dados comparativos dos questionários inicial e final.

O tema incontinência urinária foi mais debatido no grupo da Paróquia. Elas apresentavam mais perdas antes da realização dos encontros de *Ginástica Feminina*, de maneira que se mostraram mais interessadas nos efeitos dos exercícios para melhorar esses sintomas. As mulheres da PUC-SP também falavam sobre IU, mas com menor frequência. Os dados do questionário inicial mostraram que elas eram menos acometidas de IU do que as mulheres da Paróquia, sendo que o interesse maior era efetivamente pelos exercícios em si e pelas questões ligadas à sexualidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: INDÍCIOS DE RESSIGNIFICAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Nestas considerações, traremos um panorama geral dos indícios de aprendizado adquirido pelas mulheres dos dois grupos analisados. Primeiramente, abordaremos a ressignificação do assoalho pélvico e quatro aspectos a ele relacionados, quais sejam: 1) o reconhecimento desta região do corpo; 2) a forma de se fazer trabalhar essa parte do corpo, ou seja, os exercícios específicos; 3) o AP como forma de tratar a incontinência urinária; e 4) o AP como modo de abordar a sexualidade de mulheres mais velhas.

Posteriormente, traremos a questão da percepção postural, detalhando sua importância e os indícios de que o conhecimento foi incorporado pelas mulheres. Para finalizar, trataremos da possibilidade de utilização do método *Ginástica Feminina* para melhorar a relação das mulheres com o próprio corpo, estimular o autocuidado e a autoestima, promovendo a positividade do envelhecimento.

### **O despertar desse velho desconhecido: o assoalho pélvico**

Após os cinco encontros da *Ginástica Feminina*, tanto as mulheres da PUC-SP, como as mulheres da Paróquia, aprenderam o que é, em que região se localiza e para que serve o assoalho pélvico, de maneira que conseguiram percebê-lo em seus corpos, ainda que de forma gradual e progressiva, ao longo dos encontros. A falta de conhecimento era inicialmente maior no grupo da Paróquia, mas, após a realização da *Ginástica Feminina*, ambos os grupos adquiriram conhecimento consistente e semelhante sobre o tema. Muitas mulheres nunca tinham sequer ouvido falar sobre a localização e as funções dessa parte específica do corpo. Parece estranho pensar que mulheres mais velhas, não virgens, que já engravidaram e pariram, nunca tenham prestado atenção em seus períneos. Algumas de suas falas nos remeteram a esse desconhecimento; tanto as respostas dos questionários como os depoimentos mostraram que, após os encontros, 100% das mulheres passaram a saber o que é o assoalho pélvico, inclusive utilizando esse termo em algumas de suas falas. Isso mostra, portanto, que modelos semelhantes ao utilizado nessa pesquisa podem ser reproduzidos como estratégia de promoção de conhecimento do assoalho pélvico, tanto para mulheres idosas como também para mulheres de outras faixas etárias.

### **Os exercícios: aprendendo a perceber e ativar o assoalho pélvico**

Nos primeiros contatos com o método, a execução do movimento correto dos músculos do assoalho pélvico parecia difícil para a maioria das participantes, elemento que, nos dois grupos, foi evidenciado por meio das falas. No entanto, tendo se dado de forma mais marcante no grupo de mulheres da Paróquia, que verbalizaram a dificuldade em perceber se estavam realizando corretamente o movimento. A repetição dos exercícios, de forma gradual, ao longo dos encontros, permitiu o aprendizado, que foi verificado conforme elas relatavam que estavam sentindo a ativação do AP nos mais variados movimentos feitos durante as aulas práticas. Algumas mulheres reportavam que já haviam conseguido replicar o aprendizado, tendo inserido a contração em situações de rotina, como por exemplo, ao abaixar para pegar algo no chão.

