

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE - CEFID
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

RODRIGO DE ROSSO KRUG

**IDOSAS LONGEVAS INATIVAS FISICAMENTE: PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS
E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA**

FLORIANÓPOLIS-SC

2012

RODRIGO DE ROSSO KRUG

**IDOSAS LONGEVAS INATIVAS FISICAMENTE: PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS
E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ciências do Movimento Humano, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientadora: Dra. Giovana Zarpellon Mazo

FLORIANÓPOLIS-SC

2012

RODRIGO DE ROSSO KRUG

**IDOSAS LONGEVAS INATIVAS FISICAMENTE: PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS
E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ciências do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano na área de Atividade Física e Saúde.

Banca Examinadora

Orientadora: _____

Doutora Giovana Zarpellon Mazo - Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro: _____

Doutor Sebastião Gobbi - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Membro: _____

Doutor Rodrigo Otávio Moretti-Pires - Universidade Federal de Santa Catarina

Membro: _____

Doutor Fernando Luiz Cardoso - Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro: _____

Doutora Andréia Pelegrini - Universidade do Estado de Santa Catarina

Florianópolis-SC, 27 de fevereiro de 2012.

Dedico este trabalho a meus pais, Hugo e Marília, que sempre acreditaram no meu potencial como profissional de Educação Física, investindo no meu ensino e aperfeiçoamento. Dedico também a minha esposa Moane, que sempre esteve ao meu lado durante a minha caminhada, na Graduação, Especialização e agora no Mestrado. Essas pessoas são fundamentais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Para realizar este trabalho, tive a colaboração de muitas pessoas.

Sendo assim, primeiramente agradeço aos idosos longevos que participaram deste estudo.

Agradeço também à professora e colega de trabalho Marize Amorim Lopes, pela grande ajuda na coleta de dados e pelas conversas e orientações, que foram fundamentais para a elaboração do estudo.

Agradeço aos colegas do GETI/LAGER, pela companhia durante estes dois anos de convivência, principalmente à acadêmica Enaiane Cristina Menezes, bolsista vinculada à dissertação e aos colegas de pós-graduação Giovane Pereira Balbé, Janeisa Franck Virtuoso, Márcia Zanon Benetti, Mauren da Silva Salin e Cínara Sacomori, pelos ensinamentos a mim repassados, pelas conversas e pela amizade.

Faço um agradecimento especial para minha professora orientadora Giovana Zarpellon Mazo, que confiou em meu potencial ao me oportunizar este momento especial que é o Mestrado, por me apresentar o tema “idosos longevos”, pelas orientações, ensinamentos e outras oportunidades que essa grande professora me concedeu.

Gostaria de agradecer também aos membros da banca, professores Sebastião Gobbi, Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Fernando Luiz Cardoso e Andréia Pelegrini, pelo tempo e dedicado a este estudo.

Agradeço a meus amigos que me acolheram em Florianópolis, Márcio (Seco), Claudete, Fabiano (Coxa), Sharon, Giovane, Luciane, Feliciano, Jaqueline e Jamile, que, nos momentos difíceis, sempre estavam disponíveis para uma conversa e um churrasquinho gaúcho.

Para finalizar, agradeço a meus familiares: meu Pai Hugo, minha Mãe Marília, minha esposa Moane, meus sogros Moacir e Rejane, meu cunhado Júnior e sua esposa Franciele, e minha afilhadinha Maria Eduarda, que são as pessoas em que eu me inspiro para continuar nesta caminhada. Agradeço especialmente a meus pais que são meus primeiros orientadores na profissão, meus ídolos, que até hoje trabalham e se dedicam para que eu possa continuar estudando. E agradeço muito, mas muito mesmo, à minha esposa, noiva, namorada, colega, orientadora, orientanda, parceira, torcedora, Moane. Amo todos vocês!!!

RESUMO

KRUG, Rodrigo de Rosso. **Idosas Longevas Inativas Fisicamente: Percepção das Barreiras e Facilitadores para a Prática da Atividade Física**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano – Área: Atividade física e saúde) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, Florianópolis, 2012.

Objetivou-se, nesta pesquisa, analisar as percepções quanto às barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física das idosas longevas inativas fisicamente, participantes dos Grupos de Convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC. Este estudo ocorreu em dois momentos: no primeiro, descritivo epidemiológico transversal, envolvendo 351 pessoas com 80 anos ou mais de idade frequentadoras dos 102 grupos de convivência do Município; e no segundo, qualitativo participante, envolvendo 30 idosas longevas inativas fisicamente, que participaram de 5 grupos focais, um para cada região da cidade (Centro, Leste, Sul, Norte e Continente). Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista estruturada, contendo: os dados sociodemográficos e de condições de saúde, o Questionário Internacional de Atividade Física, versão longa e adaptada para idosos e o roteiro das questões norteadoras dos grupos focais. Foi utilizada estatística descritiva, bem como o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher para a associação entre as características sociodemográficas e o nível de atividade física dos idosos. Os dados do grupo focal foram tratados pela análise de conteúdo temática. As idosas longevas inativas fisicamente perceberam mais barreiras (13) do que facilitadores (9) para a prática de atividades físicas. As principais barreiras foram: a limitação física, a falta de disposição, o excesso de cuidado da família, os exercícios físicos inadequados, as doenças, a falta de segurança, o casamento e cuidar dos filhos, nunca ter realizado atividades físicas no lazer, o medo de quedas e o aumento da idade. Os principais facilitadores foram: o prazer pela prática de atividade física, a socialização, os benefícios da atividade física, os exercícios físicos adequados, ter companhia para praticar atividades físicas e o programa de atividades físicas da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC. Concluiu-se que o conhecimento dessas barreiras e facilitadores pode contribuir para o planejamento de estratégias a serem aplicadas em intervenções com a população de idosas longevas inativas fisicamente, buscando modificações de comportamentos para a adoção de um estilo de vida ativo, que lhes proporcionará anos de vida com melhor capacidade funcional, condições de saúde e independência.

Palavras-chave: Idosos com idade igual ou superior a 80 anos. Barreiras. Facilitadores. Inatividade física.

ABSTRACT

KRUG, Rodrigo de Rosso. **Oldest old physical inactive: perception of facilitators and barriers to the practice of physical activity.** 2012. 107 folhas. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano – Área; Atividade física e saúde) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, Florianópolis, 2012.

The aim of this research was to analyze oldest old physically inactive women's perceptions concerning barriers and facilitators to physical activity among participants of community groups in Florianópolis-SC. This study was conducted in two stages: one descriptive epidemiological cross-sectional approach which involved 351 individuals 80 years of age pertaining to one of the 102 community groups in the city; and, the second, a qualitative approach that involved 30 physically inactive long-lived women who participated in five focus groups, one for each city region (Central, Eastern, Southern, Northern and Mainland). Data collection included a structured interview containing: sociodemographic data and health conditions, and the International Physical Activity Questionnaire, long version adapted for the elderly and the script of the questions to guide the focus groups. We used descriptive statistics and chi-square test (χ^2) or Fisher's Exact to verify the association between sociodemographic characteristics and the physical activity level. Data from the focus group were treated by one thematic content analysis. The physically inactive long-lived women perceived more barriers (13) than facilitators (9) for physical activity practice. The main barriers were: physical limitation, lack of motivation, excessive family care, inappropriate physical exercises, diseases, lack of security, marriage concerns and caring their children, have never performed physical activities during leisure time, fear of falling and increasing age. The main facilitators were: satisfaction for practicing physical activity, socialization, benefits of physical activity, appropriate physical exercises, to share company to perform physical activities and the program of physical activity of the City of Florianópolis-SC. It was concluded that knowledge of these barriers and facilitators can contribute for planning strategies to be applied in interventions with long-lived physically inactive population, seeking behavior changes in order to adopt an active lifestyle that will provide more years of life with better functional capacity, health conditions and autonomy.

Key-words: Individuals 80 years of age or older. Barriers. Facilitators. Physical Inactivity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Barreiras e facilitadores para a prática regular de atividades físicas de idosas longevas inativas fisicamente, participantes de grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC.....	48
Figura 2 - Diagrama da relação das barreiras para a prática regular de atividades físicas citadas pelas idosas longevas.....	49
Figura 3 – Diagrama da relação dos facilitadores para a prática regular de atividades físicas citadas pelas idosas longevas.....	50

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 - População total brasileira e a de 80 anos ou mais, observada e projetada no período de 1940 a 2020.....	16
Quadro 2 - Síntese de estudos que avaliaram as barreiras e facilitadores para a prática regular de atividades físicas de idosos: dados de 2007 a 2011.....	23
Quadro 3 - Número de grupos de convivência para idosos por regiões de Florianópolis-SC, de idosos longevos cadastrados nestes grupos, de idosos longevos entrevistados, de idosas longevas inativas fisicamente e de idosas que participaram dos grupos focais.....	34
Quadro 4 - Variáveis e análises do estudo.....	42
Tabela 1 - Associação entre as características sociodemográficas e as condições de saúde das idosas longevas inativas fisicamente e as diferentes regiões dos grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC.....	45
Quadro 5: Relação e total de barreiras para a prática de atividades físicas percebidas pelas 30 idosas longevas inativas fisicamente, que participaram dos grupos focais, de acordo com a região dos 102 grupos de convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.....	51
Quadro 6: Relação e total de facilitadores para a prática de atividades físicas percebidos pelas 30 idosas longevas inativas fisicamente, que participaram dos grupos focais, de acordo com a região dos 102 grupos de convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	American College of Sports Medicine
AF	Atividade Física
CDC	Centers for Disease Control
CEFID	Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
GC	Grupos de Convivência para Idosos
GETI	Grupo de Estudos da Terceira Idade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC
SCWAA	Second Conference for World Assembly on Ageing
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
USDHHS	United States Department of Health and Human Services

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Anexo A - Ficha diagnóstica.....	94
Anexo B - Questionário Internacional de Atividade Física adaptado para idosos.....	96
Apêndice C - Roteiro para entrevista da técnica de grupo focal.....	100
Anexo D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UDESC.....	101
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
Anexo F - Listas dos Grupos de Convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC nas diferentes regiões da cidade.....	104

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 Objetivo geral	15
1.1.2 Objetivos específicos	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 IDOSOS LONGEVOS.....	16
2.1.1 Dados demográficos e epidemiológicos de Idosos Longevos	16
2.2.2 Características biopsicossociais de Idosos Longevos	17
2.2 INATIVIDADE FÍSICA.....	20
2.3 IDOSOS E OS FATORES FACILITADORES E BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICA.....	23
2.4 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR PARA IDOSOS.....	28
3 METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
3.2.1 População	34
3.2.2 Amostra	34
3.3 INSTRUMENTOS.....	35
3.4 ESTUDO PILOTO	37
3.4.1 Testagem dos instrumentos quanto à clareza e compreensão dos seus itens	37
3.4.2 Resultados do Estudo Piloto	39
3.5 COLETA DE DADOS.....	39
3.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	41
4 RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO	53
6 CONCLUSÃO	70
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	93

1 INTRODUÇÃO

O mundo está experimentando uma transformação demográfica sem precedentes, em que a expectativa de vida está aumentando e o envelhecimento populacional está ocorrendo em quase todos os países do mundo (OMS, 2005). No Brasil isso também vem ocorrendo em ritmo acelerado, pois existem mais de 20 milhões de idosos no país (IBGE, 2010). Estima-se que, em 2025, o país ocupará o sexto lugar entre os países com maior população idosa com 32 milhões de pessoas, e que, em 2050, atingirá marca superior a 64 milhões de idosos. Em Santa Catarina já existem 600 mil idosos e na capital Florianópolis, aproximadamente, 48 mil (IBGE, 2010).

A faixa etária de pessoas com 80 ou mais anos de idade é a que mais vem aumentando no mundo (OMS, 2005). Projeções da ONU (2002) mostram que esta população atingirá um valor superior a 379 milhões em 2050. No Brasil esse grupo etário também vem crescendo, sendo que, em 1970, era cerca de 485 mil, e em 2010, passou para três milhões, com projeções de aumento para nove milhões em 2020 e 14 milhões em 2040. Em Santa Catarina estima-se que existam, aproximadamente, 80 mil idosos nesta faixa etária, sendo mais de sete mil em Florianópolis. Esse estrato etário é denominado como idosos longevos (IBGE, 2010).

Estudos com idosos longevos justificam-se, considerando que a expectativa de vida do brasileiro ao nascer vem aumentando consideravelmente, passando de 67 anos, em 1991, para 72,8 anos, em 2010, e projeções sugerem que, por volta de 2040, o Brasil alcançará o patamar de 80 anos (IBGE, 2010).

O aumento no número de idosos longevos desencadeia uma série de preocupações sociais, culturais, psicológicas e biológicas, pois, nessa faixa etária, concentra-se a prevalência de morbidades e de incapacidades (IBGE, 2010; NOGUEIRA et al., 2010; BALTES; SMITH, 2006). O envelhecimento humano gera uma perda progressiva nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para o aumento do risco de inatividade física nas pessoas em idade avançada (ACSM, 2009; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009; CROMBIE et al., 2004). Esse fato se deve, principalmente, em decorrência da perda progressiva das aptidões funcionais do organismo e da diminuição das capacidades físicas do idoso (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004). Assim, com o avanço da idade cronológica, aumenta o risco de inatividade física (VON BONSDORFF; RANTANEN, 2011; ACSM, 2009; MECHLING; NETZ, 2009), pois, as pessoas idosas apresentam uma tendência em diminuir o tempo semanal de prática de atividades físicas (VIGITEL, 2010; MECHLING; NETZ, 2009).

A inatividade física atinge a população idosa brasileira, sendo que este grupo etário tem o menor nível de atividade física se comparado a outras faixas etárias (USDHHS, 2008). 73,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade são inativos fisicamente, sendo que as mulheres são mais inativas fisicamente (37,3%) do que os homens (35,8%) (VIGITEL, 2010). Em Florianópolis-SC, a inatividade física também é evidente, pois o estudo epidemiológico de Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004), que avaliou 875 idosos de ambos os sexos, constatou que 74,3% destes não realizavam atividade física no tempo de lazer. Corseuil et al. (2011), ao pesquisarem 1656 idosos, residentes no mesmo município, no estudo denominado EPIFLORIPA IDOSO, constataram que 42,1% desses idosos são inativos fisicamente. Os mesmos pesquisadores ao analisarem 214 idosos longevos evidenciaram que 58,4% desses são sedentários.

Muitos motivos podem influenciar a inatividade física, dentre eles o gênero (RIBEIRO et al., 2009; DUMITH, 2009), o nível socioeconômico (KAMPHUIS et al., 2007; LESS et al., 2005), a escolaridade (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; SALLES-COSTA et al., 2003), a autopercepção de saúde (SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010; REICHERT et al., 2007), o estado civil, a obesidade, o tabagismo e o álcool (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; DUMITH, 2009), as condições ambientais, de transporte e de segurança (CASSOU et al., 2011; KAMPHUIS et al., 2007), além da imagem negativa do idoso perante a sociedade (MOSCHNY et al., 2011; MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009).

A inatividade física age como acelerador do declínio humano, ocasionando maior incapacidade funcional, perda de qualidade de vida, aumento do número de doenças, a obesidade e a mortalidade (MIURA, 2011; MECHLING; NETZ, 2009; USDHHS, 2008; OMS, 2005) entre outras consequências.

Diante das consequências da inatividade física, alguns estudos sobre as barreiras e os facilitadores para a prática de atividades físicas regulares têm sido realizados, mas a maioria deles foram conduzidos com adolescentes (14 a 17 anos de idade) (SANTOS et al., 2010; SANTOS et al., 2009), adultos (18 a 59 anos de idade) (PINHEIRO, SILVA; PETROSKI, 2010; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009) e idosos mais jovens (60 a 79 anos de idade) (CASSOU et al., 2011; GOBBI et al., 2008). Assim, observa-se que não existem estudos que verificaram as barreiras e facilitadores para a prática de atividades físicas delimitando-se apenas à população de idosos longevos.

Estudos que em suas amostras, também, tinham idosos longevos, verificaram que as principais barreiras para a prática de atividade física foram: já ser suficientemente ativo, ser muito velho, necessitar de descanso e ter alguma doença ou lesão (BRAZÃO et al., 2009);

não saber os benefícios da atividade física para a saúde, o ambiente da prática ser ruim e sem segurança, o nível socioeconômico baixo e ter doença (GOBBI et al., 2008); ter problemas de saúde, a falta de companhia, a falta de interesse, a falta de oportunidades para praticar, a falta de transporte, o sexo e o avanço da idade (MOSCHNY et al., 2011); e a necessidade de descanso e falta de persistência (NASCIMENTO et al., 2008). Já os fatores facilitadores foram os seguintes: gostar de praticar atividade física, os benefícios dela para a saúde, a socialização (MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009), a orientação médica e o bom professor (FREITAS et al., 2007).

Assim, tendo em vista que, constantemente, existem desafios durante o ciclo de vida, qualquer indivíduo necessita de suporte e incentivo para enfrentar a inatividade física (MOTTA; SALLIS, 2002). Para romper as barreiras do sedentarismo, intervenções através de práticas regulares de atividades físicas voltadas para a promoção do envelhecimento ativo devem ser estimuladas (OMS, 2005).

Nesse contexto, a prática de atividade física regular vem sendo amplamente recomendada por profissionais e organizações de saúde como uma forma de promover a saúde (HASKELL et al., 2007; OMS, 2005; PRENTICE et al., 2004). A ACSM (2009) e a OMS (2005) recomendam que as pessoas se mantenham suficientemente ativas em todos os ciclos da vida. As recomendações do ACSM (2009) são de que as pessoas idosas realizem atividades físicas aeróbias, com intensidade moderada e/ou vigorosa, pelo menos 150 minutos semanais; de força muscular, no mínimo 2 vezes na semana; de flexibilidade pelo menos 2 dias por semana por, pelo menos, 10 minutos; e exercícios para manter ou melhorar o equilíbrio (MECHLING; NETZ, 2009; ACSM, 2009; HASKELL et al., 2007).

Tendo em vista que os programas de atividades físicas regulares voltadas para as pessoas idosas são frequentados principalmente por idosos com idade entre 60 e 69 anos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009), que apenas cerca de 5% dos idosos residentes na cidade de Florianópolis-SC, participam de diferentes programas de atividade física (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007), e que 58% dos idosos longevos de Florianópolis-SC são sedentários (CORSEUIL et al., 2011), surge à necessidade de estudos com o propósito de compreender as percepções quanto às barreiras e facilitadores para a prática de atividade física dos idosos longevos inativos fisicamente. Pesquisas nessa temática tornam-se relevantes, visto que em âmbito nacional estudos são mais direcionados aos idosos jovens e ativos fisicamente que apresentam características e necessidades diferenciadas do idoso longevo.

A partir da compreensão das percepções dos idosos longevos inativos fisicamente, quanto às barreiras e aos facilitadores para a prática de atividade física, pode-se promover programas de atividades físicas que se adequem aos idosos dessa faixa etária. Acredita-se que o trabalho com as pessoas mais longevas necessita de novas intervenções, que criem ambientes de apoio e promovam um estilo de vida mais ativo (MAZO, 2008; OMS, 2005).

Assim, o problema desse estudo foi: quais as percepções quanto às barreiras e aos facilitadores para a prática de atividade física das idosas longevas inativas fisicamente participantes em grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar às barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física das idosas longevas inativas fisicamente participantes em grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas e as condições de saúde (presença de doença e uso de medicamentos) das idosas longevas inativas fisicamente participantes em grupos de convivência para idosos de diferentes regiões (Centro, Sul, Norte, Leste e Continente) de Florianópolis-SC.

- Associar as características sociodemográficas e as condições de saúde (doença e medicamentos) das idosas longevas inativas fisicamente participantes em grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC, conforme as regiões do município (Centro, Sul, Norte, Leste e Continente).

- Analisar as percepções quanto às barreiras e aos facilitadores para a prática de atividade física das idosas longevas inativas fisicamente participantes em grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 IDOSOS LONGEVOS

2.1.1 Dados demográficos e epidemiológicos dos idosos longevos brasileiros.

As principais causas que contribuem para o aumento da longevidade e da expectativa de vida dos brasileiros são: os avanços na área de saúde, através do diagnóstico precoce de doenças, dos remédios e das técnicas de medicina mais eficazes; a melhora das medidas de saúde pública, como as campanhas de vacinação e o saneamento básico (KUMON et al., 2009; GOTTLIEB et al., 2011); a diminuição das taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade (IBGE, 2010); e os fatores genéticos, socioambientais, comportamentais individuais de cada pessoa (HAYFLICKT, 1996).

Nesse sentido, a faixa etária dos idosos com idade igual ou superior a 80 anos está tendo um rápido crescimento no Brasil, sendo considerado o segmento populacional que mais cresceu dentre os idosos nos últimos tempos (IBGE, 2010) (Quadro 1). No quadro 1 apresenta-se a população total brasileira e a de 80 anos ou mais de idade, observada e projetada no período de 1940 a 2020.

Quadro 1: População total brasileira e a de 80 anos ou mais de idade, observada e projetada no período de 1940 a 2020.