A respiração associada à ativação do assoalho pélvico foi um ponto de grande dificuldade. Muitas, antes de participarem dos encontros, não prestavam atenção à respiração, e associar essa ação à ativação do AP representou uma dificuldade a mais. De fato, é realmente um aspecto difícil, que requer prática e repetição para que haja o aprendizado. Mas, ao falarem da dificuldade, elas mostravam o esforço e o interesse em tentar executar corretamente, um fator positivo, que mostra que elas estavam conectadas ao corpo e com a percepção aguçada em relação a essa região.

### **O despertar do assoalho pélvico como um atalho para abordar e tratar a incontinência urinária (IU)**

Nos capítulos iniciais da presente tese, foi discutida a alta prevalência de Incontinência Urinária (IU) em mulheres mais velhas, bem como as altas chances de melhora ou de foi discutida cura por meio de exercícios específicos para o assoalho pélvico. Muitas das participantes desse estudo apresentavam incontinência urinária, o que se encontra de acordo com resultados de pesquisas epidemiológicas em todo o mundo.

Despertar o assoalho pélvico e descobrir como exercitá-lo pode ser uma forma de mostrar para mulheres idosas que a IU não deve ser encarada como um processo natural do envelhecimento, pois ela pode ser tratada. Os exercícios, por recomendação de consensos de especialistas, devem constituir o tratamento indicado como primeira opção, pois são eficazes, baratos, fáceis de fazer e não causam efeitos colaterais. As mulheres aqui estudadas, em poucos encontros, verbalizaram ter percebido melhora na capacidade de controlar suas bexigas,

utilizando os músculos do assoalho pélvico como ferramenta. Se pensarmos em promoção de saúde, modelos de atendimento semelhantes ao que foi aqui aplicado podem ser usados, contemplando muitas mulheres, de forma eficaz, com baixo investimento e fácil aplicabilidade.

### **O despertar do assoalho pélvico como caminho para redescobrir a sexualidade**

Falar de sexualidade com idosos é um desafio, é uma quebra de tabus. Há na sociedade a ideia errônea de que a velhice seja uma fase assexuada. Se buscamos o significado de sexualidade, vemos que não há idade certa para que ela ocorra, já que a sexualidade é a maneira como uma pessoa se expressa, por meio de gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, da vestimenta, dos acessórios, dos perfumes (RIBEIRO, 2002).

Percebemos aqui que sexualidade não tem a ver exclusivamente com o coito, com penetração, pênis, vagina e ânus, podendo ser expressa de variadas formas. Gerson Lopes (1993) assevera que, mesmo com as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, a maior parte dos idosos é totalmente capaz de manter relações sexuais e sentir prazer, tal como as pessoas mais jovens. A idade não necessariamente dessexualiza a pessoa, e a qualidade da resposta sexual pode até melhorar, haja vista que as experiências de vida tornam o idoso mais maduro, selecionando e valorizando as relações que quer ter. Prejuízos da resposta sexual podem ocorrer se existir algum problema de ordem física, cultural ou psicossocial, de modo que o tratamento envolve encontrar as reais causas, com abordagem multiprofissional.

A maneira como mulheres idosas lidam com emoções e sentimentos relacionados à sexualidade depende do conhecimento que elas têm de sua própria sexualidade e também dos tabus que introjetaram ao longo da vida, de acordo com a cultura, religião e ensinamentos sob os quais foram socializadas. A falta de comunicação constitui um dificultador para que pessoas de mais idade encarem a sexualidade, pois eles não têm o hábito de falar sobre suas dificuldades, satisfações e insatisfações. Esse silêncio torna-os inseguros, tanto em relação aos seus parceiros, quanto à família e aos próprios profissionais de saúde que os atendem (SOUZA, 2009).

Os encontros da *Ginástica Feminina*, ao promover estímulo em relação à percepção do assoalho pélvico, propiciaram um atalho para que a sexualidade pudesse ser debatida e comentada; as mulheres de ambos os grupos puderam pensar sobre essa questão. Algumas puderam perceber no próprio corpo algumas sensações, tais como aquecimento da região perineal durante os exercícios e aumento da lubrificação vaginal após as práticas. Outras pediram dicas de como "ser sensual", ou como "sensualizar", referindo-se justamente a

comportamentos e não propriamente ao ato sexual. Esses aspectos reforçam a ideia que modelos de encontros em grupo devem ser estimulados e vivenciados visando à promoção de um envelhecimento positivo, que estimule a comunicação, o conhecimento e o debate sobre todos os aspectos que envolvem o processo de envelhecimento, dentre eles, a sexualidade.