Ano	População Total	80 ou mais de idade (f)	80 ou mais de idade (%)
1940	41.165.289	170.660	0,4
1950	51.944.397	209.180	0,4
1960	70.191.370	291.053	0,4
1970	93.139.037	485.428	0,5
1980	119.002.706	593.134	0,5
1990	146.825.475	1.129.651	0,8
2000	169.799.170	1.832.105	1,1
2010	195.394.707	3.233.749	1,7
2020	217.394.150	5.804.138	2,7

f= frequência; %= percentual.

Fonte: Camarano (2005).

Nota-se, no quadro 1, que a população de idosos longevos continuará aumentando significativamente em nosso país. Observa-se que, entre 1940 e 1980, esse grupo se manteve estável (0,4 a 0,5), mas, a partir de 1990, começou a aumentar significativamente.

Chaimowicz (1997) salienta que, a cada década, aumenta-se o número de pessoas que vivem na faixa etária dos 80 anos ou mais de idade.

Atualmente, o Brasil apresenta um número total de quase 3 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, representando 12,8% da população idosa e 1,1% da população total brasileira. Estima-se que o Brasil terá mais de 13 milhões de idosos longevos no ano de 2040, e aproximadamente 14 milhões no ano de 2050, o que corresponde a um aumento de 2.226% (IBGE, 2010).

Em Santa Catarina, o aumento demográfico de idosos longevos também vem acontecendo, chegando a, aproximadamente, 80 mil pessoas, sendo que sete mil vivem em Florianópolis, capital do Estado (IBGE, 2010).

Esse aumento no número de idosos longevos desencadeia uma série de preocupações desde as sociais, as culturais, as psicológicas, as biológicas, já que, nessa faixa etária, concentra-se a prevalência de morbidades e de incapacidades (NOGUEIRA et al., 2010; IBGE, 2010). As implicações desse aumento expressivo de pessoas mais velhas são preocupantes para os setores da economia, da saúde e do bem-estar social de qualquer nação (IBGE, 2008), pois o alto custo para tratar ou prevenir as doenças crônicas comuns nessa população constitui em um desafio para a implantação de políticas públicas e para um avanço em termos de promoção da saúde, além de serem necessárias maiores oportunidades para essas pessoas, com o intuito de maximizar suas capacidades participativas dentro da sociedade (SECOND CONFERENCE FOR WORLD ASSEMBLY ON AGEING, 2002).

2.1.2 Características biopsicossociais de Idosos Longevos

A definição “idosos longevos” é destinada às pessoas com idade igual ou superior a 80 anos (IBGE, 2010). Esta definição foi utilizada em diferentes estudos (MOREIRA et al., 2007; XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004; MARAFON et al., 2003; SCHWANKE et al., 2002).

Baltes e Smith (2006) e Hayflick (1996) explicam que muitos são os fatores que contribuem para a longevidade das pessoas, incluindo fatores genéticos, sócio-ambientais e comportamentais. Sendo assim, os idosos longevos apresentam características morfofisiológicas, psicológicas e sociodemográficas diferenciadas de outros indivíduos (HAYFLICK, 1996).

Para Perls et al. (2002), os fatores genéticos podem influenciar muito a longevidade, pois os autores acreditam que essa pode estar relacionada às características familiares, onde os idosos com 80 anos ou mais de idade geralmente possuem ancestrais idosos. Capri et al.

(2008) acrescentam que a longevidade pode estar mais relacionada à ascendência por parte materna. Hayflick (1996) aponta que 87% das pessoas com mais de 70 anos tiveram, pelo menos, um dos pais ou avós com a mesma idade, onde 48% dos nonagenários e 53% dos centenários tiveram progenitores nessa faixa etária.

Alguns pesquisadores (MOREIRA et al., 2007; XAVIER et al., 2006; BALTES; SMITH, 2006; CRUZ et al., 2004; MARAFON et al., 2003; AVLUND; PEDERSEN; SCHROLL, 2003) afirmam que os idosos longevos estão no limite de suas capacidades funcionais, pois esta população geralmente tem uma frequência maior de incapacidade funcional e um número crescente de doenças crônicas. À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica, onde 80% das pessoas com mais de 80 anos tem pelo menos uma doença diagnosticada pelo médico e 50,4% tem duas doenças (IBGE, 2010).

As doenças mais comuns nessa faixa etária de 80 anos ou mais de idade são a hipertensão (IBGE, 2010; YATES et al., 2008; SCHWANKE et al., 2002), o acidente vascular cerebral, o câncer, as doenças cardiovasculares (MOREIRA et al., 2007; XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004; MARAFON et al., 2003; SCHWANKE et al., 2002), a hipercolesterolemia (WERLE et al., 2009) e a artrite (IBGE, 2010; PERLS et al., 2002).

O estudo de corte de Weverling-Rijnsburger et al. (1997) demonstrou que os níveis de colesterol total nos idosos longevos são mais baixos do que nos idosos mais novos. Isto se deve a possível seleção natural ou as contínuas transformações relacionadas com a idade no sistema homeostático dos idosos longevos.

Moschny et al. (2011), ao estudarem 1937 idosos alemães com idades entre 72 e 93 anos, evidenciaram que as pessoas com 80 anos ou mais de idade percebem sua saúde como pior, se comparados a pessoas com menor idade. Esse grupo etário, além de apresentar maior prevalência de doenças crônicas, também se encontra em um período de maiores acometimentos de doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer (CHAIMOWICZ, 1997; CAMPION, 1994) e a depressão (DJERNES, 2006; RODRIGUES et al., 2006). Cerca de um terço dos idosos longevos apresenta algum grau de demência, sendo que, aproximadamente, 45% desses precisam de algum tipo de assistência (XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004; CAMPION, 1994).

Os idosos longevos apresentam também maiores índices de problemas de audição e visão (ACSM, 2009; XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004), onde a catarata e a cegueira, com 70% e 80%, respectivamente, são as mais prevalentes nessa população mais velha

(SCHWANKE et al., 2002). As quedas e fraturas de colo de fêmur também têm altas prevalências nos idosos longevos (XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004).

No estudo de Santos e Sicheri (2005), os idosos longevos, se comparados aos adultos, apresentaram menor prevalência de obesidade. Isso é explicado pelos mesmos autores quando eles citam que o envelhecimento promove mudanças importantes na massa muscular e no padrão de distribuição de gordura corporal, sendo que o peso corporal diminui com a idade após atingir um platô. A massa muscular aumenta progressivamente até os 50 anos, estabilizando aos 70 anos e declinando após esta idade (ACSM, 2009).

A aptidão física dos idosos longevos também é menor quando comparada com idosos mais novos. Estudo de Krause et al. (2007) comparou o nível de atividade física e a aptidão aeróbia por meio do teste de caminhada de 6 minutos de 960 idosas divididas em cinco grupos conforme a idade: 60-64 (G1) anos; 65-69 (G2); 70-74 (G3); 75-79 (G4) e acima de 80 anos (G5). Com o avanço da idade, essa variável declinou 18,6% do G1 ($523,0 \pm 67,1m$) para o G5 ($426,1 \pm 73,20m$), demonstrando os efeitos do envelhecimento na redução dessa qualidade física com o avançar da idade. Estudo de Hoefelmann (2011) também evidenciou essa diminuição da aptidão física com o avançar da idade.

Outro aspecto constante nessa faixa etária mais velha, se comparada a idosos mais novos, é a menor velocidade e comprimento do passo (KANeko et al., 2004), onde 10% das mulheres e 5% dos homens são incapazes de andar e/ou subir escadas sozinhos, e 30,1% dos homens e 36,1% das mulheres não são capazes de desempenhar sozinhos as atividades básicas do cotidiano (CAMARANO; KANSO; MELO, 2011).

Além disso, esses idosos com 80 anos ou mais de idade têm uma condição maior de fragilidade, se comparados a pessoas com menor idade (HAZZARD et al., 1994). Nesse sentido, por possuírem todos esses problemas de saúde, Macmillan et al. (2011) afirmam que os idosos longevos formam um grupo de risco, pois apresentam índices elevados de inatividade física.

Apesar de terem essas limitações funcionais, os idosos longevos possuem características biológicas que os tornam mais resistentes aos processos de degeneração, constituindo, assim, uma “elite biológica” (FRANCHESCHI et al., 1991), porque, ao atingir essa idade, esses idosos conseguiram superar a mortalidade infantil, as doenças infecciosas, além das doenças crônicas degenerativas (CAPRI et al., 2008).

Além dos fatores genéticos e biológicos, os aspectos sócio-ambientais e comportamentais também influenciam para um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, contribuem para um aumento da longevidade, onde os hábitos alimentares,

a espiritualidade, o humor, o apoio social, o estilo de vida e o acesso a serviços de saúde se destacam como os principais fatores (MIURA, 2011; PATRICIO et al., 2008; FARINATTI, 2008; HAYFLICK, 1996).

As características do envelhecimento fisiológico dependem significativamente de fatores ligados ao estilo de vida que a pessoa assume desde a infância, principalmente no que diz respeito à ingestão alimentar e à atividade física e ocupacional. A manutenção de um estilo de vida saudável, como alimentação balanceada, exercício regular, uso moderado de álcool, abstenção do fumo, controle da pressão arterial, espiritualidade e baixo nível de estresse, contribui para longevidade (ACSM, 2009; YATES et al., 2008; WILLCOX et al., 2008; HAYFLICK, 1996).

Os fatores fisiológicos que são mais frequentemente associados com a longevidade e envelhecimento bem sucedido, incluem a pressão arterial baixa, baixo índice de massa corporal e baixa concentração de adiposidade central, a tolerância à glicose preservada (glicose plasmática baixa e concentrações de insulina), e um perfil lipídico do sangue ateroprotetora contendo triglicerídeos e baixos níveis de LDL-colesterol e HDL-colesterol de alta concentração (ACSM, 2009).

Essa interação dos fatores genéticos, biológicos e sócio-ambientais e comportamentais contribui, portanto, para se atingir uma idade longa de qualidade. Mais estudos, nessa faixa etária, poderiam oferecer subsídios da importância da influência mútua dos fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicossociais como determinantes da longevidade humana e também no desenvolvimento de novas atitudes de prevenção, como métodos mais refinados e diretrizes para um envelhecer de forma mais bem sucedida (CAPRI et al., 2008; DIMITRI et al., 2005).

Nesse sentido, os idosos longevos são um grupo mais heterogêneo do que um grupo de idosos mais jovens, pois pode ter representantes vigorosos e independentes, como também idosos acamados e outros entre esses dois extremos (SCHMIDT et al., 2009).

2.2 INATIVIDADE FÍSICA

Marshall e Bauman (2001) consideram como pessoas inativas fisicamente as pessoas que não têm hábito de praticar regularmente atividades físicas, ou seja, que fazem atividades físicas moderadas e/ou vigorosas, com frequência menor que 150 minutos semanais.

Atualmente o homem é cada vez menos forçado a se movimentar, ao contrário de seus ancestrais, que precisavam disso para conseguir alimento, garantir refúgio ou defender-se dos

inimigos. A atividade física, antigamente, era uma prática inerente ao estilo de vida do ser humano. Não era uma questão de gosto ou de preservação de saúde. E era uma necessidade para a sua sobrevivência. A evolução tecnológica e da informática fez com que o esforço que o homem precisava realizar em determinadas tarefas fosse substituído por máquinas e/ou equipamentos, trazendo comodidades e confortos. Nesse sentido, a atividade física deixou de fazer parte da rotina dos indivíduos (DUMITH, 2009).

Essa inatividade física do povo moderno é um dos principais fatores de risco para diversas doenças (OMS, 2005), sendo considerada, atualmente, o principal problema de saúde pública no mundo, uma vez que a mesma traz, como consequências, diversas alterações metabólicas que contribuem para o surgimento de doenças crônicas (TREMBLAY et al., 2010). A inatividade física é responsável por aproximadamente 3% da carga global de doenças, por mais de 20% das doenças cardíacas e por 10% dos derrames nos países desenvolvidos, além de ocasionar aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo todo (OMS, 2005).

Dados da OMS (2005) e da OPAS (2003) mostram que 60% das pessoas do mundo inteiro não atingem a recomendação mínima de 30 minutos diários de atividade física e que 17% da população mundial não fazem nenhum tipo de atividade física.

Nos Estados Unidos, menos da metade dos adultos fazem atividade física regularmente (HASKELL et al., 2007). Hughes, McDowell e Brody (2008), através de dados coletados pela National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), realizaram uma pesquisa que mede a saúde e o estado nutricional da população americana não institucionalizada e evidenciaram que 52,2% da população, com 60 anos ou mais de idade, não praticam nenhum tipo de atividade física no lazer. Além disso, 20,6% praticam algum tipo de atividade física, mas não atingem os 150 minutos semanais recomendados. De acordo com o Centers for Disease Control (2007), somente 24,7% dos idosos americanos, com idade entre 65 e 74 anos, estão engajados em alguma atividade física de lazer, sendo que, na população de idade igual ou superior a 75 anos, esses percentuais são ainda menores (17,9%).

Já no Canadá, 51% da população do país é considerada inativa fisicamente (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Percentuais ainda maiores foram evidenciados na Inglaterra, onde 60% dos homens e 74% das mulheres não realizam atividades físicas em níveis suficientes para obter benefícios à saúde (FOSTER; HILLSDON; THOROGOOD, 2008).

No Brasil, em levantamento nacional feito pelo Ministério da Saúde nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, verificou-se que quase um terço (29,2%) da população adulta

é sedentária, isto é, não pratica nenhuma atividade física. Se considerado apenas o tempo de lazer, somente 16,3% da população brasileira atingem a recomendação de, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada, em cinco ou mais dias da semana, ou 20 minutos de atividade vigorosa, em três ou mais dias da semana, sendo que os homens são um pouco mais ativos (17,1%) do que as mulheres (11,9%) (VIGITEL, 2010).

Atualmente, a inatividade física está evidente em todas as camadas sociais e faixas etárias (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009). Sendo assim, a inatividade física também atinge a população idosa brasileira, pois ela representa o grupo etário com menor nível de atividade física (USDHHS, 2008), sendo que 73,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade são inativos fisicamente, onde as mulheres (37,3) apresentam maiores escores de inatividade física do que os homens (35,8%). Somente 18,1% dos homens e 10,8% das mulheres nessa faixa etária realizam atividades físicas por mais de 150 minutos semanais. Esses escores são ainda menores se considerarmos somente as atividades físicas realizadas no tempo livre, onde 16,6% dos idosos brasileiros as praticam regularmente (VIGITEL, 2010).

A partir de amostras representativas e de base populacional, estudos realizados em São Paulo-SP apontam que a prevalência de inatividade física está em torno de 70% (ZAITUNE et al., 2007). Matsudo et al. (2002) também evidenciaram dados parecidos em São Paulo, ao estudarem 202 mulheres com idade entre 50 e 69 anos e 52 mulheres com mais de 70 anos, e concluíram que o nível de atividade física dessas mulheres era 32,1% e 34,6%, respectivamente. Em estudo denominado EPIDOSO realizado com idosos residentes na Vila Clementino em São Paulo-SP, Novais (2009) constatou que 73,3% dos 21 idosos são considerados insuficientemente ativos no lazer, sendo que, entre eles, 57% não utilizam nem dez minutos de seu tempo livre durante a semana em atividades físicas. Valério (2011) fez o mesmo estudo na Vila Clementino em São Paulo-SP e avaliou 494 idosos quanto ao nível de atividade física no domínio lazer, através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), e verificou que 280 (56,68%) desses idosos não realizavam nem dez minutos de atividade física em seu tempo livre.

Rolim et al. (2004) investigaram 300 idosos da favela da Maré no Rio de Janeiro-RJ e constataram que 68,9% deles não realizavam nenhuma atividade física no tempo livre. Já em Pernambuco, Marques et al. (2005) pesquisaram o nível de atividade física de 100 mulheres idosas frequentadoras do Núcleo de Assistência ao Idoso, e concluíram que 86% das entrevistadas foram consideradas inativas ou insuficientemente ativas.

Já Siqueira et al. (2008) encontraram, em sua pesquisa, que a prevalência da inatividade física da população idosa das regiões Sul e Nordeste do Brasil é muito elevada. Os

autores investigaram 4.003 sujeitos, de 65 anos ou mais, de 41 municípios dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí. Todas as cidades pesquisadas tinham 100 mil ou mais habitantes. A pesquisa demonstrou que 58% dos idosos dessas cidades, não praticavam atividades físicas regularmente.

No Sul do Brasil, em Florianópolis-SC, estudo epidemiológico, com 875 idosos na faixa de idade entre 60 e 101 anos, de ambos os sexos, verificou que 74,3% desses idosos não realizavam nenhuma atividade física no tempo de lazer, demonstrando que a inatividade física é evidente na população idosa do Município (BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004). Dados mais atuais do estudo EPIFLORIPA IDOSO, que avaliou 1656 idosos residentes em Florianópolis-SC mostraram que 42,1% desses idosos, são inativos fisicamente (CORSEUIL et al., 2011).

Essas altas prevalências de inatividade física por parte dos idosos é consequência da baixa porcentagem deles inseridos em programas de atividade física (GONÇALVES et al., 2005; VIGITEL, 2009), sobretudo entre os idosos mais longevos (LOLAND, 2004).

2.3 IDOSOS E OS FATORES FACILITADORES E BARREIRAS PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

A inatividade física é influenciada por diversos fatores (HALLAL et al. 2003; CASSOU et al., 2008), onde, os que influenciam de maneira negativa, são denominados barreiras para a atividade física, e, os que influenciam positivamente, são denominados facilitadores para a prática (CASSOU et al., 2011).

No quadro 2, estão descritos 18 artigos publicados entre o período de janeiro de 2007 e dezembro de 2011, que investigaram barreiras e facilitadores para a prática de atividades físicas de idosos com 60 anos ou mais de idade. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scielo, Scielo Brasil, PubMed e Scopus através dos descritores ‘*elderly*’, ‘*physical activity*’, ‘*barriers*’, ‘*facilitators*’ ‘idosos’, ‘atividade motora’, ‘barreiras’ e ‘facilitadores’.

Quadro 2: Síntese de estudos que avaliaram as barreiras e facilitadores para a prática regular de atividades físicas de idosos: dados de 2007 a 2011.

Estudos	País	Amostra	Barreiras	Facilitadores
Aslan et al. (2007)	Turquia	350 idosos de 65 ou mais anos de idade	Ter mais que 65 anos de idade, ser do sexo feminino, ter doenças crônicas e ter alto ou baixo índice de massa corporal	Não avaliou
Bayliss, Ellis e Steiner (2007)	Estados Unidos	352 idosos de 65 ou mais anos de idade	Baixos níveis de aptidão física, altos níveis de morbidades, ter sintomas de depressão e ter baixa renda mensal	Não avaliou
Brazão et al. (2009)	Brasil	79 idosos na faixa	Já ser suficientemente ativo, ser muito	Não avaliou

		etária de 60 a 88 anos	velho, necessitar de descanso e ter alguma doença ou lesão	
Cardoso et al. (2008)	Brasil	13 idosos com média de idade de 71,08 ± 5,75 anos	Problemas de saúde do cônjuge ou morte do mesmo ou de outros familiares	Aspecto de relacionamento (convite de amigos e/ou familiares)
Cassou et al. (2008)	Brasil	17 idosos com média de idade de 68,9 ± 7,7 anos	O sexo, o nível socioeconômico baixo, a idade avançada, ter limitações físicas, o clima ruim e a falta de suporte social	Não avaliou
Cassou et al. (2011)	Brasil	25 idosos com média de idade de 69,9 ± 6,9 anos	O sexo, o nível socioeconômico baixo, a idade avançada, ter limitações físicas, o clima ruim e a falta de suporte social	Não avaliou
Cerri e Simões (2007)	Brasil e Estados Unidos	43 idosos de Piracicaba-SP e 29 de Fort Collins-EUA, com 60 ou mais anos de idade	Não avaliou	Os benefícios da AF para a saúde e a orientação médica
Eiras et al. (2010)	Brasil	9 idoso com idade entre 60 e 81 anos	Ter problemas de saúde, compromissos familiares e o clima ruim	Os benefícios da AF para a saúde, gostar de praticar AF, a socialização, a oportunidade de sair de casa, o apoio de parentes e/ou amigos e a proximidade da moradia do local da prática
Freitas et al. (2007)	Brasil	120 idosos na faixa etária de 60 a 85 anos	Não avaliou	Os benefícios da AF para a saúde, orientação médica, gostar de praticar AF e o bom professor
Gobbi et al. (2008)	Brasil	30 idosos com média de idade de 75,3 ± 7,7 anos	Não saber os benefícios da AF para a saúde, o ambiente da prática ser ruim e sem segurança, o nível socioeconômico baixo e ter doença	Não avaliou
Hall e Mcauley (2010)	Estados Unidos	128 idoso com média de idade de 69,6 anos	Ter limitações físicas, a proximidade da moradia do local da prática, e a segurança do tráfegos de automóveis ser ruim em relação ao deslocamento de casa até o local da prática e no próprio local	Não avaliou
Lins e Corbucci (2007)	Brasil	28 Idosos de 65 ou mais anos de idade	Não avaliou	Gostar de praticar AF, os benefícios da AF para a saúde, a socialização e o bom professor
Mazo, Meurer e Benedetti (2009)	Brasil	42 idosos com idade entre 60 e 87 anos, e média de 65 anos ± 1,26	Não avaliou	Gostar de praticar AF, os benefícios da AF para a saúde, a socialização
Meurer, Benedetti e Mazo (2011)	Brasil	111 idosos com média de idade de 67,04 ± 6,78 anos	Não avaliou	Os benefícios da AF para a saúde e a socialização
Moschny et al. (2011)	Alemanha	1.937 idosos com idade entre 72 e 93 anos e média de 77 anos	Ter problemas de saúde, a falta de companhia, a falta de interesse, a falta de oportunidades para praticar, a falta de transporte, o sexo e o avanço da idade	Não avaliou
Nascimento et al. (2008)	Brasil	129 idosos com média de idade de 71,9 ± 6,39 anos e amplitude de 60 a 90 anos	Ter doença, necessidade de descanso, falta de persistência e ser suficientemente ativo	Não avaliou
Salehi et al. (2010)	Irã	400 idosos com 60 ou mais anos de idade	Não saber os benefícios da AF para a saúde e a falta de motivação para praticar	Os benefícios da AF para a saúde e a socialização
Souza e Vendrusculo (2010)	Brasil	10 idosos com 60 ou mais anos de idade	Ter problemas de saúde e os compromissos familiares	Os benefícios da AF para a saúde e a socialização

Ao observar o quadro 2, pode-se verificar que, dos 18 estudos relatados, somente 6 têm em abrangem em sua amostra idosos com mais de 80 anos (MOSCHNY et al., 2011; BRAZÃO et al., (2009); MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009; GOBBI et al., 2008;

NASCIMENTO et al., 2008; FREITAS et al., 2007). Os estudos verificaram que as principais barreiras para a prática de atividade física foram: já ser suficientemente ativo, ser muito velho, necessitar de descanso e ter alguma doença ou lesão (BRAZÃO et al., 2009); não saber os benefícios da AF para a saúde, o ambiente da prática ser ruim e sem segurança, o nível econômico baixo e ter doença (GOBBI et al., 2008); ter problemas de saúde, a falta de companhia, a falta de interesse, a falta de oportunidades para praticar, a falta de transporte, o sexo e o avanço da idade (MOSCHNY et al., 2011); e a necessidade de descanso e falta de persistência (NASCIMENTO et al., 2008). Já os fatores facilitadores foram os seguintes: gostar de praticar atividade física, os benefícios dela para a saúde e a socialização (MAZO, MEURER; BENEDETTI, 2009), orientação médica e o bom professor (FREITAS et al., 2007).