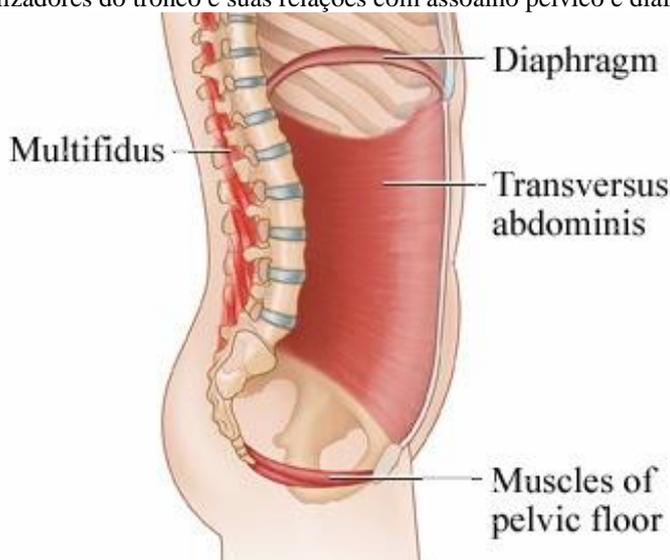
### **A postura: autopercepção e autocuidado**

A atenção em relação à postura foi um ponto forte dos encontros. Por meio das falas das mulheres, pudemos perceber que elas conseguiram replicar as dicas e as novas atitudes posturais no dia a dia, principalmente no que se refere ao controle dos músculos abdominais. A analogia da "cinta" e do "zíper" para se referir à ação dessa musculatura pareceu ser um facilitador, pois elas reproduziam esses termos sempre que se referiam à ativação abdominal.

Quando mencionamos a "cinta" e o "zíper", estávamos nos referindo aos músculos profundos do tronco, que são os oblíquos internos, o transverso abdominal e os multífidos, que possuem um importante papel na estabilização da coluna lombar e da cintura pélvica (GRANATA; WILSON, 2001). Sem estabilização, problemas como dores lombares podem acontecer. Esse fato foi demonstrado por Paul Hodges e Carolyn Richardson (1996), que verificaram que nos indivíduos sem lombalgia, o músculo transverso do abdome é ativado antes do início dos movimentos de pernas e de braços, como forma de estabilizar o tronco, ao contrário do que ocorre com indivíduos com lombalgia, que têm um atraso na ativação muscular, ou uma incoordenação. Por isso, ativar esse músculo é tão importante, tanto para prevenir problemas de coluna como para promover boa postura. Somado a isso, sabemos que os músculos do assoalho pélvico também fazem parte desse mecanismo de estabilidade do tronco, possuindo função interdependente com os músculos supracitados (Figura 6).

Durante os encontros da *Ginástica Feminina*, as mulheres foram treinadas a ativar esses músculos, juntamente com a respiração e a ativação do AP, melhorando a postura de forma integrada. Por meio dos relatos analisados, há indícios que essa percepção postural realmente tenha ocorrido.

Figura 6 - Estabilizadores do tronco e suas relações com assoalho pélvico e diafragma respiratório



Fonte: Resolution physiotherapy & IMS Clinic (2018).

Os resultados da presente pesquisa nos permitem afirmar que encontros em grupo, coordenados por profissionais habilitados, feitos de forma frequente, com informações teóricas e exercícios práticos, tais como os da *Ginástica Feminina*, podem constituir uma estratégia eficiente de promoção de saúde para mulheres em processo de envelhecimento. Conhecer melhor o próprio corpo, perceber melhor a postura e aprender a função, localização e ação do assoalho pélvico pode incentivar mulheres de mais idade a pensar sobre sua sexualidade, prevenir e mesmo tratar incontinência urinária.

Podemos afirmar, também, que iniciativas como essa podem ser consideradas práticas que promovem um envelhecimento positivo. A convivência entre o grupo promove socialização, troca de experiências e aumenta o conhecimento de quem participa, fatores importantes para melhora da autoestima e busca por novos propósitos de vida. Em uma fase do ciclo de vida que, muitas vezes, é encarada apenas como decadente, é possível e necessário mudarmos os repertórios, positivando-os sempre que possível.

Parte da produção de conhecimento elaborada durante a pesquisa de doutorado foi transformada em artigo, aceito para publicação em outubro de 2018, intitulado “Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos”. O artigo possui autoria de Juliana Schulze Burti, Sueli Marino, Juliana Cruz e Mary Jane Paris Spink, e será publicado no v. 12, n. 1, janeiro/abril de 2019, da Revista Saúde e Pesquisa, ISSN 1983-1870 (impresso) e ISSN 2176-9606 (*on-line*).

## REFERÊNCIAS

- ALVES, F. et al. A pelvic floor muscle training program in postmenopausal women. A randomized controlled trial. *Maturitas*, v. 81, n. 2, p. 300-305, 2015.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE STAND - ACSM. The Recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Med. Sci. Sport Exercise*, p. 265-274, 1990.
- ASHTON-MILLER, JAMES A.; DELANCEY, JOHN OL. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1101, n. 1, p. 266-296, 2007.
- BAIER, K. *Iyengar and the Yoga Tradition*. BKS Iyengar Yoga Teachers' Association New Magazine Winter, 1995.
- BALTES, P.; FREUND, A.; LI, S. C. The psychological science of human ageing. In: JOHNSON, M. L.; BENGTSON, V. L.; COLEMAN, P. G.; KIRKWOOD, T. B. L. (Eds.). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 47-71.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BLESSMANN, E. J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Revista do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004.
- BOURDIER, Pierre. *A Dominação Masculina*. Tradução Maria Helena Kühner. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BURTI, J. S. *Ginástica Feminina: do assoalho pélvico à postura ideal*. 1. ed. São Paulo: CRV, 2017.
- \_\_\_\_\_ et al. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Archives of gerontology and geriatrics*, v. 54, n. 2, p. e42-e46, 2012.
- CERRUTO, M. A. et al. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urologia internationalis*, v. 90, n. 1, p. 1-9, 2013.
- DANTAS, T. H. M. Avaliação da funcionalidade em mulheres com incontinência urinária. 2018. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2018. Disponível em:  
<[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25213/1/ThaissaHamanaDeMacedoDantas\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25213/1/ThaissaHamanaDeMacedoDantas_DISSERT.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, E. J. C.; HABÉE-SÉGUIN, G. M. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* v. 14, n. 5, May, 2014.

FARIA, C. A. et al. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 1, p. 17-25, 2014.

FELTRIN, R. B.; VELHO, L. Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro. *Sexualidad, Salud e Sociedad*, n. 22, p. 148-174, abr. 2016.

FIN, T. C. et al. Estética e expectativas sociais: o posicionamento da mulher idosa sobre os recursos estéticos. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 18, n. 4, p. 133-149, 2015.

FISIO 2000. *Website*, 2013. Disponível em: <<http://www.fisio2000.com.br/?p=2528#.W-I3GdVKjIU>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

FRENCH, B. et al. Combined conservative interventions for urge, stress or mixed incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, Issue 12, 2010.

GARCIA, Tomás Ibáñez. "O 'giro linguístico'". In: IÑIGUEZ, Lupicínio (Org.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 19-49.

GOLDENBERG, Miriam. Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Contemporânea*, ed.18, v. 9, p. 77-95, 2011.

GOMES, A. C. S.; LODOVICI, F. M. M.; FONSECA, S. C. Envelhecimento? O que temos com isso? Algumas considerações sobre o contexto do envelhecimento na sociedade atual. *Revista Portal de Divulgação*, n. 51, 2017.