A partir desses estudos (quadro 2) observa-se que nenhum deles são realizados exclusivamente com idosos longevos, demonstrando a necessidade de pesquisas com esta população, que apresenta características específicas.

O envelhecimento humano gera uma perda progressiva nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que contribuem muito para o aumento do risco de inatividade física nas pessoas em idade avançada (ACSM, 2009; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009; CROMBIE et al., 2004). Esse fato se deve, principalmente, em decorrência da perda progressiva das aptidões funcionais do organismo e da diminuição das capacidades físicas do idoso (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004). Sendo assim, geralmente, na medida em que aumenta a idade cronológica, as pessoas se tornam menos ativas fisicamente (VON BONSDORFF; RANTANEN, 2011; CASSOUL et al., 2011; MECHLING; NETZ, 2009; ASLAN et al., 2007).

Aartsen et al. (2002) acompanharam, por 6 anos, 2.076 indivíduos residentes em Amsterdam (Holanda), todos com idade entre 55-85 anos e ao avaliarem a participação desses indivíduos em atividades como serviços religiosos, associações de bairros, organizações de ajuda aos outros, cursos educacionais, esportes e atividades de lazer, constataram que há uma significativa diminuição da participação dos idosos nas atividades com o passar dos anos.

Brazão et al. (2009), ao estudarem os estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas na prática de atividade física de 79 idosos, com idades entre 60 e 88 anos, residentes em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo, verificaram que uma das barreiras mais percebidas por esses idosos é a idade, pois eles se acham muito velhos para fazerem atividades físicas.

Hirvensalo e Lintunen (2011) sugerem que a prática de atividades está organizada segundo determinadas convenções, entre elas, as concepções do corpo ideal segundo o gênero. Neste sentido os indivíduos do sexo masculino têm um maior nível de atividade física que os do feminino (ASLAN et al., 2007; CASSOU et al., 2011). Nas análises comparativas da atividade física, como variável categórica, feitas no experimento de Ribeiro et al. (2009), verificou-se que 43% dos homens relataram praticar atividades físicas diariamente e que somente 15% das mulheres fazem essa atividade.

Satariano, Haight e Tager (2000) investigaram, em 2.046 indivíduos maiores de 55 anos, as barreiras para a prática da atividade física no tempo livre e encontraram que as mulheres reportaram mais barreiras para a prática do que os homens. As principais barreiras citadas foram a falta de companhia, a falta de interesse (mais comum nas mulheres de 65 a 74 anos), a fadiga, os problemas de saúde e a artrite. Nas mulheres maiores de 75 anos de idade, problemas de saúde e funcionais, como medo às quedas, foram as principais barreiras mencionadas.

Moschny et al. (2011) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os obstáculos à atividade física em uma coorte de 1937 idosos alemães, com idades entre 72 e 93 anos, e concluíram que a falta de oportunidades para praticar atividades de lazer (30,3% e 15,6%) e a falta de transporte (29% e 7,1%) foram mais declaradas pelas mulheres do que pelos homens entrevistados, e essas diferenças foram significativas ($p= 0,003$ e $p <0,001$ respectivamente).

O nível socioeconômico é outro fator que influencia a inatividade física das pessoas, onde indivíduos que têm menores rendas mensais tendem a serem menos ativos fisicamente, se comparados aos que recebem maiores rendas (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; GOBBI et al., 2008; BAYLISS; ELLIS; STEINER, 2007). Cassou et al. (2008) realizaram uma pesquisa com 17 idosos do sexo masculino, com idade média de $68,9 \pm 7,7$ anos, selecionados, por conveniência, entre os participantes de grupos comunitários da cidade de Curitiba-PR. A pesquisa evidenciou que os idosos de diferentes níveis socioeconômicos percebem as barreiras para a prática de atividades físicas de maneiras diferentes, onde os de alto nível socioeconômico revelaram que os fatores demográficos e biológicos são mais importantes, enquanto para os de baixo nível socioeconômico os fatores ambientais são mais relevantes.

A escolaridade também é um fator que influencia no nível de atividade física das pessoas, sendo que indivíduos com maior nível de escolaridade, geralmente, praticam mais atividades físicas que os de menor grau de escolaridade (OKUMA, 2005; MAZO et al., 2005; SALLES-COSTA et al., 2003). Scarmeas et al. (2001) encontraram relação estatisticamente significativa entre escolaridade e participação de idosos em atividades de lazer. O

experimento acompanhou, durante sete anos, 1.772 americanos com idade igual ou superior a 65 anos, e demonstrou que, entre os idosos com nível de escolaridade maior, a média de prática de atividades de lazer também foi maior, se comparados aos indivíduos com menor escolaridade. Dessa forma, os indicadores sociais, renda e escolaridade, são vistos como determinantes importantes no estilo de vida das pessoas (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; OKUMA, 2005; HALLAL et al., 2003).

Outro fator que influencia a participação de pessoas idosas em atividades físicas é a limitação física que esta população geralmente possui (HALL; MCAULEY, 2010; CASSOU et al., 2008; GALEA; BRAY; GINIS, 2008; BAYLISS; ELLIS; STEINER, 2007; RASINAHO et al., 2006). Cassou et al. (2011) pesquisaram 25 idosos com média de idade de 69,9 anos, selecionados, por conveniência, entre os participantes de grupos comunitários e/ou de convivência da cidade de Curitiba-PR e ao aplicarem a técnica de grupo focal, identificaram que a limitação física interfere na decisão de as pessoas idosas aderirem à prática de atividades físicas regulares.

Para Souza e Vendrúsculo (2010) e Eiras et al. (2010), a autopercepção de saúde também influencia a inatividade física, tendo em vista que a pessoa que relata uma saúde ruim, provavelmente irá praticar atividades físicas em um nível menor, se comparado aos que têm uma melhor saúde autorelatada. Moschny et al. (2011), ao pesquisarem 1.937 idosos alemães, com idades entre 72 e 93 anos, verificaram que relatar uma saúde ruim foi considerado um entrave maior para a prática de atividades físicas nos idosos com 80 anos ou mais de idade, em comparação com idosos mais jovens (71,1% e 51,5% respectivamente) ($p = 0,002$). Brazão et al. (2009), Nascimento et al. (2008), Gobbi et al. (2008) e Bayliss, Ellis e Steiner (2007) também relatam que as condições de saúde interferem na decisão das pessoas de praticarem atividades físicas.

A orientação médica também é muito importante para que as pessoas idosas adotem um estilo de vida mais ativo (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; CERRI; SIMÕES, 2007). Kerse et al. (2005) afirmam que os médicos são importantes agentes de promoção à prática da atividade física, onde os médicos, que usam de três a seis minutos do tempo destinado às consultas para recomendar atividades físicas, influenciam muito esses pacientes. Segundo Freitas et al. (2007), muitos idosos iniciam algum tipo de atividade física por seguirem os conselhos de seus médicos.

As condições de segurança, ambientais e de transporte, representam uma grande parcela das barreiras citadas por pessoas idosas em relação à prática regular de atividades físicas. Os assaltos, o clima, as calçadas, as ruas e o transporte dificultam muito a adoção de

um comportamento mais ativo por parte dos idosos (MOSCHNY et al., 2011; HALL; MCAULEY, 2010; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009; GOBBI et al., 2008;).

Outros fatores, como ter ou não motivação para praticar atividades físicas (MOSCHNY et al. 2011; HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; SALEHI et al., 2010), gostar de praticar atividades físicas (EIRAS et al., 2010; MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009; FREITAS et al., 2007; LINS; CORBUCCI, 2007), ter companhia para praticar (EIRAS et al., 2010; GALEA; BRAY; GINIS, 2008; CAROMANO; IDE; KERBAUY, 2006) e a influência e/ou convite de familiares e/ou amigos para praticar (MAZO, 2008; CARDOSO et al., 2008) influenciam a inatividade física por parte das pessoas idosas. O aspecto da socialização também é um fator que influencia muito a pessoas idosa a adotar um comportamento ativo ou não (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; SALEKI et al., 2010; SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010).

Saber os benefícios da prática regular de atividade físicas para a saúde também pode interferir na decisão das pessoas idosas em aderir a prática física ou não (SALEHI et al., 2010; SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010). As que não sabem os benefícios que a atividade física promove para a saúde geralmente são as mais inativas fisicamente se comparados as que tem este conhecimento (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009; GOBBI et al., 2008).

Cardoso et al. (2008) explicam em seu estudo com 13 idosos com média de idade de 71,08 anos que os problemas de saúde do cônjuge ou de outros familiares podem refletir no nível de atividade física dos mesmos. Eiras et al. (2010) e Souza e Vandrúsculo (2010) explicam que os compromissos familiares são sim uma barreira para a prática de atividades físicas regulares por parte das pessoas idosas.

Diversos pesquisadores (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; DUMITH, 2009; MAZO et al., 2005) já evidenciaram que o estado civil também pode ser um fator que leva as pessoas a serem inativas fisicamente, onde os indivíduos casados realizam mais atividades físicas do que os separados, divorciados e viúvos. Young et al. (1999) constataram este fato ao verificarem que os resultados de seu estudo com 2.668 indivíduos de 50 a 65 anos de idade sugerem que os homens solteiros têm maiores probabilidades de serem completamente sedentários.

A imagem negativa do idoso perante a sociedade, onde as pessoas mais velhas são vistas como membros passivos da mesma e que precisam de descanso, influencia muito a participação deles dentro da sociedade, refletindo, assim, na inatividade física dessa população mais velha (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; LEHR, 1999). Com isso, a crença

popular de que, com o processo de envelhecimento, se deve diminuir a intensidade e a quantidade de atividades físicas, contribui na inatividade física das pessoas longevas (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009).

As quedas também são outro influenciador para a inatividade física, pois idosos que relatam quedas, geralmente ficam com medo de praticarem atividades físicas (GALEA; BRAY; GINIS, 2008; MAZO et al., 2005). A obesidade (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; DUMITH, 2009; GOBBI et al., 2008) e o uso de álcool e tabaco são outros fatores que refletem na decisão das pessoas de terem um comportamento ativo (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; DUMITH, 2009).

2.4 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR PARA IDOSOS

Atualmente, é consenso, entre os profissionais da área da saúde, que a atividade física é um fator determinante para se ter uma boa saúde e um bom envelhecimento (USDHHS, 2008; HASKELL et al., 2007; SAFONS; PEREIRA, 2007; OMS, 2005; PRENTICE et al., 2004). Embora a prática de atividades físicas não possa interromper o processo biológico do envelhecimento, essa pode minimizar os efeitos biopsicossociais advindos do aumento da idade, comuns nessa fase da vida (MORENO; CERVELLÓ; MORENO, 2008; SANTOS et al., 2008; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; OKUMA, 1998).

Existem evidências epidemiológicas que nos permitem concluir que a atividade física regular é necessária para a melhora da qualidade de vida e promoção da saúde durante o processo de envelhecimento (ACSM, 2009; ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JR, 2008; CONTE; LOPES, 2005; CAMARANO, 2005; MATSUDO, 2002; OKUMA, 1998). A adoção da prática regular de atividades físicas é apontada como um dos fatores comportamentais que contribui para um envelhecimento saudável (FARINATTI, 2008; NERI, 2007).

A atividade física na velhice proporciona múltiplos efeitos benéficos que ajudam na prevenção e tratamento de doenças crônicas (MORGAN; TOBAR; SNYDER, 2010; HASKELL et al., 2007; OMS, 2005; CHRISTIAN; BARNARD, 2005; HALLAL et al., 2003). As principais doenças crônicas que a atividade física, quando praticada regularmente, pode diminuir o risco e/ou a evolução são: as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, problemas hipertensivos, diabetes, câncer, artrite, osteoporose, hipercolesteromia, triglicérides, insuficiência renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, além de reduzir os risco de câncer de cólon e de mama em mulheres (LAGEROS, 2009; ACSM, 2009;

USDHHS, 2008; WAJNGAARTEN, 2007; HASKELL et al., 2007; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; OMS, 2005).

A atividade física regular melhora os níveis antropométricos dos idosos que a praticam, sendo determinante no controle do peso corporal (MIURA, 2011; USDHHS, 2008; HASKEL et al., 2007; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Lagerros (2009) relata que a atividade física regular, independentemente de seu tempo de prática, está associada a um nível saudável de índice de massa corporal e circunferência da cintura. A maioria dos estudos sugere que a atividade física tem papel de modificação das alterações de peso e composição corporal relacionadas à idade, onde os sujeitos que se classificam como mais ativos têm menores índices de peso corporal, índice de massa corporal, porcentagem de gordura corporal e relação cintura/quadril do que os indivíduos da mesma idade que são sedentários (USDHHS, 2008; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006).

A atividade física praticada de forma regular proporciona benefícios neuromusculares para as pessoas idosas e diminui a intensidade e a velocidade de implantação de disfunções musculoesqueléticas, neuromusculares (ACSM, 2009; USDHHS, 2008) e cardiopulmonares (MORGAN; TOBAR; SNYDER, 2010; ACSM, 2009) decorrentes do envelhecimento do organismo.

Nesse sentido, a atividade física melhora a capacidade funcional de pessoas idosas, onde programas de treinamento aeróbico e resistido podem aumentar a capacidade aeróbica e a força muscular em 20% e 30% respectivamente (ACSM, 2009). Roie et al. (2010) também evidenciaram esse fato ao estudarem 180 idosos sedentários, distribuídos em três grupos (controle, exercícios supervisionados e não supervisionados), apontando que a supervisão dos exercícios físicos promoveu melhores ganhos na aptidão da força e na capacidade funcional. Hernandez e Barros (2004) encontraram o mesmo resultado com um estudo envolvendo idosos (n=20) de 61 e 77 anos, onde os autores destacaram o fortalecimento da relação positiva entre a prática de atividade física e a melhoria em capacidades físicas e funcionais.

A melhora da mobilidade é outro benefício da prática regular de atividade física para esta população mais velha (VON BONSDORFF; RANTANEN, 2011). Esta melhora ocorre, principalmente, por causa dos ganhos de força (TUNA et al., 2009) e da velocidade do passo que ela proporciona aos seus praticantes (MATSUDO, 2002). Recentes pesquisas apontam que, além da melhora da mobilidade, os indivíduos idosos praticantes de atividades físicas podem ter benefícios relacionados com o aumento do equilíbrio (ACSM, 2009; MECHLING; NETZ, 2009). Essas melhoras geralmente previnem e/ou reduzem o número de quedas e a incidência de fraturas nesses idosos mais ativos fisicamente (MECHLING; NETZ, 2009).

USDHHS, 2008; BARNETT et al., 2006), além de diminuir o risco de lesões e melhorarem a autonomia funcional desses (ACSM, 2009; FLECK; FIGUEIRA JÚNIOR, 2003).

Um gasto energético de 2000 kcal por semana, através da realização de atividades físicas, está associado a um aumento de 1 a 2 anos na expectativa de vida, e um gasto energético de 1000 Kcal semanal diminui o risco de morte, por qualquer causa, entre 20% e 30% (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006), principalmente na faixa etária dos 60 a 84 anos (MECHLING; NETZ, 2009). Sendo assim, existem fortes evidências de que a prática regular de atividades físicas reduz o risco de mortalidade entre idosos (ACSM, 2009; USDHHS, 2008; BLAIR, 2002). Além disso, o mínimo de atividades físicas praticadas regularmente aumenta a expectativa de vida, reduz o número de medicamentos prescritos, bem como as taxas de morbidade e mortalidade (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; ACSM, 2009; SHEPHARD, 2003).

A atividade física também gera benefícios psicológicos e sociais, através do aumento da independência e autonomia dos idosos, proporcionando, conseqüentemente, melhoras da autoimagem, da autoestima, do bem-estar, do contato social e dos prazeres pela vida (ZIBETTI et al., 2010; CHAIM; IZZO; SERA, 2009; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009; MORENO; CERVELLÓ; MORENO, 2008; MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006; OKUMA, 2005; SHEPHARD, 2003).

Matsuo et al. (2007) também relatam a melhora da autoestima e autoimagem do idoso, ao realizarem uma pesquisa para avaliar e comparar a imagem corporal de idosas praticantes (n=15) e não praticantes (n=17) de um programa de atividades físicas. Os autores verificaram que as idosas não praticantes de atividades físicas podem estar mais sujeitas à influência de estereótipos sociais, e apresentam mais severamente os declínios biológicos comuns do envelhecimento, oriundos da pior autoestima e autoimagem que elas têm.

Em um estudo recente, Morgan, Tobar e Snyder (2010), que pesquisaram 44 indivíduos, com média de idade de 59,8 anos (DP=5,78), distribuídos em dois grupos, grupo experimental (n=29 sedentários) e controle (n=15), concluíram que os indivíduos ao serem submetidos a 15 semanas de caminhada (10.000 passos diários), obtiveram uma melhora no desempenho cardiovascular, na sua autoestima e no seu bem-estar psicológico.

A prática de atividades físicas preserva a autonomia do idoso (ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JR, 2008; HILDON et al., 2008; ANTUNES et al., 2005), prevenindo o declínio cognitivo (MARTINS; ZIMMER, 2009; ACSM, 2009; MORENO; CERVELLÓ; MORENO, 2008; PARK; O'CONNELL; THOMSON, 2003) e diminuindo o estresse, a depressão

(BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2010; ACSM, 2009; MORENO; CERVELLÓ; MORENO, 2008) e os padrões de sono (USDHHS, 2008; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; SHEPARD, 2003)

Moreno, Cervelló e Moreno (2008) e Stathopoulou et al. (2006) destacam que a atividade física, se praticada regularmente, está associada a melhoras significantes do humor em pessoas idosas, sendo que os efeitos têm sido encontrados com qualquer tipo de atividade física, mas, em especial, com o treinamento de força muscular, realizado em intensidade leve e moderada e em exercícios aeróbios e de resistência.

Mesmo que iniciada em idade avançada, a prática de atividades físicas pode melhorar a qualidade do desempenho físico e mental, além de reverter parcialmente às disfunções instaladas (CAROMANO; IDE; KERBAUY, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa caracterizou-se, conforme os seus objetivos, em dois momentos:

Primeiro momento:

No primeiro momento, o estudo identificou as características sociodemográficas e as condições de saúde (presença de doença e uso de medicamentos) e associou essas variáveis dos idosos longevos inativos fisicamente, participantes de grupos de convivência para idosos de diferentes regiões (Centro, Sul, Norte, Leste e Continente) de Florianópolis-SC. Assim, a pesquisa foi caracterizada como descritiva epidemiológica transversal.

A pesquisa descritiva procura conhecer situações e relações que ocorrem na vida social, aspectos do comportamento humano, isolados ou em grupos (CERVO; BERWIAN, 2002). A abordagem epidemiológica se caracteriza pela distribuição do *status* de saúde, doenças ou problemas de saúde em relação à idade, sexo, raça, geografia, religião, educação, ocupação, comportamento, tempo, lugar, pessoa, entre outras (TIMMRECK, 2002). O estudo transversal tem sido o mais utilizado, porque observa o fator e o efeito em um mesmo momento histórico, avaliando a mesma variável (ROUQUARYOL; BARRETO, 2003).