GRANATA, K. P.; WILSON, S. E. Trunk posture and spinal stability. *Clinical biomechanics*, v. 16, n. 8, p. 650-659, 2001.

GUARISI, T. et al. A. Procura de Serviço Médico por mulheres com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 23, n. 7, p. 439-443, 2001.

HODGES, P. W.; RICHARDSON, C. A. Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain: a motor control evaluation of transversus abdominis. *Spine*, v. 21, n. 22, p. 2640-2650, 1996.

\_\_\_\_\_; SAPSFORD, R.; PENGEL, L. H. M. Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *Neurourology and urodynamics*, v. 26, n. 3, p. 362-371, 2007.

IÑIGUEZ, L. Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era "post-construccionista". *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, v. 1, n. 8, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo 2010*. v. 15, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. *Definição e Metodologia de Cálculo dos Indicadores e Índices de Desenvolvimento Humano e Condições de Vida*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

JANSSEN, C. C. M.; LAGRO-JANSSEN, A. L. M.; FELLING, A. J. A. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. *BJU international*, v. 87, n. 3, p. 201-206, 2001.

LANGONI, C. S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014.

LOPES, G. *Sexualidade humana*. São Paulo: Ed. Medsi, 1993.

MAGAZINE MÉDICA. *Website*. Dilatadora Vaginal Absoloo, 2018. Disponível em: <<https://magazinemedica.com.br/produtos/dilatadora-vaginal-absoloo/>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MENEGON, V. *Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano*. 1998. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17244>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MERCADO LIVRE. *Website*, 2018. Disponível em: <<https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-714743269-conjunto-2-bolinhas-ben-wa-lilas-JM>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MOREIRA, J. O.; SILVA, J. M. A imagem corporal e o envelhecimento na perspectiva de professores de uma universidade brasileira. *Salud & Sociedad*, Antofagasta, v. 4, n. 2, p. 136-144, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-74752013000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

PAIVA, L. L.; FRASSON, A. L. Reflexões sobre menopausa, incontinência urinária, sexualidade e envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 743-757, 2014.

PEREIRA, M. B. *Website*. Cones vaginais, 2014. Disponível em: <<http://moniquefisio.blogspot.com/2014/02/cones-vaginais.html>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PINHEIRO, B. F. et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. *Fisioterapia em movimento*, v. 25, n. 3, p. 639-648, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502012000300019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000300019&lng=en)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PRINCÍPIO. *Website*, 2002. Disponível em: <<http://principio.org/so-paulo-agosto-de-2002-apresentaco.html?page=2>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PY, L.; SCHARFSTEIN, E. A. Caminhos da maturidade: representação do corpo, vivência dos afetos e consciência de finitude. In: NERI, A. L. *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. São Paulo: Papirus, 2001. p. 117-150.

RASERA, E.; GUANAES-LORENZI, C.; CORRADI-WEBSTER, C. Pesquisa como prática social: o pesquisador e os “outros” na produção do conhecimento. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, v. 16, n. 2, p. 325-347, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53746594014>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 18, s. 5, 2003.

RESOLUTION PHYSIOTHERAPY & IMS CLINIC. *Website*. Pelvic Health Physiotherapy, 2018. Disponível em: <<http://www.resolutionclinic.com/pelvic-health-physiotherapy/>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. In: NETTO, M. P. *Gerontologia*. São Paulo: 2002.

ROSSETTI, S. R. Functional anatomy of pelvic floor. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, v. 88, n. 1, p. 28-37, 2016.

SALGADO, C. D. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SAMPSELLE, C. M. et al. Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. *International urogynecology journal*, v. 16, n. 6, p. 441-446, 2005.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

SILVA, L. W. S. et al. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 20, n. 1, p. 221-238, mar. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/33495>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

SOUZA, C. E. C. et al. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós menopausa. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 13, n. 6, p. 535-41, 2009.

SOUZA, R. M. Sexualidade na terceira idade. *Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 65-71, 2009.