Segundo momento:

No segundo momento, com o objetivo de descrever às barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física dos idosos longevos inativos fisicamente, cadastrados em grupos de convivência de Florianópolis-SC, a pesquisa caracterizou-se por ser qualitativa participante.

A pesquisa qualitativa trabalha com opiniões, valores, crenças, hábitos, atitudes, representações e se adequa a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos (PAULILO, 1999). A pesquisa participante acontece quando o pesquisador estabelece relações comunicativas com pessoas ou grupos da situação investigada, com o intuito de ser melhor aceito e, assim, em estreita associação, desenvolver uma ação ligada com a resolução de um problema coletivo (THIOLLENT, 1992).

Burrows (2004) defende a idéia de que a busca do conhecimento sobre o homem e sua singularidade, como um ser social, só se dará com a utilização de abordagens quantitativas e qualitativas, pois as mesmas se complementam.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.2.1 População

A população deste estudo envolveu 493 idosos longevos, ou seja, que têm 80 anos ou mais de idade, participantes de 102 grupos de convivência para idosos, cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC. Apresenta-se, no Quadro 3, a população deste estudo, conforme a distribuição dos idosos longevos pelos grupos de convivência para idosos e as diferentes regiões de Florianópolis-SC.

Grupos de convivência para idosos são baseados em práticas educativas desenvolvidas em grupos, que tem propósitos ou metas comuns. Esses grupos proporcionam educação participativa, na perspectiva de que todos se mostrem ativos no trabalho grupal. Nos grupos de convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC são desenvolvidas atividades manuais (tricô, crochê, corte e costura), recreativas (bingo, cartas e dominó), educativas (palestras e cursos), viagens turísticas e lanches. Geralmente os grupos se reúnem uma vez por semana (PMF, 2009).

Quadro 3: Número de grupos de convivência para idosos por regiões de Florianópolis-SC, de idosos longevos cadastrados nestes grupos, de idosos longevos entrevistados, de idosas longevas inativas fisicamente e de idosas que participaram dos grupos focais.

Região	Nº de grupos de convivência	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos entrevistados		Nº de idosas longevas inativas fisicamente	Nº de idosas longevas com pontuação zero no somatório total do IPAQ	Nº de idosas longevas que participaram do grupo focal
			Homens	Mulheres			
Centro	31	168	6	96	52	20	6
Leste	9	45	5	32	12	9	4
Sul	18	86	8	60	41	20	6
Norte	16	75	5	51	24	20	8
Contínente	28	119	4	84	44	20	6
Total	102	493	28	323	173	89	30

3.2.2 Amostra

A pesquisa teve dois tipos de amostra, conforme os dois momentos do estudo.

Primeiro Momento:

A amostra desse primeiro momento do estudo foi selecionada de forma intencional e voluntária, onde participaram idosos com 80 ou mais anos de idade que estavam presentes no dia das coletas e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foi realizada somente

uma visita em cada grupo de convivência para idosos cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.

Neste primeiro momento, foi verificado o nível de atividade física dos idosos longevos, participantes de 102 grupos de convivência para idosos, cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, para selecionar os idosos inativos para o estudo. Para isso foi aplicado aos idosos longevos, como forma de triagem da amostra, o Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, forma longa, semana normal, adaptado para idosos (MAZO; BENEDETTI, 2010), que avalia o nível de atividade física.

Desses grupos de convivência, foram avaliados 351 idosos longevos (Quadro 3), sendo que destes, 28 eram do sexo masculino e 323 do feminino, onde 171 idosos longevos eram ativos e 180 eram inativos fisicamente. Optou-se, neste estudo, pelas mulheres idosas longevas inativas que eram num total de 173, devido ao maior número delas nos grupos de convivência para idosos e ao maior número de mulheres neste estrato etário mais longo. A definição de inativa fisicamente se deu neste estudo com base nas recomendações de limiares de atividades físicas que resultam em benefícios para a saúde (MARSHALL; BAUMAN, 2001), ou seja, pessoas que praticam menos de 150 minutos por semana de atividades físicas moderadas e/ou vigorosas.

Segundo momento:

No segundo momento, os sujeitos do estudo foram selecionados de forma intencional, pois o objetivo era analisar às barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física e, para isso, utilizou-se da técnica de grupo focal. Também optou-se por estudar as mulheres idosas longevas inativas fisicamente, visto a predominância desse sexo nos grupos de convivência para idosos, principalmente nessa faixa etária, e por terem feito parte do primeiro momento do estudo. Conforme Lefèvre e Lefèvre (2005, p.38), “o pesquisador pode compor pessoalmente sua amostra escolhendo todos os indivíduos conforme suas características que deseja estudar”.

De acordo com Trad (2009), o grupo focal é composto por, no mínimo, 6 e, no máximo, 15 participantes, um moderador, que lança os temas e orienta o debate, e um observador que analisa e anota as reações dos participantes.

Nesse sentido, foram convidados a participar dessa etapa da pesquisa 89 idosas longevas inativas fisicamente, que obtiveram pontuação zero no somatório total do IPAQ (MARSHALL; BAUMAN, 2001), sendo 20 em cada uma das 5 regiões de Florianópolis-SC, e 9 na região Leste, pois não foram identificadas mais idosas longevas com pontuação zero no

somatário total do IPAQ, nessa região. Das 89 idosas longevas inativas fisicamente convidadas, 30 aceitaram participar dos grupos focais, distribuídos da seguinte forma por região: Centro (n=6), Leste (n=4), Sul (n=6), Norte (n=8) e Continente (n=6), conforme Quadro 3.

3.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram diferentes, conforme os dois momentos do estudo.

Primeiro Momento:

- A Ficha diagnóstica utilizada pelo Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) da UDESC (ANEXO A), a qual contém 23 questões abertas e fechadas sobre as características sociodemográficas e condições de saúde de idosos.
- O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – forma longa, semana normal, adaptado para idosos (MAZO; BENEDETTI, 2010) (ANEXO B), que avalia o nível de atividade física dos idosos. Esse é um instrumento que permite estimar o dispêndio energético semanal de atividades físicas relacionadas com trabalho, lazer, transportes, tarefas domésticas, e na posição sentada, com intensidade moderada ou vigorosa, durante 10 minutos contínuos, numa semana normal (MARSHALL; BAUMAN, 2001; BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI et al., 2007).

A avaliação de idosos através de questionários (autoadministrados ou na forma de entrevista) é um procedimento particularmente difícil, devido à imprecisão das informações fornecidas e à susceptibilidade a viés de registro ou de memória (PEREIRA, 2001). Outro problema é a inexistência de instrumentos que tenham sido adequadamente construídos ou adaptados para utilização em pessoas idosas. Para utilização com pessoas dessa faixa etária, nas questões do IPAQ adaptado para idosos, foram incluídos exemplos de atividades que são comuns às pessoas desse grupo etário. Além disso, o campo para preenchimento das informações foi modificado, passando a ser requerido que o entrevistador registre o tempo médio habitual para cada dia da semana (segunda a domingo), ao invés de indicar apenas a frequência semanal e o tempo médio de realização dessas atividades físicas (MAZO; BENEDETTI, 2010).

Segundo Momento:

- Técnica de grupo focal (APÊNDICE C). Essa técnica é uma forma de entrevista com grupos, baseada na comunicação e na interação (TRAD, 2009), através de um tópico a ser explorado, podendo abordar um tema e um grupo específico, a fim de entender em profundidade o comportamento de um determinado grupo (MARCONI; LAKATOS, 1996). O grupo focal busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produtos ou serviços (TRAD, 2009). Neste trabalho, o grupo focal foi utilizado para analisar as percepções quanto às barreiras e aos facilitadores para a prática de atividade física das idosas longevas inativas fisicamente.

O roteiro utilizado na técnica de grupo focal foi o seguinte (APÊNDICE C): 1- Como podemos envelhecer ativamente? 2- Como vocês percebem a atividade física? 3- Vocês conhecem alguém da sua idade que faz atividade física regularmente? 4- Na opinião de vocês, o que é importante e que impulsiona essas pessoas a saírem de casa para praticarem atividade física? 5- Vocês gostariam de praticar atividade física como elas? 6- Na opinião de vocês, o que motivaria vocês a fazerem atividade física? 7- O que impede vocês de não fazerem atividade física? 8- Quais os tipos de atividades físicas que vocês fariam ou poderiam fazer? 9- Quais as atividades físicas que vocês mais gostam? 10- Quais atividades físicas vocês faziam no passado? O que fez vocês pararem de fazer essas atividades físicas, ou o que fez vocês não fazerem atividades físicas?.

3.4 ESTUDO PILOTO

3.4.1 Testagem dos instrumentos quanto à clareza e compreensão dos seus itens e tempo de aplicação

Com o objetivo de testar a forma de contato com as pessoas idosas dos grupos de convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, a aplicabilidade, a clareza e o tempo de entrevista dos instrumentos de pesquisa, foi realizado um estudo piloto. Este estudo foi dividido em dois momentos.

Primeiro Momento:

Participaram deste estudo 7 pessoas idosas, com idades entre 74 e 78 anos, todas do sexo feminino, e cadastrados em três grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC. Esses grupos têm suas reuniões realizadas no Conselho Comunitário do Pantanal, localizado no bairro Trindade da região Leste de Florianópolis-SC.

O primeiro contato com esses grupos foi realizado através dos coordenadores. Posteriormente, foi entregue um documento da instituição pesquisadora para oficializar o estudo e para apresentar os pesquisadores. Logo após, foi explicado o objetivo da pesquisa, a sua relevância para a população em geral e, principalmente para as pessoas mais longevas, a importância da colaboração dos pesquisados para a comunidade, o retorno da pesquisa após sua conclusão e os procedimentos de coleta de dados. Também foi explicado sobre a confidencialidade dos dados e o direito de cada pesquisado, a qualquer momento, desistir da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nos dias dos grupos de convivência, durante a reunião dos mesmos que ocorrem das 14 horas às 17 horas. Os idosos apresentaram-se bem receptivos e cooperativos com as entrevistas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias, ficando uma na posse dos pesquisadores e outra para os pesquisados. As entrevistas ocorreram em locais distantes dos outros participantes, para que não sofressem nenhum tipo de interferência.

Todos os participantes (100%) consideraram que os instrumentos se apresentavam de forma bem clara e de fácil compreensão. O tempo médio para aplicação da ficha diagnóstica e do IPAQ foi de 15 minutos.

Segundo Momento:

A técnica de grupo focal, que consiste na realização de uma reunião para debater um tema específico, através de questões norteadoras voltados para a temática fatores influenciadores para a prática de atividades físicas, foi realizada em quatro mulheres idosas, com idade entre 74 e 78 anos, sendo duas consideradas ativas e duas inativas fisicamente (avaliadas através do IPAQ no primeiro momento do estudo), em um dia previamente agendado. Esse foi realizado no Centro de Convivência do Pantanal, no bairro Trindade, na região Leste de Florianópolis-SC. A aplicação da técnica de grupo focal levou 35 minutos para ser realizado.

Em relação à clareza e compreensão dos instrumentos, 100% das pessoas idosas disseram que os temas lançados na técnica de grupo focal eram muito claros e de fácil compreensão, sendo que as perguntas foram feitas calmamente e sem induzir os resultados.

Os principais cuidados na aplicação da técnica de grupo focal é que o mediador não pode interferir e nem influenciar as respostas dos participantes. Deve-se lançar o tema a ser discutido, de forma clara e calmamente, para que os participantes possam entender o que queremos debater. Outro cuidado muito importante durante a aplicação da técnica de grupo

focal é que o mediador tem que saber conduzir o debate para que os participantes não saiam do tema em questão, cuidando para não inibir as falas destes.

O observador também é um elemento importantíssimo da técnica de grupo focal, pois ele pode observar reações importantes dos participantes. Ele deve também anotar tudo, bem detalhadamente, em um diário de campo, para que, após a aplicação da técnica, juntamente com o mediador, possam debater como foi a coleta de dados. O diário de campo auxilia muito na fase de transcrição das fitas e da elaboração dos resultados.

3.4.2 Resultados do Projeto Piloto

A execução do estudo piloto foi muito importante para a coleta de dados do estudo, pois mostrou aos pesquisadores como aplicar os instrumentos de melhor forma e principalmente como se deve conduzir a técnica de grupo focal. Outro ponto importante do estudo piloto foi saber quanto tempo cada instrumento leva para ser aplicado. Com isso os pesquisadores conseguiram elaborar melhor o cronograma de coleta de dados.

3.5 COLETA DE DADOS

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, conforme parecer nº 149/2010, aprovado em 20 de agosto de 2010 (ANEXO D).

Para a realização desta pesquisa, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os envolvidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

A coleta de dados da pesquisa foi distinta, conforme os dois momentos do estudo.

Primeiro Momento:

Primeiramente, contatou-se com a Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC para se ter acesso ao número, ao endereço dos grupos de convivência de idosos cadastrados na mesma, e os dados para contato com os coordenadores dos grupos (ANEXO F). A Gerência do Idoso da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC forneceu o banco de dados, onde se identificaram o local de funcionamento e os telefones das coordenadoras dos 105 Grupos de Convivência, sendo verificada a existência de idosos longevos em 102 grupos.

Posteriormente, foram contatados os coordenadores dos grupos de convivência para pedir permissão para fazer a pesquisa nos mesmos. A etapa seguinte foi identificar quantos

idosos longevos existiam cadastrados nesses grupos de convivência, para convidá-los a participarem do estudo e esclarecer os objetivos deste.

Os idosos longevos foram contatados no próprio grupo de convivência de que participam, onde foi realizado o convite para a participação na pesquisa e marcada data e horário para esta. Ao aceitarem participar da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma na posse do pesquisador e a outra na posse do participante. Após, foi aplicada, em forma de entrevista, a ficha diagnóstica e o IPAQ.

Segundo Momento:

De posse das informações dos idosos quanto ao seu nível de atividade física, foi realizado convite às 89 idosas longevas inativas fisicamente com pontuação zero no somatório total do IPAQ, para participarem dos 5 grupos focais de cada região de Florianópolis-SC. Após, foi marcado data, horário e local para a realização da técnica de grupo focal, de acordo com a proximidade das idosas longevas selecionadas.

É importante registrar a dificuldade dos pesquisadores para obter o número desejado de idosas longevas para a realização desta segunda parte do estudo, pois as mesmas utilizavam vários argumentos para não participar. Sendo assim, o deslocamento das idosas longevas nesse dia foi todo de responsabilidade dos pesquisadores, tanto a ida até o local da realização da técnica de grupo focal, quanto a volta para as suas residências. Esse contato para agendamento da coleta de dados e para o deslocamento das idosas longevas foi todo feito por telefone.

Antes da aplicação da técnica de grupo focal, foi realizado um treinamento com os pesquisadores, para ensinar como proceder durante a realização desse. Esse treinamento se deu em três etapas, sendo elas: como elaborar um roteiro para a técnica, como aplicar e como analisar a mesma. Esse treinamento, foi ministrado, pelo Professor Dr. do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Rodrigo Otávio Moretti-Pires.

Para a aplicação do grupo focal, foram realizadas três etapas: 1ª) Convite aos participantes e preparação do encontro. 2ª) Encontro e mapeamento dos participantes. 3ª) A transcrição das fitas e a compilação dos dados (TRAD, 2009).

A técnica de grupo focal consistiu na interação entre os participantes e os pesquisadores (mediador e observadores), o que objetivou colher informações a partir da discussão focada em tópicos específicos e não diretivos. Sendo assim, por meio dessa técnica, buscou-se identificar quais eram as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade

física regular por parte das idosas longevas estudadas. O debate do grupo focal se deu através de um roteiro aplicado em forma de entrevista semi-estruturada, elaborado para atingir os objetivos do estudo. A técnica de grupo focal foi realizada de forma não diretiva e em grupo.

Ao dar início aos grupos focais, era esclarecido o objetivo do estudo e como iria proceder a coleta de dados, bem como a importância da colaboração para a efetivação da pesquisa. Após o mediador se apresentar e apresentar os observadores, e pedir para que cada idosa longeva se apresentasse ao grupo, dizendo nome, idade, grupo de convivência de que participava e o que mais cada participante achasse pertinente informar. Essa etapa foi importante, pois fez com que as idosas longevas ficassem mais desinibidas e relaxadas. Posteriormente, foram lançados os temas do grupo focal um a um. No final do encontro, enquanto as idosas tomavam um café, o mediador e os observadores elaboravam um diário de campo sobre a coleta de dados. Todos os encontros foram gravados e filmados, para posterior transcrição dos resultados. As reuniões duraram de 45 a 90 minutos.

Aschidamini e Saupe (2004) salientam que o mediador e o observador devem trabalhar em conjunto, sendo que o observador deve auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais e estar atento à aparelhagem audiovisual. Deve ter também facilidade para síntese e análise e capacidade para intervenção. No final de cada sessão (ou nos dias seguintes), deve ser realizada avaliação acerca das discussões, sentimentos e sensações promovidas naquele encontro, sendo elaborado um quadro geral das idéias preponderantes e traçar estratégias para as próximas reuniões do grupo focal, ou finalizar com um relatório das atividades ocorridas.

Pela dificuldade de reunir as idosas longevas, pela idade avançada, pela fragilidade inerente à idade, pelo deslocamento até o local da coleta de dados e pelas informações que foram obtidas, optou-se por realizar apenas um encontro em cada um dos 5 grupos focais. Aschidamini e Saupe (2004) afirmam que o número de encontros varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa, podendo ser alterado após análise conjunta (do moderador e observador) dos dados coletados.

Outro ponto importante de salientar é que após a pesquisa os resultados serão repassados aos coordenadores dos grupos de convivência, bem como para a Prefeitura Municipal de Florianópolis-Sc, para que possa ser feita uma intervenção mais efetiva, e que essa população longeva possa ter facilitado seu acesso a prática regular de atividades físicas.

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

No quadro 4, são apresentadas as variáveis do estudo e suas análises.

Quadro 4: Variáveis e análises do estudo.

Variável	Critérios de categorização	Tipo de Análise
Idade	Anos completos.	Média e frequência simples
Estado civil	Solteiro, casado/juntado, separado/divorciado, viúvo.	Média e frequência simples
Escolaridade	Analfabeto/ 0 anos de estudo, fundamental incompleto/ 1 a 7 anos, fundamental completo/ 8 anos, médio incompleto/ 9 a 10 anos, médio completo/ 11 anos, ensino superior completo/ graduação, especialização, mestrado ou doutorado.	Média e frequência simples
Mora com quem	Sozinho, Acompanhado.	Média e frequência simples
Religião	Católico, evangélico, espírita, sem religião, outros.	Média e frequência simples
Etnia	Caucasiano/ branco, asiático/ mulato/ pardo, afrodescendentes/ negro.	Média e frequência simples
Ocupação atual	Aposentado e ou pensionista, aposentado e pensionista ativo, não remunerado.	Média e frequência simples
Renda média mensal familiar	< 1 salário mínimo/ menor que R\$ 510,00, 1-3/ R\$ 510,00 a 1.529,00, 3-4/ R\$ 1.530,00 a 2.039,00, 4-6/ R\$ 2.040,00 a 3.059,00, > de 6/ mais que R\$ 3.060,00.	Média e frequência simples
Estado de saúde	Ótimo/ bom, regular, ruim/ muito ruim.	Média e frequência simples
Medicamentos	Sim, não.	Média e frequência simples
AF como meio de transporte	Seção 2, quantas vezes por semana realiza deslocamento utilizando carro, bicicleta, caminhada.	Somatório dos tempos
AF em casa e tarefas domésticas e atenção a família	Seção 3, quantas vezes por semana realiza atividade física vigorosa ou moderada no jardim ou quintal por mais de 10 minutos, no quintal, moderadas em casa por mais de 10 minutos.	Somatório dos tempos
AF de recreação, esporte, exercício e de lazer	Seção 4, quantas dias por semana realiza caminhada por lazer por mais de 10 minutos, atividade física vigorosa no lazer por mais de 10 minutos, atividade física moderadas no lazer por mais de 10 minutos.	Somatório dos tempos
Barreiras para a prática de AF	Foco temático de discussão grupal, o que impedem de praticar AF, o que faz faltar à prática de AF.	Análise de conteúdo temática
Facilitadores para a prática de AF	Foco temático de discussão grupal, o que impulsiona a praticar AF, o que mais gostam de praticar, o que fez ingressarem.	Análise de conteúdo temática

O tratamento dos dados se deu conforme os dois momentos da pesquisa:

Primeiro Momento:

Os dados provenientes da ficha diagnóstica (características sociodemográficas e condições de saúde dos idosos longevos) foram analisados a partir da estatística descritiva, por meio de média e frequência simples.

Para analisar o nível de atividade física dos idosos longevos a partir do IPAQ, forma longa, foi utilizado o somatório dos tempos (minutos por semana) das atividades físicas moderadas e vigorosas nos seus diferentes domínios (trabalho, lazer, transporte e tarefas domésticas). De acordo com Marshall e Bauman (2001), a classificação do IPAQ se dá em quatro níveis:

- SEDENTÁRIO: não realiza atividade física por, pelo menos, 10 minutos contínuos durante a semana.
- INSUFICIENTE ATIVO: realiza atividade física por, pelo menos, 10 minutos por semana, atingindo um dos critérios da seguinte recomendação: (a) frequência de 5 dias por semana e/ou duração de 150 minutos semanais e (b) não atingiu nenhum dos critérios da recomendação. Para realizar essa classificação, somam-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividade (caminhada + moderada + vigorosa).
- ATIVO: cumpriu as recomendações (a) vigorosa ≥ 3 dias por semana ≥ 20 minutos por sessão, (b) moderada ou caminhada ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão e, (c) qualquer atividade somada ≥ 5 dias por semana e ≥ 150 minutos por semana (caminhada + moderada + vigorosa).
- MUITO ATIVO: cumpriu as seguintes recomendações: (a) vigorosa ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão ou (b) vigorosa ≥ 3 dias por semana e ≥ 20 minutos por sessão + moderada e/ou caminhada ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão;

Para melhor compreensão dos resultados, a variável nível de atividade física, avaliada pelo IPAQ, foi dicotomizada em: indivíduos inativos (categorias sedentários e insuficientemente ativos) que realizam menos de 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas e/ou vigorosas, e indivíduos ativos (categoria ativos e muito ativos) que realizam mais de 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas e/ou vigorosas. Optou-se, no primeiro momento do estudo, pelas mulheres idosas inativas, ou seja, que tiveram de zero a 149 minutos por semana de atividade física moderada e/ou vigorosa (categorias sedentários e insuficientemente ativos), e, no segundo momento do estudo, pelas idosas consideradas inativas fisicamente que tiveram a pontuação zero no somatório total do IPAQ.

Para associação entre as variáveis categóricas (características sociodemográficas e condições de saúde) dos idosos longevos e as regiões de Florianópolis-SC, utilizou-se o

programa estatístico SPSS 17.0, através do teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Segundo Momento:

Para a interpretação das informações que foram obtidas através da técnica de grupo focal, foi utilizada a análise de conteúdo temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (MINAYO, 2008).

Nesse sentido, Godoy (1995, p.23) afirma que o pesquisador que opta pela análise de conteúdo tem, como meta, “entender o sentido da comunicação, como se fosse um receptor normal e, principalmente, desviar olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira”.

Para Minayo (2008), a utilização da análise de conteúdo prevê três etapas principais:

1ª) Pré-análise: trata do esquema de trabalho e envolve os primeiros contatos com os documentos de análise, a formulação de objetivos, definição dos procedimentos a serem seguidos e a preparação formal do material. Além disso, a pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante; constituição do corpus; e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

2ª) Exploração do material: corresponde ao cumprimento das decisões anteriormente tomadas, isto é, leitura de documentos, categorização, definição das unidades de contexto e de registro, entre outros.

3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: fase onde os dados são lapidados, tornando-se significativos, sendo que essa etapa de interpretação deve ir além dos conteúdos manifestos nos documentos, buscando descobrir o que está em torno das novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados conforme os dois momentos distintos da pesquisa e seus objetivos. Assim, a Tabela 1 apresenta os resultados do primeiro momento da pesquisa que são as características sociodemográficas e as condições de saúde (presença de doença e uso de medicamentos) e a associação dessas variáveis das idosas longevas inativas fisicamente, participantes em grupos de convivência para idosos de diferentes regiões (Centro, Sul, Norte, Leste e Continente) de Florianópolis-SC.

Tabela 1: Associação entre as características sociodemográficas e as condições de saúde das idosas longevas inativas fisicamente e as diferentes regiões dos grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC (n=173).

Variáveis	Norte f (%)	Leste f (%)	Centro f (%)	Sul f (%)	Continente f (%)	Total f (%)	X ²	p
Características Sociodemográficas								
Estado Civil								
Solteiro	0 (0)	1 (8,3)	8 (15,4)**	1 (2,4)	3 (6,8)	13 (7,5)	15,24	0,220
Casado	0 (0)	1 (8,3)	3 (5,8)	5 (12,2)	4 (9,1)	13 (7,5)		
Separado	1 (4,2)	0 (0)	3 (5,8)	0 (0)	1 (2,3)	5 (2,9)		
Viuvo	23 (95,8)	10 (83,4)	38 (73)	35 (85,4)	36 (81,8)	142 (82,1)		
Com quem mora								
Sozinho	8 (33,3)	3 (25)	16 (30,8)	16 (39)	13 (29,5)	56 (32,4)	45,78	0,120
Acompanhado	16 (66,4)**	9 (75)**	36 (69,2)	25 (61)	31 (70,5)**	117 (67,6)		
Escolaridade								
Analfabeto	4 (16,8)	2 (16,7)	8 (15,4)	6 (14,6)	6 (13,6)	26 (15,0)	24,81	0,200
Fund. Incompleto	18 (75)	7 (58,3)	22 (42,3)	29 (70,7)	28 (63,6)	104 (60,1)		
Fund. Completo	1 (4,1)	3 (25)	10 (19,2)	4 (9,8)	5 (11,5)	23 (13,3)		
Médio Incompleto	0 (0)	0	1 (1,9)	0 (0)	2 (4,5)	3 (1,7)		
Médio Completo	1 (4,1)	0	8 (15,4)**	2 (4,9)	1 (2,3)	12 (6,9)		
Ensino Superior	0 (0)	0	3 (5,8)	0 (0)	2 (4,5)	5 (2,9)		
Religião								
Católico	24 (100)	11 (91,7)	49 (94,2)	39 (95,2)	42 (95,5)	165 (95,4)	10,49	0,570
Evangélico	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Espírita	0 (0)	1 (8,3)	1 (1,9)	1 (2,4)	2 (4,5)	5 (2,9)		
Sem religião	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)**	0 (0)	0 (0)	2 (1,2)		
Outros	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	1 (0,6)		
Etnia								
Caucasiano	23 (95,8)	12 (100)	50 (96,2)	36 (87,8)	43 (97,7)	164 (94,8)	5,73	0,220
Afrodescendentes	1 (4,2)	0 (0)	2 (3,8)	5 (12,2)**	1 (2,3)	9 (5,2)		
Ocupação								
Apos/Pens.	24 (100)	11 (91,7)	51 (98,1)	39 (95,2)	42 (95,5)	108 (95,9)	17,52	0,350
Apos/Pens. Ativo	0 (0)	1 (8,3)**	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	2 (1,2)		
Não remunerado	0 (0)	0 (0)	1 (1,9)	1 (2,4)	2 (4,5)	4 (2,3)		
Renda								
< 1 Salário	2 (8,3)	4 (33,3)	10 (19,2)	9 (22)	7 (15,9)	32 (18,5)	33,51	0,030*
1 a 3 Salários	18 (75,0)**	2 (16,7)	18 (34,7)	20 (48,8)	22 (50,0)	80 (43,9)		
3 a 4 Salários	1 (4,2)	3 (25)**	4 (7,7)	3 (7,3)	4 (9,1)	15 (8,7)		
4 a 6 Salários	2 (8,3)	2 (16,7)	5 (9,6)	6 (14,6)	2 (4,5)	17 (9,8)		
> 6 Salários	1 (4,2)	1 (8,3)	15 (28,8)**	3 (7,3)	9 (20,5)	29 (16,8)		
Condições de saúde								
Estado de saúde								
Ótimo/Bom	11 (45,9)	4 (33,3)	22 (42,3)	12 (29,3)	20 (45,4)	69 (39,9)	16,79	0,390
Regular	10 (41,7)	5 (41,7)	21 (40,4)	22 (53,7)	16 (36,4)	74 (42,8)		
Ruim/Muito Ruim	3 (12,4)	3 (25)**	9 (17,3)	7 (17)	8 (18,2)	30 (17,4)		
Doenças								
Sim	21 (87,5)	11 (91,7)	49 (94,2)	36 (87,8)	40 (90,9)	157 (90,8)	1,49	0,820
Não	3 (12,5)	1 (8,3)	3 (5,8)	5 (12,2)	4 (9,1)	16 (9,2)		
Medicamentos								
Sim	20 (83,3)	12 (100)	48 (92,3)	35 (85,4)	41 (93,2)	156 (90,2)	4,36	0,350

Não	4 (16,7)	0 (0)	4 (7,7)	6 (14,6)	3 (6,8)	17 (9,8)
-----	----------	-------	---------	----------	---------	----------

f= Frequência; %=percentagem; Fund.= Fundamental; Apos.= Aposentado; Pens.= Pensionista; X²= Teste Qui-Quadrado; *p<0,05; ** ajuste residual (≥2).

A média de idade das 173 idosas longevas inativas fisicamente foi de 84,9±4,12 anos. Pode-se verificar na tabela 1 que a maioria das idosas longevas inativas era viúva (82,1%), morava acompanhada (67,6%), tinha o ensino fundamental incompleto (60,1%), católica (95,4%), caucasiana (94,8%), aposentada/pensionista (95,9%), apresentava alguma doença (90,8%) e fazia uso de medicamento regularmente (90,2%). Além disso, 43,9% recebiam entre 1 e 3 salários mínimos mensais e 42,8% consideravam sua saúde regular (42,8%).

Foi verificada associação entre renda ($p<0,03$) das idosas longevas inativas fisicamente e as regiões onde se localizam os grupos de convivência para idosos, sendo que existe uma tendência de 75% das idosas da região Norte apresentarem menor renda (1 a 3 salários mínimos), de 25% da região Leste terem uma renda intermediária (3 a 4 salários mínimos) e de 28,8% da região Centro terem uma maior renda (mais que 6 salários mínimos).

Com relação às demais características analisadas, não houve associação significativa com as regiões da cidade. No entanto 95,8% das idosas longevas da região Norte eram viúvas, 66,4% moravam acompanhadas, 75% tinham o ensino fundamental incompleto, 100% eram católicas, 95,8% caucasianas, 100% aposentadas e/ou pensionista, 75% recebiam de 1 a 3 salários mínimos por mês, 45,9% consideravam sua saúde ótima ou boa, 87,5% tinham, pelo menos, uma doença diagnosticada pelo médico e 83,3% tomavam, pelo menos, um medicamento por dia.

Já as idosas longevas da região Leste em sua maioria eram viúvas (83,4%), moravam acompanhadas (75%), tinham o ensino fundamental incompleto (58,3%), eram católicas (91,7,8%), caucasiana (100%), aposentada e/ou pensionista (91,7%), recebiam menos que 1 salário mínimo por mês (33,3%), consideravam sua saúde regular (41,7%), tinham, pelo menos, uma doença diagnosticada pelo médico (91,7%) e tomavam, pelo menos, um medicamento por dia (100%).

No que diz respeito às idosas longevas da região Centro, 73% eram viúvas, 69,2% moravam acompanhadas, 42,3% tinham o ensino fundamental incompleto, 94,2% eram católicas, 96,2% caucasianas, 98,7% aposentadas e/ou pensionista, 34,7% recebiam de 1 a 3 salários mínimos mensais, 42,3% percebiam sua saúde como ótima ou boa, 94,2% tinham, pelo menos, uma doença e 92,3% ingeriam algum medicamento diário.

Entretanto a maioria das idosas longevas da região Sul eram viúvas (85,4%), moravam com alguém (65%), não tinham completado o ensino fundamental escolar (70,7%), eram católicas (95,2%), da etnia caucasiana (87,8%), aposentadas e/ou pensionistas (95,2%), recebiam de 1 a 3 salários mínimos mensais (48,8%), percebiam sua saúde como regular (53,7%), tinham, pelo menos, uma doença (87,8%) e tomavam, algum medicamento diariamente (85,4%).

Em relação às características sociodemográficas e às condições de saúde das idosas longevas da região Continente, evidenciou-se que, 81,8% eram viúvas, 70,5% residiam acompanhadas de alguém, 63,6% possuíam o ensino fundamental incompleto, 95,5% eram da religião católica, 97,7% caucasianas, 95,5% aposentadas e/ou pensionista, 50% recebiam mensalmente de 1 a 3 salários mínimos, 45,4% percebiam sua saúde como ótima ou boa, 90,9% possuíam, pelo menos, uma doença e 93,2% ingeriam, pelo menos, um medicamento diário.

Ao associar as regiões onde se localizam os centros de convivência e as características sociodemográficas (estado civil, com quem mora, escolaridade, religião, etnia e ocupação) e as condições de saúde (estado de saúde atual, doenças e medicamentos) das idosas longevas, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa. Apesar disto, observa-se que existe uma tendência das idosas longevas da região Norte e Leste a morarem acompanhadas (66,4%, 75%, respectivamente), as da região Leste a serem aposentadas e/ou pensionistas (8,3%), além de receberem de 3 a 4 salários mínimos por mês (25%) e considerarem sua saúde como ruim ou muito ruim. No entanto as idosas longevas da região Centro tendem a ter o ensino médio completo (15,4%), a não terem religião (3,9%) e a receberem mais que 6 salários mínimos mensais (28,8%). Já as idosas longevas da região Sul tendem a serem afrodescendentes (12,2%) (Tabela 1).

No segundo momento da pesquisa, onde participaram 30 idosas longevas que não faziam nenhum tipo de atividades físicas no lazer, verificou-se que essas idosas eram, em sua maioria, viúvas (86,7%), tinham o ensino fundamental incompleto (80,1%), moravam acompanhadas (63,3%), eram católicas (96,7%), caucasiana (96,7%), aposentadas e/ou pensionistas (96,7%), tinham, pelo menos, uma doença diagnosticada pelo médico (90%) e faziam uso de, pelo menos, um medicamento diário (90%). Quanto à renda mensal 20% recebiam de 1 a 2 salários mínimos e 20% mais que 6 salários mínimos, além de 46,7% considerarem sua saúde regular.

A partir dos resultados dos grupos focais, observam-se, na Figura 1, as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física das 30 idosas longevas inativas fisicamente.

Quanto às barreiras que dificultam a prática de atividade física dessas, sugeriram 13 categorias temáticas, sendo que a limitação física apresentou 19 ocorrências, após a falta de disposição (9 ocorrências), excesso de cuidado da família (8 ocorrências), exercícios físicos inadequados (8 ocorrências), doenças (8 ocorrências), falta de segurança (7 ocorrências), casamento e cuidar dos filhos (6 ocorrências), nunca ter realizado atividades físicas no lazer (6 ocorrências), medo de quedas (5 ocorrências), aumento da idade (5 ocorrências), considerar a atividade física como não prioridade (4 ocorrências), falta de companhia para praticar (3 ocorrências) e não gostar de atividades físicas (2 ocorrências).

Quanto aos fatores facilitadores para a prática da atividade física, emergiram 9 categorias de análise. Em destaque, surgiu o prazer pela prática de atividade física (14 ocorrências) e, após, em ordem decrescente de ocorrência, a socialização (8 ocorrências), benefícios da atividade física (7 ocorrências), exercícios físicos adequados (6 ocorrências), ter companhia para praticar atividades físicas (5 ocorrências), o programa de atividades físicas da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC (5 ocorrências), ter uma boa saúde (4 ocorrências), ter força de vontade (3 ocorrências) e o incentivo e/ou convite de familiares e/ou amigos (2 ocorrências).

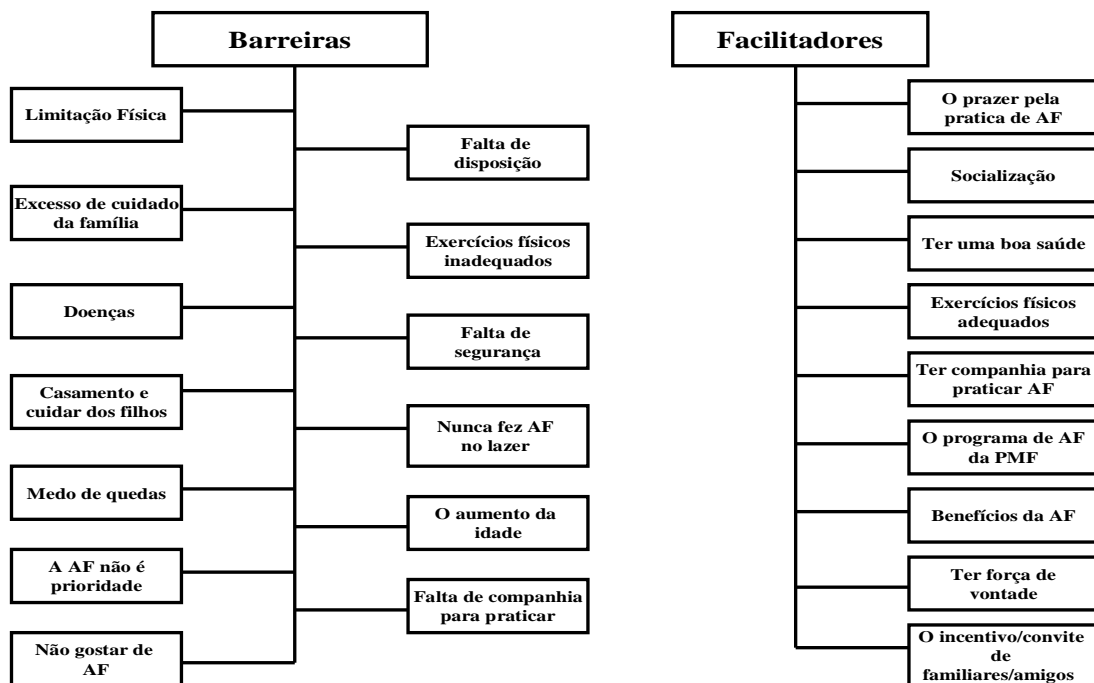


Figura 1: Barreiras e facilitadores para a prática regular de atividades físicas de idosas longevas inativas fisicamente, participantes de grupos de convivência para idosos de Florianópolis-SC.

Nota-se, no geral, que as idosas longevas inativas fisicamente mencionaram mais categorias referentes às barreiras para atividade física (13 categorias) do que os aspectos facilitadores (9 categorias) (Figura 1).

Observa-se que as 13 categorias de barreiras relatadas pelas idosas longevas do estudo, estão relacionadas entre si, conforme a Figura 2, abaixo.

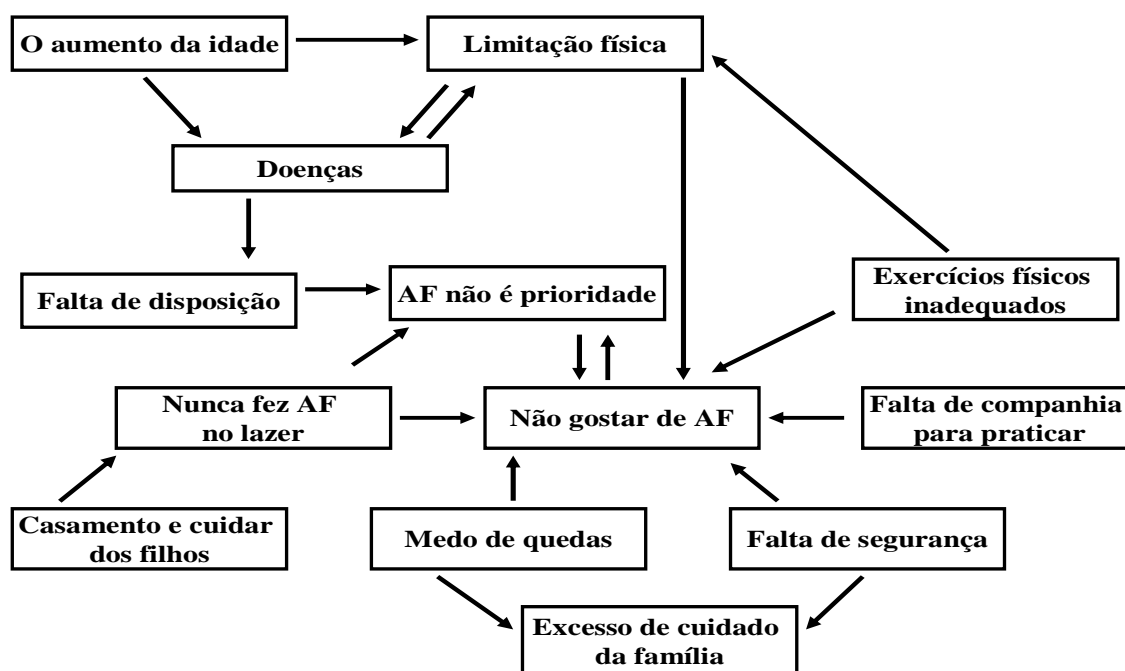


Figura 2: Diagrama da relação das barreiras para a prática regular de atividades físicas citadas pelas idosas longevas (n=30).

Observa-se na figura 2, que com o aumento da idade ocorrem as limitações físicas e doenças. As doenças fazem com que as idosas longevas tenham falta de disposição para praticar atividades físicas, ocasionando em uma não prioridade para esta prática. A atividade física não ser prioridade decorre também pelo fato de as idosas longevas nunca terem feito atividades físicas no lazer porque casaram e os maridos não deixaram mais elas praticarem e porque tinham que cuidar dos filhos. Esta falta de prática de atividades físicas no lazer fez com que as idosas longevas não gostassem de praticá-las, fazendo com que elas não priorizassem a atividade física. Além disso, o medo de quedas, a falta de segurança e de companhia contribuem para as idosas longevas não gostarem de praticar atividades físicas. Estas três barreiras podem gerar um excesso de cuidado da família em relação a prática de atividades físicas pelas idosas longevas. E quando as mesmas resolvem praticar atividades

físicas, os exercícios físicos acabam sendo inadequados devido as suas limitações físicas, o que faz com que elas não gostem de atividades físicas.