SPINK, M. J. P. O sentido da doença: a contribuição dos métodos qualitativos na pesquisa sobre o câncer. In: GIMENEZ, Maria da Glória (Org.) *A mulher e o câncer*. Campinas: Editorial Psy, 1997.

\_\_\_\_\_ (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo. Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_ et al. *A produção social de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: ABRAPSO/Centro Edelstein, 2014. Disponível em: <[http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK\\_A\\_producao\\_de\\_informacao.pdf](http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_A_producao_de_informacao.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2016.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VILHENA, J.; ROSA, C. O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 9-19, agosto, 2016.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **Os sentidos da *Ginástica Feminina* para mulheres vivenciando a terceira idade**, realizada por Juliana Schulze Burti, aluna de Doutorado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mary Jane Spink.

Os objetivos dessa pesquisa são:

- Apresentar o método *Ginástica Feminina*, constituído de exercícios de percepção corporal, respiração, resistência e força muscular associados ao treinamento do assoalho pélvico;
- Verificar se a aprendizagem dos exercícios do método *Ginástica Feminina* podem modificar os sentidos produzidos sobre si mesmas, o corpo e a sexualidade em mulheres na terceira idade, bem como os impactos do treinamento na qualidade de vida desse grupo.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidada a participar de 5 encontros de *Ginástica Feminina* com a duração de 90 minutos cada. Serão feitas duas rodas de conversa, uma no primeiro e outra no último encontro, e diário de campo ao longo dos encontros. Nas rodas serão oferecidas informações sobre o método e sobre as transformações que ocorrem no corpo com o processo de envelhecimento e será oferecida a oportunidade das participantes exporem suas opiniões. Essas entrevistas e falas serão gravadas e depois transcritas pela pesquisadora e serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa. Solicitaremos também que você responda a algumas perguntas e questionários com dados clínicos e pessoais. Sua identidade será mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, algumas questões podem lhe trazer certo desconforto ou incômodo, em virtude dos temas a serem abordados. Caso haja necessidade, você poderá entrar em contato com os/as pesquisadores/as.

Dados da Pesquisador(a)

Nome: Juliana Schulze Burti Assinatura \_\_\_\_\_

Endereço para contato

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Tel. (11) 3670-8520

E-mail: pssocial@puccsp.br

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Os sentidos da *Ginástica Feminina* para mulheres vivenciando a terceira idade.

Declaro que os objetivos e detalhes desse estudo foram explicados, conforme seu texto descritivo. Entendo que não sou obrigado a participar do estudo e que posso descontinuar minha participação, a qualquer momento, sem ser em nada prejudicado.

Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros será garantida. Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com o pesquisador.

Nome do pesquisado:

Nome:

RG:

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.

Assinatura:

Testemunha:

Nome:

RG:

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.

Assinatura:

Pesquisador:

Nome:

RG:

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.

Assinatura:

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO INICIAL - ANTES DA PRÁTICA DA GINÁSTICA FEMININA**

Questionário – *Ginástica Feminina* – Prof.<sup>a</sup> Juliana Schulze Burti      Data:

**Dados Pessoais**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_

**Dados clínicos**

Possui alguma das doenças abaixo? Assinale as que você possui:

Diabetes ( )      pressão alta ( )      derrame/AVC ( )

Problemas neurológicos ( )      problemas cardíacos ( )

Osteoporose ( )      problemas na tireoide ( )      problemas ortopédicos ( )

Problemas emocionais ( )

Se você assinalou problemas neurológicos, ortopédicos e/ou emocionais descreva quais são?

\_\_\_\_\_

Toma medicamentos? Assinale os que você toma:

Diabetes ( )      Pressão ( )      colesterol ( )

Coração ( )      tireoide ( )      psiquiátricos ( )

Calmanes ( )      incontinência urinária ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

**História médica:**

Cirurgias anteriores? ( ) sim ( ) não

Quais? \_\_\_\_\_

Acidentes/fraturas/traumas? ( ) sim ( ) não

Quais? \_\_\_\_\_

Tem dor no corpo? ( ) sim ( ) não

Caso sim, onde? \_\_\_\_\_

Assinale o quanto essa dor te incomoda.

0 (nada) \_\_\_\_\_ 10 (muito)

**História obstétrica**

Gestações? ( ) sim ( ) não

Quantas? \_\_\_\_\_

Partos? ( ) sim ( ) não

Quantos? \_\_\_\_\_

Coloque a quantidade ao lado de cada procedimento abaixo:

Cesárea ( ) normal ( ) fórceps ( ) episiotomia ( )

Abortos? ( ) sim ( ) não

Quantos? \_\_\_\_\_

**Dados urológicos**

Perde urina? ( ) sim ( ) não

Caso sim, como perde?

( ) tosse/espirro/risada ( ) perco antes de chegar ao banheiro

( ) perco dormindo ( ) perco sem perceber

Quanto perde de urina?

( ) gotas ( ) colher de chá ( ) colher de sopa ( ) meio copo ( ) um copo

Acorda muito a noite para urinar? ( ) sim ( ) não

Caso sim, quantas vezes?

Vai mais que 8 vezes ao banheiro fazer xixi durante o dia? ( ) sim ( ) não

Usa absorvente para evitar milhar a roupa? ( ) sim ( ) não

Caso sim, qual tipo e quantos por dia?

Tem uma vontade urgente, forte, repentina e inadiável de ir fazer xixi?

( ) sim ( ) não

**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO FINAL - APÓS AS AULAS DA GINÁSTICA FEMININA****Dados gastrintestinais**

Tem intestino preso? ( ) sim ( ) não

Tem escapes de fezes? ( ) sim ( ) não

Caso sim, com que frequência?

Diariamente ( ) 3 vezes por semana ( ) 1 vez por semana ( ) raramente ( )

**Sexualidade**

Tem vida sexual ativa? ( ) sim ( ) não

Caso sim:

Frequência: \_\_\_\_\_x/semana \_\_\_\_\_x/mês

Tem orgasmo ( ) sim ( ) não

Tem dor ( ) sim ( ) não

Tem desejo ( ) sim ( ) não

Tem falta de lubrificação ( ) sim ( ) não

**Hábitos**

Fuma ( ) sim ( ) não

Álcool ( ) sim ( ) não

Restrição alimentar? Qual? \_\_\_\_\_

**Atividade Física e corpo**

Você faz atividade física? ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

-

Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

Nome:

1) Depois das aulas do método *Ginástica Feminina*, o que você pode perceber?

- não sabia o que era assoalho pélvico, agora eu sei
- eu sabia o que era assoalho pélvico, mas agora conheço mais sobre ele
- nada mudou em relação ao meu conhecimento do assoalho pélvico

2) Em relação à respiração

- agora consigo perceber melhor como respiro e como controlar a respiração
- eu já sabia respirar corretamente, mas agora consigo controlar melhor ainda
- nada mudou em relação ao meu conhecimento da minha respiração

3) Em relação à consciência corporal

- melhorei minha consciência corporal
- nada mudou

4) Em relação à postura

- melhorei minha postura
- nada mudou

- 5) Em relação às perdas urinárias e/ou fecais
- ( ) eu não tinha perdas
  - ( ) eu perdia e acho que melhorei
  - ( ) eu perdia e continuo na mesma

Caso tenha melhorado escreva aqui o que:

-----

- 1) Em relação às dores
- ( ) eu não tinha dores antes das aulas
  - ( ) eu tinha dores e melhorei
  - ( ) eu tinha dores, mas continuo na mesma

Assinale o quanto essa dor te incomoda.

0(nada)-----10(muito)

Se desejar, escreva sobre os pontos positivos das aulas.

-----

Quais sugestões você daria para melhorar o curso?