Quanto aos fatores facilitadores para a prática de atividade física pelas idosas longevas, surgiram 9 categorias de análise que estão interligadas entre si, conforme a figura 3.

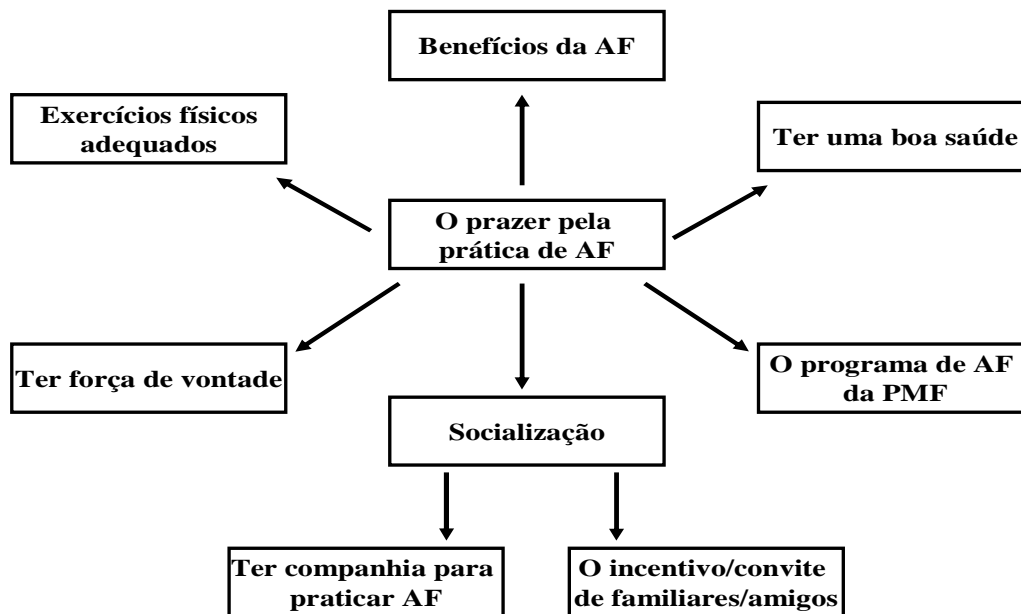


Figura 3: Diagrama da relação dos facilitadores para a prática regular de atividades físicas citadas pelas idosas longevas (n=30).

Observa-se na figura 3, que os fatores facilitadores para a prática regular de atividades físicas pelas idosas longevas ficam em torno do prazer pela prática, pois se os exercícios físicos realizados forem adequados e os benefícios da atividade física forem alcançados, elas terão mais prazer em praticar. Ter uma boa saúde, ter força de vontade para praticar atividades físicas e se socializar também são aspectos que fazem com que as idosas longevas tenham maior prazer em praticar. A socialização é evidenciada com a companhia de outros para praticar atividades físicas e com o incentivo e ou convite de familiares e ou amigos para a realização desta. Outro fator que faz com que as idosas longevas tenham prazer em praticar atividades físicas é o fácil acesso as mesmas, pois elas participam de grupos de convivência da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, e estes grupos são atendidos pelo programa Floripa Ativa, onde acadêmicos e professores de Educação Física vão quinzenalmente a estes grupos realizar atividades físicas.

No quadro 5 apresenta-se às barreiras, e no quadro 6 os facilitadores para a prática de atividades físicas das idosas longevas inativas fisicamente, de acordo com a região dos grupos de convivência de que elas participam (Continente, Centro, Norte, Sul e Leste). Percebe-se, que as idosas longevas da região Continente foram as que mais relataram barreiras (10 itens) para a prática regular de atividades físicas. Já as idosas pesquisadas da região Sul foram as que mais relataram facilitadores para a prática regular de atividades físicas (8 itens) e as participantes da região Centro e Leste as que menos reportaram esses facilitadores (4 itens).

Quadro 5: Barreiras para a prática de atividade física percebidas pelas idosas longevas de acordo com a região do grupo do convivência que participa.

Região	Barreiras para a prática de atividade física percebidas	Total de relatos
Continente	Limitação Física; falta de disposição; Excesso de cuidado da família; falta de segurança; casamento e cuidar dos filhos; medo de quedas; o aumento da idade; a AF não é prioridade; falta de companhia para praticar; não gostar de AF.	10
Centro	Limitação Física; Excesso de cuidado da família; exercícios físicos inadequados; Doenças; falta de segurança; casamento e cuidar dos filhos; medo de quedas; o aumento da idade.	8
Norte	Limitação Física; falta de disposição; Excesso de cuidado da família; nunca fez AF no lazer; medo de quedas; o aumento da idade; a AF não é prioridade; não gostar de AF.	8
Sul	Limitação Física; falta de disposição; Excesso de cuidado da família; Exercícios físicos inadequados; Doenças; casamento e cuidar dos filhos; a AF não é prioridade; falta de companhia para praticar.	8
Leste	Limitação Física; Excesso de cuidado da família; Exercícios físicos inadequados; Doenças; falta de segurança; casamento e cuidar dos filhos; nunca fez AF no lazer; o aumento da idade; falta de companhia para praticar.	9

As categorias limitação física e excesso de cuidado da família, foram as únicas citadas por todas as regiões de Florianópolis-SC, como barreiras para a prática regular de atividades citadas. Já o casamento e cuidar dos filhos, foi uma barreira que não foi relatada apenas pela região Norte, e, o aumento da idade pela região Sul. As regiões Centro, Sul, Leste mencionaram os exercícios físicos inadequados e as doenças como barreiras que impedem os idosos longevos de praticarem atividades físicas regularmente. A falta de disposição foi relatada pelas regiões Continente, Norte e Sul; a falta de segurança pelo Continente, Centro e Leste; o medo de quedas pelo Continente, Centro e Norte; a atividade física não ser prioridade pelo Continente, Norte e Sul; e, a falta de companhia para praticar pelo Continente, Sul e Leste. No entanto não gostar de fazer atividades físicas foi uma barreira mencionada pelas regiões Continente e Norte, e, nunca ter feito atividades físicas no lazer pelo Norte e Leste.

Quadro 6: Barreiras para a prática de atividade física percebidas pelas idosas longevas de acordo com a região do grupo do convivência que participa.

Região	Facilitadores para a prática de atividade física percebidos	Total de relatos
Continente	Socialização; ter uma boa saúde; exercícios físicos adequados; o programa de AF da PMF; benefícios da AF; o incentivo/convite de familiares/amigos.	6
Centro	Socialização; ter uma boa saúde; o programa de AF da PMF; benefícios da AF.	4
Norte	O prazer pela prática de AF; socialização; ter uma boa saúde; exercícios físicos adequados; ter companhia	6

	para praticar AF; ter força de vontade.	
Sul	O prazer pela prática de AF; socialização; ter uma boa saúde; ter companhia para praticar AF; o programa de AF da PMF; benefícios da AF; ter força de vontade; o incentivo/convite de familiares/amigos.	8
Leste	O prazer pela prática de AF; exercícios físicos adequados; o programa de AF da PMF; benefícios da AF.	4

Em relação aos facilitadores para a prática regular de atividades físicas, percebidos pelas idosas longevas estudadas, notou-se, que, a socialização e ter uma boa saúde só não foram citados pela região Leste. O programa de atividades físicas da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC e os benefícios da atividade física não foram relatados pela região Norte como fatores facilitadores para a prática física. Os exercícios físicos adequados foram relatados pelas idosas longevas das regiões Continente, Norte e Leste, e, o prazer pela prática de atividades físicas pelas regiões Norte, Sul e Leste. Já, o incentivo/convite de familiares/amigos, só foi mencionado pelas regiões Continente e Sul, ter companhia para praticar atividades físicas pelas regiões Sul e Norte e, ter força de vontade pelas regiões Sul e Norte.

5 DISCUSSÃO

As discussões foram realizadas conforme os dois momentos distintos da pesquisa e de seus resultados. No primeiro momento relacionado a identificar as características sociodemográficas e as condições de saúde das 173 idosas longevas inativas fisicamente, participantes do estudo, verificou-se que essas eram, em sua maioria, viúvas, tinham baixa escolaridade e baixa renda. Estudos com idosos (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; CASSOU et al., 2011; DUMITH, 2009; GOBBI et al., 2008) apontam que o estado civil, o nível socioeconômico e a escolaridade são fatores de risco para a inatividade física, pois pessoas que vivem sozinhas, com baixo nível socioeconômico e com menor escolaridade tendem a serem inativas fisicamente.

Autopercepção de saúde também foi verificada no presente estudo, onde a maioria das idosas longevas relata que sua saúde é regular. A saúde, dentre outros fatores, também influencia na inatividade física diretamente, pois o idoso que relata uma saúde ruim, provavelmente irá praticar atividades físicas em menor quantidade, se comparado ao idoso que tem uma melhor saúde autopercebida (SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010; BUMAN; YASOVA; GIACOBBI, 2010; NASCIMENTO et al., 2010 ; ASLAN et al., 2007; GOBBI et al., 2008; DAWSON et al., 2007).

As condições de saúde também foram analisadas por meio do uso de medicamentos e presença de doenças, onde foi evidenciado que a maioria das idosas longevas apresenta alguma doença e faz uso de medicamentos regularmente. Sabe-se que, sem a rotina de trabalho, idosos longevos permanecem mais tempo em casa e passam uma grande quantidade de horas assistindo televisão, que é uma atividade de baixo dispêndio calórico, e, assim, apresentam uma grande tendência de diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas. Essa combinação de inatividade física e as perdas biopsicossociais advindas do processo de envelhecimento se associam significativamente aos marcadores bioquímicos de obesidade e a problemas de saúde (BINOTTO; BORGATTO; FARIAS, 2010; COSME; OKUMA; MOCHIZUKI, 2008; VIGITEL, 2007). Portanto a presença de doenças é muito comum nessa faixa etária, onde somente 15% dos idosos longevos não apresentam nenhuma doença (VERAS, 2001), valores bem menores se comparados aos 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade que não possuem doenças (IBGE, 2010).

Do mesmo modo, o aumento de doenças leva a um quadro de polifarmácia, com uso de vários medicamentos. Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004), que traçaram o perfil dos idosos do município de Florianópolis-SC, observaram que apenas 27% idosos do estudo não

utilizavam medicamentos. Silva (2009) verificou, em estudo mais recente, que 84,5% das idosas praticantes de atividades físicas no programa da saúde da família de São Caetano do Sul-SP faziam uso de três ou mais medicamentos por dia. Ao relacionar o consumo de medicamentos com a prática de atividades físicas, Novais (2009) verificou que, quanto maior o uso de medicamentos diário, maior a chance de a pessoa idosa não praticar atividades físicas no lazer. Sendo assim, os idosos longevos, que, normalmente, fazem uso de muitos medicamentos, tendem a serem mais inativos fisicamente (CAMPION, 1994).

Outro aspecto analisado no presente estudo foi à associação das características sociodemográficas e de condições de saúde das idosas inativas fisicamente (n=173) entre as diferentes regiões de Florianópolis-SC, observando que apenas na variável renda houve diferença entre os idosos das diferentes regiões. As idosas longevas da região Norte relataram receber a menor renda mensal (de 1 a 3 salários mínimos por mês) em relação as de outras regiões e as do Centro a maior renda mensal (mais que 6 salários mínimos por mês). Apesar de não ter diferença significativa entre o nível de escolaridade das idosas longevas em relação as diferentes regiões do município, verificou-se que as idosas da região Centro apresentam maior escolaridade do que as das outras regiões. Hallal et al. (2003) explica que os indicadores sociais, renda e escolaridade, geralmente estão atrelados, onde quem tem maiores níveis de escolaridade geralmente tem maior renda se comparados aos de menor escolaridade.

Quanto às barreiras e os facilitadores para a prática de atividades físicas relatados pelas idosas longevas inativas fisicamente (n=30), verificou-se que elas relataram mais itens referentes às barreiras para atividade física (13 categorias) do que aos fatores facilitadores (9 categorias). O maior número de relatos em relação às barreiras para a prática de atividade física se deve ao fato de essas idosas longevas serem inativas fisicamente, pois conforme Nascimento et al. (2008) e Salmon et al. (2003) pessoas inativas têm maior propensão de relatarem mais barreiras para a prática de atividades físicas do que facilitadores, pois estas ainda não superaram estas dificuldades.

Cassou et al. (2011) e Cassou et al. (2008) explicam que a nossa sociedade possui muitas barreiras que influenciam o idoso a não praticar atividades físicas. Dentre elas está o gênero, pois as mulheres, além de praticarem menos atividades físicas do que os homens, também reportam maior número de barreiras para a prática regular (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; MOSCHNY et al., 2011; DUMITH, 2009; RIBEIRO et al., 2009). Outro fator que influenciou muito a inatividade física das idosas longevas estudadas e o grande número de barreiras para a prática regular de atividades físicas foi a baixa renda dessas idosas, onde estas recebem, em sua maioria, de 1 a 2 salários mínimos mensais. Hirvensalo e

Lintunen (2011), Cassou et al. (2008), Kamphuis et al. (2007) e Less et al. (2005) citam que o nível socioeconômico influencia na prática de atividades físicas regulares, onde as pessoas com maior poder aquisitivo tendem a serem mais ativas fisicamente, se comparadas às de menor poder aquisitivo.

Outro aspecto que é considerado como barreira para a prática de atividades físicas pelas idosas longevas foi o “aumento da idade”, como é relatado pela idosa “*Cem anos não dá mais pra fazer, só pra passear (...) minha idade já não dá mais pra isso.*” [Grupo focal da região Continente]. Lees et al. (2005), ao analisarem grupos de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico, através da técnica de grupo focal, verificaram que a barreira aumento da idade foi mais prevalente no grupo não praticante de exercícios do que no grupo praticante. Já é comprovado por muitos estudos (VON BONSDORFF; RANTANEN, 2011; DUMITH, 2009; MECHLING; NETZ, 2009) que os níveis de atividade física diminuem com o aumento da idade. Isso se deve ao fato de esse aumento da idade estar associado ao declínio da aptidão física devido a fatores como a diminuição da capacidade aeróbia, da força muscular, da flexibilidade, do equilíbrio, do tempo de reação, de movimento, da agilidade, da coordenação e também ao aumento do número de doenças (MECHLING; NETZ, 2009; COSME; OKUMA; MOCHIZUKI, 2008; OKUMA, 2005), entre outros aspectos.

Essas perdas advindas do envelhecimento humano geram uma maior limitação física por parte das pessoas idosas. Nos estudos de Cassou et al. (2008) e de Booth et al. (2000) foi verificado que uma das principais barreiras para a prática de atividades físicas relatadas por essa população mais velha é o fato de possuírem lesões ou terem muitas limitações físicas. No presente estudo, a “limitação física” foi a principal barreira reportada pelas idosas longevas pesquisadas. Essa barreira ficou evidenciada nas seguintes falas: “*Eu não posso mais caminhar muito, aí de noite me dá muita câimbra e eu não durmo (...) dá muita câimbra, meu Deus, tenho que levantar da cama (...).*” [Grupo focal da região Continente]; “*(...) a gente tá mais encarangada. Enferrujada! As juntas já não tão mais legais (...) é a maneira de andar que não dá, às vezes eu sinto dormência nas pernas (...) quando eu ando um pouquinho a mais assim meu joelho fica duro. Aí não dá pra caminhar.*” [Grupo focal da região Centro]; “*Eu gosto, mas não pratico (...) tenho muita dor nas pernas (...)*” [Grupo focal da região Norte]; “*(...) eu não faço porque fico cansada, com falta de ar, não adianta fazer (...) cansaço físico né (...) até pra andar um pouquinho assim, eu ando um pouquinho assim (...) já cansa (...).*” [Grupo focal da região Leste].

Os idosos longevos geralmente apresentam mais problemas de saúde que a população em geral, sendo que 80% desses têm pelo menos uma doença diagnosticada pelo médico

(IBGE, 2010). Essa prevalência de doenças aumenta as limitações físicas do idoso (NOGUEIRA et al., 2010; IBGE, 2010). Satariano, Haight e Tager (2000), ao investigarem 2.046 indivíduos maiores de 55 anos, encontraram que os problemas de saúde são uma das barreiras citadas para a prática da atividade física no tempo livre. Outras pesquisas (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; MOSCHNY et al., 2011; SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010; DUMITH, 2009; REICHERT et al. 2007) também constataram que ter problemas de saúde dificulta a prática de atividades físicas por parte das pessoas idosas. Essas afirmações vão ao encontro do relato das idosas longevas estudadas, onde “ter doenças” (8 ocorrências) foi considerada uma barreira importante para a prática regular de atividades físicas na opinião delas. Foi relatado o seguinte: “*Eu parei, mas eu caminhava, eu tenho problema de diabetes. Eu, por exemplo, fiquei dois meses sem ir e senti falta, porque eu tive muita gripe e tosse e os médicos me proibiram de fazer a musculação.*” [Grupo focal da região Centro]; “*Com a graça de Deus, só não caminho porque não posso, tô proibida pelo médico né, tô com o coração inchado, não posso caminhá, fui ao médico que eu fiquei muito doente, o médico disse pra minha nora (...) a senhora, cuida da casa que ela (...) não vai fazer mais, porque o coração dela inchô, e ela não pode trabalhá mais. Meu problema de coluna é muito sério.*” [Grupo focal da região Sul]; “*Eu gostaria, mas agora não posso mais, eu faço o que eu posso. É (...) eu não posso mais também, eu fico cansada, eu tenho problema sério no coração. Ah, eu também, tenho no coração também, falta de ar (...).*” [Grupo focal da região Leste]. Gobbi et al. (2008) verificaram, que a presença de doenças dificulta a prática de atividades físicas de 30 idosos residentes em instituição para idosos (média de idade de $75,3 \pm 7,7$ anos) do Município de Rio Claro-SP (26% do total da instituição).

Lees et al. (2005) verificaram que a inércia foi a segunda barreira mais frequente na opinião de idosos com mais de 60 anos de idade e não praticantes de exercício físico. Os autores caracterizam inércia por passividade, “ser muito ocupado, entediado e preguiçoso”. Moschny et al. (2011) e Satariano, Haight e Tager (2000) explicam que a falta de interesse para praticar atividades físicas é uma das barreiras mais citadas por mulheres idosas de 60 anos ou mais de idade. No presente estudo, a “falta de disposição” (9 ocorrências), através da preguiça e da falta de interesse, foi uma barreira muito referida pelas idosas participantes do grupo focal. Isso ficou evidenciado nas seguintes falas: “*Eu sou malandra (...) é, eu também sou malandra (...) Sim, porque a gente é preguiçosa (...) eu não tenho mais essa disposição para passear, ah, precisa de disposição eu acho, tá difícil achar disposição.*” [Grupo focal da região Continente]; “*(...) hoje eu tô preguiçosa (...) Eu acho que a preguiça faz a gente fica acomodada (...) Eu sô preguiçosa. Eu já dancei muito, já trabalhei muito, mas agora eu já*

não faço mais nada porque eu tô preguiçosa (...).” [Grupo focal da região Norte]; “*Eu gostaria, mas é que eu sou muito preguiçosa, já vou te dizendo.*” [Grupo focal da região Sul]. Para Reichert et al. (2007) a falta de disposição pode refletir na motivação para engajar em programas de atividades físicas.

Na população idosa, a falta de conhecimento e compreensão da relação entre atividade física e saúde é um fator relevante, já que muitos viveram em um período de tempo em que o exercício não era valorizado ou considerado necessário (REICHERT et al., 2007; SCHUTZER; GRAVES, 2004). Dergance et al. (2003), ao pesquisarem idosos com idade superior a 64 anos de diferentes etnias (mexicano-americanos e europeu-americanos), observaram que a falta de conhecimento sobre a atividade física foi uma das barreiras que apresentaram diferença significativa entre as etnias. Hirvensalo e Lintunen (2011), Reichert et al. (2007) e Schutzer e Graves (2004) explicam que muitos idosos acreditam que já fazem ou já fizeram atividades suficientes nas suas atividades da vida diária. Assim, a falta de conhecimento sobre os benefícios da prática de atividades físicas para a saúde e achar que já fez ou faz muitas atividades refletem, diretamente na opinião das idosas longevas estudadas, que “a atividade física não é prioridade” (4 ocorrências). O depoimento da idosa longeva reflete esta situação. “*Eu sempre tenho outra coisa, já caminhei muito já trabalhei muito vou descansar agora.*” [Grupo focal da região Continente].

Ao analisar os depoimentos das idosas “*(...) não sei dançar com o corpo, não sei mexer, mas eu acho lindo o sorriso porque acho bonito, acho lindo quando elas tão dançando (...) eu nunca fiz atividade física (...) as nossas atividades eram o trabalho (...) é trabalho na roça (...) a gente não fazia nada nunca, só na casa, todo dia era só trabalho (...) fazia caminhada pra ir buscar lenha pra queimar (...) eu era do colégio pra, casa da casa pro colégio. Depois fazia o serviço da casa (...) eu saía lá da minha casa, que eu morava lá na praia que hoje, né, é lá na Lagoa da Conceição, vender o que eu fazia, pegava o bonde desse lado da cidade, saltava na barra e ia até a ponte que hoje tem na Lagoa da Conceição. Eu caminhava toda a pé.*” [Grupo focal da região Norte]; “*Ginástica eu nunca fiz. Nunca pude fazer.*” [Grupo focal da região Leste], evidenciou-se que “nunca ter feito atividades físicas no lazer” (6 ocorrências) é uma barreira que dificulta as idosas longevas a praticarem regularmente atividades físicas.

Em relação a essa barreira, Dumith (2009) cita que as experiências passadas podem fazer com que o indivíduo tenha adquirido gostos e conhecimentos sobre o seu comportamento, facilitando ou não a sua prática no futuro. As idosas longevas mencionaram que realizavam atividades de trabalho com grande dispêndio energético e que a única forma

de chegar ao local de trabalho e estudo era caminhando. Hirvensalo e Lintunen (2011), Buman, Yasova e Giacobbi (2010), Schutzer e Graves (2004) e Andreotti e Okuma (2003) afirmam que essas atitudes e crenças negativas sobre as respostas da atividade física podem impedir a adesão em programas de atividades físicas.

As idosas longevas relataram que “o casamento e cuidar dos filhos” (6 ocorrências) também dificultam a prática de atividades físicas. Elas disseram: “*Ah, porque a gente, se casou (...).*” [Grupo focal da região Continente]; “*(...) quando a gente tinha filho pequeno (...) não podia sair (...) nós não podíamos ir viajar, conhecer pessoas, nada.*” [Grupo focal da região Centro]; “*Ah, dancei, casei acabô, com filho né, não tinha lugar pra ir, numa missa daqui no Campeche di pé com filho nas costa, Deus me livre, ou na Lagoa, ou no Ribeirão, tinha que tá dentro de casa (...). Depois a gente casa e vive pros filhos, o marido não gosta mais, o marido não deixa então. É que naquele tempo (...) naquela época não, casou acabô, ciúme, é, ciúme matava, eu era mais nova do que ele (...) eu casei com 18 anos e ele casou já com 24.*” [Grupo focal da região Sul]; “*Eu gostava muito de dançar, até uns anos aí atrás eu gostava de dançar, quando tinha uma festinha da família eu era a primeira que saia dançando (...) quando eu era solteira dancei muito, passei muito, agora não, agora dei uma caída (...) eu andei recebendo uns convites da Universidade pra participar lá do coral (...) mas eu não podia ir por causa do meu marido, ele não gostava que eu fosse. Até pra ir no grupo era uns trabalho, né?*” [Grupo focal da região Leste].

Alguns estudos (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; NERI; FORTES, 2006; ALDWIN; GILMER, 2004; FORTES; NERI, 2004) explicam que o casamento e o nascimento de filhos proporcionam momentos de transição no curso de vida e anunciam o alcance ou não de metas e expectativas individuais e sociais. Isso justifica o fato de as idosas longevas participantes deste estudo terem relatado que o casamento e o cuidado dos filhos fizeram com que elas parassem de fazer atividades físicas. Essa barreira para a prática de atividades físicas também é relatada no estudo de Souza e Vendrúsculo (2010), onde eles pesquisaram os fatores que determinam a participação continuada de 10 idosos com 60 anos ou mais de idade, frequentadores do projeto “Sem Fronteiras” da Universidade Federal do Paraná. Esses idosos disseram que os compromissos familiares, como as tarefas domésticas e cuidar de familiares, são uma barreira que os impossibilitaria de continuarem a frequentar o projeto.

Outro aspecto é em relação a prática de atividade física no passado. As idosas longevas inativas fisicamente do presente estudo relataram que nunca fizeram atividades físicas de lazer no passado e justificam a não prática atual por isto e por “não gostarem de

fazer atividades físicas” (2 ocorrências). Reichert et al. (2007) aponta que o desgosto pela atividade física reflete na falta de motivação para engajar em programas de atividades físicas, onde as primeiras experiências com a estas podem ter um papel importante na motivação e, conseqüentemente, no nível de atividade física, principalmente em pessoas mais velhas.

Dergance et al. (2003) avaliaram a percepção de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, sedentários e de diferentes etnias (mexicano-americanos e europeu-americanos), e o fato de esses idosos não gostarem de fazer atividades físicas foi uma das barreiras que apresentaram diferença significativa entre as etnias. Outros estudos, como o de Meurer, Benedetti e Mazo (2011), também relatam que o prazer pela prática de atividades físicas é um dos fatores mais citados pelas pessoas idosas (com 60 anos ou mais de idade) que participaram de seu estudo como fator motivante para a aderência à prática de atividades físicas regulares. Mazo, Cardoso e Aguiar (2006), ao estudarem pessoas com 60 anos ou mais de idade chegaram à mesma conclusão: o principal motivo para que os idosos (n=60) pratiquem atividades físicas regulares é o gosto pela atividade física.

Nos relatos das idosas do presente estudo “(...) *muito ruim de eu sair de casa sozinha assim.*” [Grupo focal da região Continente]; e “(...) *como eu fiquei sozinha me descuidei e relaxei, com a Olímpia não, eu ia e fazia.*” [Grupo focal da região Sul], evidencia-se que a “falta de companhia” (3 ocorrências) é uma barreira que motiva as idosas longevas a não praticarem atividades físicas regularmente. Estudos (MOSCHNY et al. 2011; GALEA; BRAY; GINIS, 2008; REICHERT et al., 2007; CAROMANO; IDE; KERBAUY, 2006; RASINHO et al., 2006) relatam que a falta de companhia para praticar atividades físicas pode dificultar a prática regular de atividades físicas por parte das pessoas. Hirvensalo e Lintunen (2011) e Meurer, Benedetti e Mazo (2011) apontam que as redes sociais são muito importantes para a adesão e manutenção do idoso na prática de atividades físicas.

Nos estudos de Cassou et al. (2011), Cassou et al. (2008) e Kamphuis et al. (2007), que analisaram as barreiras para prática de atividades físicas em idosos, utilizando a técnica de grupo focal, foi verificado que idosos, com 60 anos ou mais de idade, com baixo nível socioeconômico, mencionaram a falta de segurança como uma dessas barreiras. Esse resultado corrobora com o presente estudo, onde “a falta de segurança” foi amplamente citada (7 ocorrências).

De acordo com os depoimentos das idosas longevas inativas fisicamente desse estudo pode-se evidenciar que a falta de segurança se refere aos assaltos e ao perigo no trânsito. Os relatos foram: “(...) *eu saio às vezes só com um controle dentro da bolsa, já encontra um pedinte, às vezes pode ser um bem intencionado, um miserável, mas às vezes pode não ser, é*

perigoso, uma vez a Ida veio do nosso grupo, saiu do banco, três vezes já, ganhou um empurrão e tiraram o dinheiro dela da bolsa e uma quantia boa (...) se tu leva uma bolsinha com a chave já chega pra arranjar um pedinte (...). [Grupo focal da região Continente]; *“Já tive um grupo de idosos lá no Doze (...) mas o marido não quer deixar ir sozinha porque é meio perigoso.”* [Grupo focal da região Leste]; *“ Eu até pra caminhar (...) eu tenho medo porque lá é um demônio, já morreu três mulheres caminhando, o carro matou (...) porque os carros passam ali, dois, três, um pelo outro (...) não vou andar mais, deixa eu assim meio durinha, mas com vida.”* [Grupo focal do Continente]; *“Assim, eu não tenho segurança de andar ali, por causa dos carros, agora é muito carro que tem por causa da base, a base tá tudo por ali e não tem segurança e eu não vou me jogar em cima do mato, né? (...) não tem segurança por causa da estrada.”* [Grupo focal da região Centro].

Silva, Petroski e Reis (2009) e Giles-Corti e Donovan (2003) destacam que o contexto ambiental e social, através da segurança e do tráfego de veículos, dificultam a prática regular de atividades físicas. Estudo de Dawson et al. (2007), realizado com pessoas com mais de 50 anos, identificou que o tráfego de carros e a falta de segurança estão entre as principais barreiras mais relatadas para a prática de atividades físicas.

Nos depoimentos das idosas do presente estudo *“Eu não faço, eu agora parei, caminhada só em casa, não porque eu quebrei uma perna, caí dentro de casa, quebrei a perna.”* [Grupo focal da região Continente]; *“Eu machuquei minha perna, eu posso tá em pé aqui, de repente eu caio, eu caio porque eu ando e de repente eu não sinto o pé e é onde eu não levanto. É, porque (...) eu quase não posso andar por causa da minha perna, o médico não me deixa sair quando chove, porque ele diz que eu caio muito, cada tombo que eu levava era uma fratura, tenho seis ou sete fraturas, tô toda cheia de coisa quebrada.”* [Grupo focal da região Centro]; *“Eu não ando muito porque eu caí muito, não tenho segurança pras perna pra anda (...) posso cair, aí nem caminho muito.”* [Grupo focal da região Norte], ficou evidenciado que o “medo de quedas” (5 ocorrências) é uma barreira importante para a prática regular de atividades físicas por parte das idosas longevas estudadas.

De acordo com Pereira et al. (2001), a queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior, é um evento multifatorial e heterogêneo, sendo considerada uma síndrome geriátrica. Ela se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura (CUNHA; GUIMARÃES, 1989), ou seja, o surgimento de doenças que ocasionem limitações físicas. As duas barreiras já relatadas anteriormente, doenças e limitações físicas, podem acarretar efeitos sobre o controle postural do indivíduo, aumentando

o risco de quedas. O risco de quedas aumenta de acordo com a idade do idoso, sendo que, aproximadamente, 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, subindo essa proporção para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos (OMS, 2010).

O medo de voltar a cair é muito comum em idosos que já caíram (BECKER et al., 1999). Esse medo pós-queda pode trazer consigo o medo de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde e tornar-se dependente de outras pessoas (KONG et al., 2002). Mazo et al. (2005) relatam que o medo de quedas por parte de pessoas com mais de 60 anos idade é uma barreira para a prática de atividades físicas. Satariano, Haight e Tager (2000) explicam que, com o aumento da idade, o medo de quedas aumenta, sendo que, em pessoas com mais de 75 anos, ela é uma das barreiras mais citadas para a adoção de atividades físicas.

Outro aspecto relatado pelas idosas longevas como algo que dificulta a prática de atividades físicas foi o “excesso de cuidado da família” (8 ocorrências), que observa-se nos depoimentos destas: *“Olha eu não faço porque elas não me deixam mais pegar um ônibus, eu saio do portão, onde é que a mãe vai? eu tenho que andar um pouquinho, elas que me prendem, onde é que a mãe vai? onde é que a mãe pensa que vai?. Agora eu não faço mais nada e depois que dei o tombo a minha filha não deixa eu fazer mais nada, nada, nada, eu já caí tanto, até pra tomar banho ela me dá banho, ela tem medo de eu cair no banheiro.”* [Grupo focal da região Continente]; *“ (...) a filha diz assim: ó mãe, a senhora não pode caminhar, a senhora anda todos os dias pra lá e pra cá, mas, credo, parece uma velha tola, quem olha na estrada vê, pra lá e pra cá (...).”* [Grupo focal da região Centro]; *“Eu fazia o serviço da casa, trabalhava, limpava tudo, o banheiro e agora não tem mais nada, os meus netos acabaram com a minha vida, antigamente eu fazia tudo, todo o serviço de casa, mas depois que eu me machuquei e quebrei a coluna, não faço mais nada, e eu quero fazê o quê dá de fazê, mas a minha filha não deixa.”* [Grupo focal da região Norte]; *“ (...) a minha filha, ela não quer que a mãe ande sozinha. É, que nem as minhas filhas, elas não querem que ande sozinha, elas têm medo.”* [Grupo focal da região Leste].

Montezuma, Freitas e Monteiro (2008) explicam que o cuidado com as pessoas idosas geralmente é feito por parentes (cônjuges, irmãos, filhos e/ou netos), que, na maioria das vezes, não têm a menor capacitação para realizar esse cuidado. Sendo assim, esta prática de cuidar se desenvolve no dia a dia, através das situações que ocorrem, e dos valores e crenças que esses cuidadores possuem (PERRACINI; NERI, 2006).

As pessoas mais longevas, geralmente, têm maiores índices de doenças. consequentemente maior fragilidade, dependência e vulnerabilidade do idoso fazem com que os cuidadores tenham uma maior responsabilidade e atenção pela preservação da saúde dessa pessoa (JONAS, 2006), onde o número e a gravidade das doenças e limitações físicas ditam o que o idoso pode ou não fazer (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008). Nesse sentido, a proibição por parte dos familiares em relação aos idosos saírem de casa sozinhos, para realizarem atividades físicas ou sociais, é um fato que geralmente costuma ocorrer. Dessa forma, acredita-se que, para que isso não ocorra, é necessário conhecer o idoso, seus problemas de saúde e suas limitações físicas. Esse conhecimento se torna fundamental para apreciar possibilidades e dificuldades (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008), principalmente em relação à prática de atividades físicas.

As idosas longevas relataram que “os exercícios inadequados” (8 ocorrências) são uma grande barreira para a prática de atividades físicas. As falas foram: *“Eu não tenho mais condições de fazer mais certa ginástica, porque se eu me deito, tem que ter duas pessoas pra me levantar, por isso é que eu saí de lá. Eu faço (...) andar de bicicleta, andava em cima da esteira (...) na esteira devagarzinho pode fazer. Sim eu participaria de grupos de atividade física, a não ser os que deita no chão (...) eu gostaria, se fosse só em pé, em pé eu faço tudo. Gosto da hidroginástica, mas já fiz umas quinze na minha vida, não produziu nada (...) não sinto que está me fazendo bem (...) a hidroginástica mesmo, não senti resultado nenhum (...).”* [Grupo focal da região Centro]; *Na verdade agora física pesada eu não posso fazer. Nem eu. Porque a gente não tem condições de fazer, né (...) cansa, cansa (...). Pra mim também, mesmo que é calmo, mas acelera o coração forte, forte, forte. É, toda terça-feira, toda quinta-feira ele vem aqui fazer conosco. o que ele tenta fazer com a gente eu já não consigo fazer. Eu também não, é que eu canso de pensar, me dá falta de ar (...). A gente não acompanha, por isso que eu tô dizendo, é meio puxado, por isso assim, se fosse uma coisa mais devagar (...). Não dá mais pra deitar no chão (...). Pois é, a gente não consegue (...).* [Grupo focal da região Leste].

Cassou et al. (2008), em seu estudo realizado em idosos com idade igual ou superior a 60 anos, evidenciaram que a intensidade da atividade física é uma barreira muito percebida por essa população. Já Cardoso et al. (2008) indagaram idosos com 60 anos ou mais de idade sobre as aulas de exercícios físicos que praticavam (horário, local, músicas, material, professora, exercícios) e concluíram que 30,8% gostavam das aulas, mas não podiam realizar alguns exercícios, porque a aula era muito forçada para eles. Nascimento et al. (2010) e Cassou et al. (2011) também confirmam esse fato em seus estudos.

A consideração das idosas longevas quanto os exercícios inadequados serem uma barreira para a prática de atividade física pode ser decorrente de muitos fatores, dentre eles as limitações físicas que o avanço da idade traz. Safons e Pereira (2007) e Rauchbach (2001) dizem que os professores precisam realizar atividades mais adequadas para a população idosa, pois estas pessoas precisam de estímulos diferenciados para realizarem atividades físicas regularmente. Hong, Hughes e Prohaska (2008) relatam que as aulas de atividades físicas para idosos, pelo menos inicialmente, devem ter intensidade moderada, pois assim essa população aumentará o nível de atividade física, sendo que, conforme Hirvensalo e Lintunen (2011), ter um professor ruim pode acarretar na desistência e, principalmente, na não adesão às práticas físicas por parte da população idosa.

As 13 categorias de barreiras relatadas pelas idosas longevas estudadas estão relacionadas entre si, onde uma influencia na outra de alguma forma. O aumento da idade, normalmente, pode gerar limitações físicas e doenças. Essas limitações e doenças fazem com que as pessoas idosas tenham uma maior falta de motivação, ocasionando uma não prioridade para essa prática. Além disso, o fato das idosas relatarem não terem motivação para realizarem atividades físicas pode estar associado ao fato de não gostarem de realizarem atividade física, sendo que algumas delas nunca fizeram atividades físicas no lazer, e as que fizeram pararam de praticar porque casaram e tiveram que cuidar da família, ou porque a atividade física é muito intensa para a sua idade e limitações físicas.

Desse modo, todos esses fatores fazem com que as idosas longevas não priorizem a prática de atividades físicas, que pode estar atrelada a sua experiência passada com esta prática. Hirvensalo e Lintunen (2011) e Okuma (2005) colocam que a experiência passada com a atividade física pode influenciar na inatividade física dessas idosas. Além disso, o medo de quedas, a falta de segurança e a falta de companhia contribuem para que as idosas longevas do presente estudo não gostem ou não querem praticar atividades físicas, corroborando com os resultados dos estudos com idosos de Galea, Bray e Ginis (2008), Satariano, Haight e Tager (2000) e Lehr (1999).

No presente estudo, observou-se que o medo de quedas, a falta de segurança e de companhia podem gerar um excesso de cuidado da família em relação à prática de atividades físicas das idosas longevas, fazendo com que os filhos e/ou netos tentem evitar que estas tenham um comportamento mais ativo.

Quanto aos fatores facilitadores para à prática de atividades físicas, surgiram 9 categorias na análise dos depoimentos das idosas longevas inativas fisicamente, sendo que o fator mais citado foi o “prazer pela prática de atividade física” (14 ocorrências). Esse fato

ficou evidenciado nas seguintes falas: *“Prazer em fazer o que quer (...) É porque gosta, né. Pra mim, eu vejo o sorriso delas dançá (...) vejo ela dançar e ela mostra que adora. A ginástica, a dança eu faria”* [Grupo focal da região Norte]; *“A Zizi (...) aquela faz mesmo porque gosta (...) aquela ama fazer ginástica, é.”* [Grupo focal da região Sul]; *“(...) porque elas gostam, né? elas gostam.”* [Grupo focal da região Leste]. Observa-se que o prazer pela prática é fundamental para a adoção da prática de atividade física. O estudo de Meurer, Benedetti, Mazo (2011) verificaram que o prazer pela prática de atividades físicas é um dos fatores facilitadores que influenciam a prática regular de atividades físicas por parte das pessoas mais velhas, ou seja, a maioria dos idosos gosta das atividades físicas que realizam.

Lins e Corbucci (2007) destacam que o prazer pela prática como o motivo mais referenciado para ingressar em um programa de atividades físicas é uma motivação intrínseca, que evidencia o desejo pessoal associado à realização e satisfação em estar em um grupo social, com manifestações de respeito, cumplicidade e reconhecimento social, desejos que se tornam importantes, principalmente, nessa fase da vida.

Freitas et al. (2007), ao estudarem 120 idosos com idades entre 60 e 85 anos, praticantes de atividades físicas há, pelo menos, seis meses verificaram que 67% dos idosos se mantiveram nos programas porque gostavam de praticar atividades físicas. Cardoso et al. (2008) pesquisaram idosos com 60 anos ou mais de idade, praticantes de exercícios físicos, e concluíram que 92,3% desses idosos afirmaram gostar muito das atividades desenvolvidas. Eiras et al. (2010), em seu trabalho com idosos com idade igual ou superior a 60 anos, praticantes de ginástica e caminhada, também verificaram que gostar da atividade física é fundamental para se manter ativo.

Nas falas das idosas longevas do presente estudo como *“É porque é só um pouquinho de tempo, é pouca coisa é pouco tempo mais faz, é uma atividade mais leve né (...)”* [Grupo focal da região Continente]; *“Olha, se fosse fazer assim, levantá a perna pra frente, pra trás, umas atividades leve, que nem do grupo, eu faria.”* [Grupo focal da região Norte]; *“Eu faço algumas mais leves que eu posso fazer. É, eu faço leve, as mais pesadas eu já não faço mais. (...) duas vezes passou, eu não fiz, mas eu faço seguido porque é uma coisinha leve, aqui é leve. Sentada é bom, nós levantamos os braços (...) mas aqui é leve, abaixa, levanta, levante os braços pra cima.”* [Grupo focal da região Leste], ficou evidenciado que, se “os exercícios físicos forem adequados” às limitações físicas delas (6 ocorrências), isso facilitaria a aderência das mesmas em práticas regulares de atividades físicas. Nesse sentido, cabe ressaltar que a atividade física desenvolvida de forma prazerosa, social, gradual, dinâmica e variada, bem como as atitudes profissionais são fatores que facilitam a prática regular de

atividades físicas (MAZO, 2008; SAFONS; PEREIRA, 2007). Shepard (2003) explica que o acompanhamento por meio da instrução de profissionais especializados apoia o envolvimento de pessoas idosas em programas de atividades físicas.

A pesquisa de Freitas et al. (2007), identificou que os fatores como receber incentivos (62,5%) e receber a atenção do professor (57,5%) foram apontados pelos idosos (idade igual ou superior a 60 anos) praticantes de ginástica e caminhada como aspectos importantíssimos para que se mantenham realizando exercícios físicos. Estudo de Eiras et al. (2010) também apontou para esse fato, quando os idosos relataram que a boa atuação do professor faz com que eles continuem praticando exercícios físicos. Sendo assim, a atuação do profissional de Educação Física é fundamental para a adoção de idosos em um programa de atividades físicas (MAZO, 2008; SAFONS; PEREIRA, 2007; SHEPARD, 2003).