-----

## APÊNDICE D - APOSTILA DE EXERCÍCIOS DA GINÁSTICA FEMININA



### APOSTILA DE EXERCÍCIOS GINÁSTICA FEMININA

Profa. Ms. Juliana Schulze Burti

### Atenção

- Só faça exercícios com aval médico, se estiver com a saúde em dia
- Não ultrapasse seus limites, se sentir dor pare e não insista
- Procure fazer os exercícios com calma, sentindo seu corpo e concentrando-se na execução dos movimentos
- Boa sorte!!!!

### Parte 1

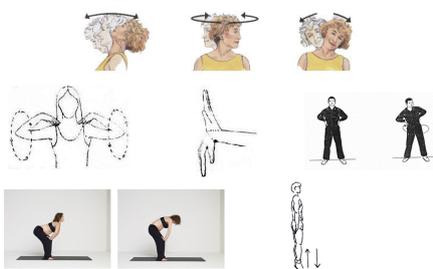
Aquecimento:

Nessa parte vamos mexer as principais articulações, lubrificando-as e preparando o corpo para a parte principal.

Não deixem de fazer!!!!!!

### Aquecimento

fazer 10 movimentos de cada exercício



### Parte principal

- Nessa parte faremos exercícios para o corpo todo
- Procurem sempre lembrar da boa postura
- Lembrem-se sempre de associar a respiração e as contrações do assoalho pélvico
- E não esqueçam de ativar a “cinta abdominal”
- Faça de 5 a 10 repetições de cada exercício

### Em pé – assoalho pélvico (AP) isolado

Mantenha o alinhamento postural

Inspire e ao expirar faça um movimento de fechamento e elevação do ânus, ao mesmo tempo que “fecha” a cinta abdominal

Cuidado para não forçar os glúteos ao invés do assoalho pélvico

Faça de 5 a 10 repetições



### Em pé – assoalho pélvico (AP) com mobilização da pelve



Com joelhos semi-fletidos fazer movimentos para frente e para trás com a pelve. Para trás inspirar com AP relaxado. Expirar levando a pelve para frente contraindo juntamente o AP. Faça 10 vezes lentamente. Depois mobilize a pelve lateralmente. Cada vez que levar a pelve para a direita contraia o AP, no centro relaxe e ao levar a pelve para a esquerda contraia. Faça 10 movimentos completos. No final faça movimentos circulares contraindo o AP quando a pelve vai para frente (expirando) e relaxando atrás (inspirando). 10 vezes

### Em pé – assoalho pélvico (AP) com agachamento em abertura



Em pé, com as pernas afastadas e pés voltados para fora, alinhados com o joelho. Inspire crescendo a coluna e ao expirar faça uma contração do AP com ativação da cinta abdominal. Flexione os joelhos agachando, sem soltar AP e abdome. Fique alguns segundos embaixo mantendo AP e abdome contraídos. Estique os joelhos, retornando à posição inicial e relaxe o AP quando chegar em cima. Faça de 5-10 vezes.

### Sentada – mobilização da coluna com abdome e AP



### Em 4 apoios – exercício do gato com abdome e AP



- Inspirar olhando para frente, alongando a coluna e relaxando AP e abdome
- Ao expirar contrair AP e abdome (zíper), curvando a coluna, olhando para o umbigo
- Fazer de 5 a 10 movimentos

### Deitada – contração isolada do AP



- Inspirar profundamente
- Expirar lentamente, abaixando o tórax, depois fechando costelas e por último baixando o abdome
- Na sequência contraia e eleve seu AP segurando por 5 segundos. Relaxe e repita de 5 a 10 vezes
- Na mesma posição, com respiração livre faça 10 contrações rápidas

### Relaxamento



- Procure reservar sempre um tempo para relaxar.
- Com as pernas elevadas há estímulo ao retorno venoso
- Inspire e expire profundamente, ampliando e retraindo caixa torácica e abdome
- A cada expiração relaxe mais o corpo e tente manter os pensamentos longe, focando a atenção no corpo e na respiração
- Tente ficar assim por 5 minutos

APÊNDICE E - CAPA DO LIVRO “GINÁSTICA FEMININA: DO ASSOALHO PÉLVICO À POSTURA IDEAL”