As idosas longevas do presente estudo relataram, nos grupos focais, que “os benefícios da atividade física’ (7 ocorrências) são fatores que facilitam a prática regular de atividades físicas. Elas falaram o seguinte: “*Por causa dos ossos, né (...) pra não endurecer as pernas, os braços (...) é bom. A gente não fica encolhida (...) é pra não endurecer, assim não dá, né*” [Grupo focal do Continente]; “*Eu, por exemplo, fiquei dois meses sem ir e senti falta. Porque eu tive muita gripe e tosse e os médicos me proibiram de fazer a musculação. Mas eu senti falta, porque não tinha mais aquele exercício, me doía mais e mais e mais. (...) Eu acho que é pra saúde, pra elas ficarem mais firmes (...) ter mais energia.*” [Grupo focal da região Centro]; “*Eu acho assim que é tudo, pra melhorar a silhueta da pessoa, a pessoa fica mais forte. (...) pra ela ter uma vida melhor, né, com mais saúde, né (...)*” [Grupo focal da região Sul]; “*(...) é bom, né, pra esticar os nervos, né?*” [Grupo focal da região Leste].

A partir desses depoimentos das idosas, observa-se que o conhecimento dos benefícios que a atividade física proporciona é muito importante, pois, de acordo com Reichert et al. (2007), para se tornar um praticante regular, as pessoas têm que adotar a crença de que o exercício traz benefícios suficientes para compensar os seus custos, e que isso pode ser especialmente difícil para pessoas que são inativas há muito tempo, ou que tiveram experiências negativas com a atividade física.

Mesmo que o conhecimento dos benefícios da prática regular de atividades físicas, por si só, não conduza as pessoas a serem mais ativas fisicamente, ele possui forte influência sobre a motivação para adoção desse comportamento (CHATZISARANTIS et al., 2005). Galea, Bray e Ginis (2008), ao analisarem as barreiras e os facilitadores para atividade física em pacientes com claudicação intermitente, com idade entre 54 e 89 anos, observaram que um

dos facilitadores foi a percepção positiva e o estabelecimento de metas em relação à atividade física.

A prática regular de atividades físicas, por parte dos idosos, pode proporcionar benefícios à saúde deles, tanto em aspectos antropométricos (USDHHS, 2008; HASKEL et al., 2007; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006), neuromusculares, metabólicos, como psicológicos (SAFONS; PEREIRA, 2007; OMS, 2005; PRENTICE et al., 2004), além de ajudar na prevenção e no tratamento de doenças crônicas (OMS, 2005; CHRISTIAN; BARNARD, 2005; HALLAL et al., 2003) e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas mais velhas (ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JR, 2008; CAMARANO, 2005). Nesse sentido, as pessoas sentem-se motivadas para praticar atividades físicas regulares porque sabem os benefícios biopsicossociais que elas podem proporcionar para a sua saúde (EIRAS et al., 2010; DUMITH, 2009; WEINBERG; GOULD, 2001).

As idosas longevas relataram também que se as pessoas “têm uma boa saúde” (4 ocorrências) facilita a prática regular de atividades físicas. Isso foi constatado na fala de idosas: “*Porque tem saúde é. É tem saúde tem que fazer (...) pra não se entregarem né (...).*” [Grupo focal da região Sul]. Vários estudos (HIRVENSALO; LINTUNEN, 2011; MOSCHNY et al., 2011; SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010; REICHERT et al., 2007; SCHUTZER; GRAVES, 2004) colocaram que a autopercepção de saúde é um fator que também reflete no nível de atividade física, uma vez que, ao relatar que sua saúde é boa, o idoso também praticará mais atividades físicas, se comparado ao idoso que considera sua saúde ruim ou regular.

Também foi relatado pelas idosas longevas do presente estudo que a “socialização” (8 ocorrências) é um facilitador muito importante para a prática regular de atividades físicas, como exposto em seus depoimentos: “*É, faz amizade, né. É, isso tudo ajuda. (...) encontra outras pessoas, a é.*” [Grupo focal da região Norte]. A prática de atividades físicas em grupo facilita a prática regular, pelo compromisso com os demais membros do grupo, apoio social, investimento em novas relações pessoais e diversão (WEINBERG; GOULD, 2001). Esta prática de atividades físicas em grupo promove um aumento da integração social e cultural do idoso e leva à formação de novas amizades e à expansão de redes sociais (OMS, 2005). Estudos (SOUZA; VENDRÚSCULO, 2010; EIRAS et al., 2010) verificaram que o principal motivo que faz com que os idosos continuem a frequentar os programas de atividades físicas é a socialização.

Foi evidenciado no presente estudo que “ter companhia para praticar atividades físicas” (5 ocorrências) facilita o comportamento ativo por parte das idosas longevas

estudadas. Elas relataram: *“Hoje em dia a gente tá meio esquecida pelas pessoas.”* [Grupo focal da região Centro]; *“Oh, se eu tivesse um namorado que me ensinasse dança, eu iria. É, se eu tivesse alguém que me ensinasse a dançar (...).”* [Grupo focal da região Norte]; *“Eu caminhava todos os dias (...) com a Olímpia (...) aí a Olímpia mudou-se, e caminha sozinha, eu não gostava, daí parei, né. Agora ela voltô, aí já me convidô (...). Companhia é importante, porque caminha sozinha é muito ruim, eu acho. Não que seja pra conversar, mas as duas, né (...). (...) ter outra que acompanhe.”* [Grupo focal da região Sul].

Estudos de Moschny et al. (2011), Galea, Bray e Ginis (2008), Reichert et al. (2007) e Caromano, Ide e Kerbauy (2006) e apontaram que ter alguém como companhia para praticar atividades físicas é um fator que facilita muito o comportamento ativo por parte das pessoas inativas fisicamente. Isso se evidencia principalmente em mulheres, pelo fato de elas admitirem mais facilmente a necessidade de se relacionarem com outras pessoas (CERRI; SIMÕES, 2007; SATARIANO; HAIGHT; TAGER, 2000).

“O incentivo e/ou convite de familiares e/ou amigos” (2 ocorrências) também foi relatado pelas idosas longevas do presente estudo como um aspecto facilitador para a prática regular de atividades físicas, como afirmam as idosas: *“Quando o meu marido morreu, eu fiquei muito tempo dentro de casa, me convidaram pra ir pra escola, aí eu fui lá pra escola, toda terça-feira às 6 horas nós fazia ginástica (...).”* [Grupo focal da região Sul]. Estudos (CASSOU et al., 2011; EIRAS et al., 2010; MAZO, 2008; CASSOU et al., 2008; COHEN-MANSFIELD; MARX; GURALNIK, 2003) dizem que o incentivo e/ou convite de amigos e/ou familiares, que estão praticando, já praticaram ou até mesmo que não praticam, pode facilitar a adesão de idosos em programas de atividades físicas regulares.

Estudo de Souza e Vendrúsculo (2010) enfatiza que a família tem um papel fundamental na decisão das pessoas idosas na aderência ou não a um programa de atividade física. Assim, o incentivo e/ou convite por parte dos familiares e/ou amigos pode influenciar na decisão dos idosos longevos a aderirem a prática regular de atividades físicas.

Outro aspecto que facilita a prática regular de atividades físicas, de acordo com as idosas longevas pesquisadas, é “ter força de vontade” (3 ocorrências). Isso ficou evidente nas falas *“Pra fazer atividades físicas, tem que ter força de vontade, não pode deixar a preguiça tomar conta.”* [Grupo focal da região Norte]; *Ah, eu acho assim (...) que é a vontade da pessoa de ir, né, fazer, né. Que é a vontade da pessoa. Eu acho que a pessoa que tem vontade faz.”* [Grupo focal da região Sul].

Moschny et al. (2011), Brazão et al. (2009), Gobbi et al. (2008) e Reichert et al. (2007) apontam que a motivação ou força de vontade é um aspecto que facilita muito a aderência à

prática regular de atividades físicas. Satariano, Haight e Tager (2000), ao estudarem 2.046 pessoas com mais de 55 anos, verificaram que a falta de motivação interfere muito na decisão de praticar atividade física, principalmente nas mulheres. Casagrande (2006) relata que a motivação tende a diminuir com a idade, sendo assim é preciso criar maiores estímulos para que essa população mais velha possa lutar contra os fatores internos (falta de motivação) e se engajar em uma prática de atividades físicas.

“O programa de atividades físicas da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC” (5 ocorrências) também foi citado pelas idosas longevas do presente estudo como um aspecto que facilita a prática regular de atividades físicas. Elas reportaram o seguinte: *“Aqui (...) vem duas ou três meninas da saúde e vem fazer aqui pra nós quando tem da prefeitura né, mas quando não tem não faz.”* [Grupo focal da região continente]; *“(...) a gente faz ginástica no nosso grupo que é um da Educação Física da Prefeitura que vai uma vez por mês, que faz exercício com a gente, lá no ambiente, certinho, isso faz, quem pode fazer (...) quem não pode, fica sentado.”* [Grupo focal da região Centro]; *“(...) um moço e uma moça vão lá dá ginástica pra nós. O nosso lá a Prefeitura manda uma moça, um moço, de vez em quando eles tão lá dando aula.”* [Grupo focal da região Sul]; *“Então, nós temos a professora que vem aqui toda semana fazer ginástica com o pessoal daqui. Aqui vem um professor da Prefeitura fazer conosco. Então eu acho uma coisa muito boa que a Maria aceitou e faz toda semana.”* [Grupo focal da região Leste].

Desse modo, observa-se que o Programa Floripa Ativa da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, pode contribuir com a adoção para a prática de atividade física das idosas longevas, pois em sua fase C, também chamada de projeto Viver Ativo, tem como objetivo a prevenção primária e promoção de saúde por meio de atividades físicas com cunho recreacionista e de socialização. Estas atividades são desenvolvidas quinzenalmente nos 102 grupos de convivência cadastrados na Prefeitura e coordenados e supervisionados pela Secretaria Municipal de Assistência Social (PMF, 2009), e tem possibilitado que os idosos tenham um estilo de vida mais ativo.

Programas de atividades físicas para idosos contribuem para um envelhecimento ativo e saudável, modificando ou retardando os processos de perdas biopsicossociais inerentes a essa fase da vida (COSME; OKUMA; MOCHIZUKI, 2008), sendo um consenso que programas de atividades físicas supervisionadas contribuem muito para a promoção da saúde, beneficiando seus praticantes nos aspectos físicos, psicológicos e sociais (OMS, 2005). Nesse sentido, fomentar intervenções de práticas de atividade física é uma meta a ser atingida por órgãos governantes e/ou não governantes (SAFONS; PEREIRA, 2007).

As 9 categorias de facilitadores citadas pelas idosas longevas do presente estudo estão relacionadas entre si, sendo que o prazer pela prática de atividades físicas é o centro da relação. Observou-se que os fatores facilitadores para a prática de atividade se dão nos seguintes aspectos: se as atividades físicas realizadas forem adequadas e os benefícios da atividade física forem alcançados, elas terão mais prazer em praticar; que é importante ter uma boa saúde, ter força de vontade para praticar atividades físicas; que a socialização, evidenciada através da companhia de outros para praticar atividades físicas e do incentivo e/ou convite de familiares e/ou amigos para a realização desta, faz com que as idosas longevas tenham maior prazer em praticar; que a participação em grupos de convivência da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, e o programa Floripa Ativa, onde acadêmicos e professores de Educação Física vão quinzenalmente a estes grupos realizar atividades físicas com as idosas longevas, podem facilitar a prática.

Em relação às regiões de Florianópolis-SC e os grupos de convivência em que as idosas longevas inativas fisicamente participam, evidenciou-se que as idosas da região Continente foram as que apresentaram mais barreiras para a prática de atividades físicas, quando comparadas às idosas das outras regiões. Já as participantes da região Sul foram as que reportaram mais fatores facilitadores para a realização dessas atividades. Isso pode ser explicado através das características de saúde das idosas, onde as idosas longevas da região Continente têm a segunda maior porcentagem de participantes nos grupos de convivência com autopercepção de saúde ruim ou muito ruim, além de ser uma das regiões em que os idosos apresentam mais doenças, e conseqüentemente fazem um grande uso de medicamentos. Em contrapartida, as idosas estudadas da região Sul têm os menores percentuais de doenças e de uso de medicamentos em relação as das outras regiões.

Nesse sentido, a autopercepção de saúde (BUMAN; YASOVA; GIACOBBI, 2010), as doenças (MOSCHNY et al., 2011) e o uso de medicamentos (NOVAIS, 2009) influenciam na inatividade física dessas pessoas, refletindo na percepção de barreiras e de facilitadores para a prática de atividade física.

Existem muitos motivos para que as pessoas idosas não façam atividade física regularmente, e não há solução única para esse problema. O grande desafio da promoção da saúde por meio da prática de atividade física para idosos é, além de romper com as barreiras para que eles possam começar a prática regular, é fazer com que, uma vez iniciada, esses idosos mantenham o estilo de vida ativo (PRATT et al., 2009). Então, para que os idosos não parem de praticar atividade física, é fundamental que as intervenções sejam adaptadas às suas necessidades, principalmente no que diz respeito aos idosos longevos (LOLAND, 2004).

6 CONCLUSÃO

A maioria das idosas longevas inativas fisicamente, cadastradas em grupos de convivência de Florianópolis-SC, são viúvas, moram com alguém, têm ensino fundamental incompleto, são católicas, caucasianas, aposentadas/pensionistas, têm, pelo menos, uma doença diagnosticada pelo médico e fazem uso de medicamentos regularmente.

Além disso, foi verificada associação entre renda e as regiões de Florianópolis-SC (Norte, Leste, Centro, Sul e Continente), onde se localizam os centros de convivência para idosos, sendo que as idosas longevas da região Norte apresentaram a menor renda; as da região Leste, uma renda intermediária; e as da região Centro, uma maior renda.

Após a aplicação da técnica de grupo focal, evidenciou-se que as idosas longevas estudadas relataram um maior número de barreiras para a prática de atividades físicas do que facilitadores para o comportamento mais ativo. As barreiras mencionadas por elas foram: a limitação física, a falta de disposição, o excesso de cuidado da família, os exercícios físicos inadequados, as doenças, a falta de segurança, o casamento e cuidar dos filhos, nunca ter realizado atividades físicas no lazer, o medo de quedas, o aumento da idade, considerar a atividade física como não prioridade, a falta de companhia para praticar e não gostar de atividades físicas. Já os facilitadores foram: o prazer pela prática de atividade física, a socialização, os benefícios da atividade física, os exercícios físicos adequados, ter companhia para praticar atividades físicas, o programa de atividades físicas da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, ter uma boa saúde, ter força de vontade e incentivo e/ou convite de familiares e/ou amigos.

As barreiras que fazem com que as idosas longevas pesquisadas tenham um comportamento sedentário ficaram em torno do aumento da idade que normalmente pode gerar limitações físicas e doenças. Estas limitações e doenças fazem com que as pessoas idosas tenham uma maior falta de motivação, ocasionando em uma não prioridade para esta prática. Além disso, o fato das idosas relatarem não terem motivação para realizarem atividades físicas, pode estar associado ao fato de não gostarem de realizarem atividade física, sendo que algumas delas nunca fizeram atividades físicas no lazer e as que fizeram pararam de praticar porque casaram e tiveram que cuidar da família ou porque a atividade física é muito intensa para sua idade e condições.

A percepção das idosas longevas inativas fisicamente quanto aos fatores facilitadores para a prática de atividade física foi em torno do prazer pela prática de atividades físicas. Destacou-se que para que elas tenham maior prazer em praticar as atividades físicas, as

atividades realizadas nos grupos de convivência devem ser adequadas e os benefícios alcançados, devem ter boa saúde, força de vontade, companhia de outros para prática, incentivo e/ou convite de familiares e/ou amigos para a realização desta, e a presença do programa Floripa Ativa da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC no grupo de convivência para idosos.

Ao verificar o número de barreiras e facilitadores para a prática de atividades físicas citados pelas idosas longevas, pesquisadas conforme as regiões dos grupos de convivência de que elas participam (Continente, Centro, Norte, Sul e Leste) verificou-se que as idosas da região do Continente foram as que mais relataram barreiras e as da região Sul mais facilitadores para a prática. Esta diferença entre as idosas das diversas regiões pode estar relacionado as condições de saúde (percepção de saúde, doenças e medicamentos) das idosas, sendo que as da região Sul apresentaram melhores condições do que as da região continente.

Assim, espera-se que os resultados encontrados neste estudo possam contribuir para novas contextualizações/reflexões sobre as barreiras e os facilitadores para a prática de atividades físicas por parte da população de 80 anos ou mais de idade e concluiu-se que o conhecimento destas barreiras e facilitadores pode facilitar o planejamento de estratégias a serem aplicadas em intervenções com a população de idosas longevas inativas fisicamente, buscando modificações de comportamentos para a adoção de um estilo de vida ativo, que lhes proporcionará anos de vida com melhor capacidade funcional, condições de saúde e independência.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES

Algumas dificuldades foram encontradas para a realização desta pesquisa, como: poucos estudos de referência na temática atividade física e idosos longevos, a baixa escolaridade da amostra que refletiu em um discurso menos elaborado, dificultando o entendimento dos pesquisadores sobre as percepções da atividade física que as mesmas relatavam.

É importante registrar a dificuldade dos pesquisadores para obter o número desejado de idosas longevas para a realização da segunda parte do estudo, pois as mesmas utilizavam vários argumentos para não participar. Sendo assim, o deslocamento das idosas longevas nesse dia foi todo de responsabilidade dos pesquisadores, tanto a ida até o local da realização da técnica de grupo focal, quanto a volta para as suas residências. Esse contato para agendamento da coleta de dados e para o deslocamento das idosas longevas foi todo feito por telefone.

Outro ponto importante a se destacar, foi à dificuldade de compor o grupo focal da região Leste, pois somente 4 idosas longevas inativas fisicamente dessa região aceitaram participar do estudo.

Uma limitação do estudo se deve ao fato de as doenças dos idosos longevos terem sido avaliadas por auto-relato do próprio idoso e não por meio de atestado médico.

Sendo assim, novos estudos carecem de serem realizados junto a programas envolvendo idosos longevos, principalmente os de cunho qualitativo, pois esses promovem maior interação com os participantes, trazendo os significados das experiências vividas pelos idosos em relação à prática de atividades físicas.

Compreender os mecanismos que tornam um idoso longo e inativo fisicamente e o que pode ser feito para mudar esse comportamento é necessário e impreterível. Portanto, estratégias individuais e coletivas no âmbito da saúde pública são necessárias para modificar essa situação. Campanhas comunitárias, divulgações informativas, entrega de materiais e intervenções de apoio social em ambientes comunitários que expliquem sobre a importância e como realizar a atividade física, além da ampliação ao acesso aos locais de atividade física e de intervenções específicas com idosos longevos são ações que devem ser realizadas para que esta população mais envelhecida tenha um comportamento mais ativo e consequentemente usufruam dos benefícios biopsicossociais da atividade física

REFERÊNCIAS

- AARTSEN, M. J. et al. Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. v. 57 B, n. 2, p.153-162, 2002.
- ACSM. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine Science of Sports and Exercise**. v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.
- ANDREOTTI, M. C.; OKUMA, S. S. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. **Revista Paulista de Educação Física**. v. 17, n. 2, p. 142-153, 2003.
- ANTUNES, H. K. M. et al. Análise da taxa metabólica basal e composição corporal de idosos do sexo masculino antes e seis meses após exercícios de resistência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 11, n. 1, p. 71- 75, 2005.
- ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE R. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, 2004, v. 9, n. 1.
- ASLAN, D. et al. What influences physical activity among elders? A Turkish experience from Ankara, Turkey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 46, p. 79-88, 2007.
- AVLUND, K.; PEDERSEN, A. N.; SCHROLL, M. Functional Decline From Age 80 to 85: Influence of Preceding Changes in Tiredness in Daily Activities. **Psychosomatic Medicine**. n.65, p.771-777, 2003.
- BAYLISS, E. A.; ELLIS, J. L.; STEINER, J. F. barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *The Annals of family Medicine*. v. 5, p. 395-402, 2007.
- BALTES, P. B; SMITH, J. **Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade e Terceira Idade**. Tradução Anita Liberalesso Neri. São Paulo: v.17, n.36, p.7-31, 2006.

BARNETT, A. et al. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. **Age and Ageing**. v. 32, p. 407- 414, 2006.

BECKER, R. C. et al. Epidemiologie von stürzen älterer. **Z Orthop Ihre Grenzgeb**. v. 137, p. 482-485, 1999.

BENEDETTI, T. R. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. **Perfil do idoso do município de Florianópolis: relatório final**. Florianópolis: Pallotti, 2004. 88p.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p.11-16, 2007.

BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma Proposta de Política Pública de Atividade Física para Idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 16, n. 3, p. 387-398, 2007.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste/ reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 12, n. 1, p. 25-33, 2004.

BINOTTO, M. A.; BORGATTO, A. F.; FARIAS, S. F. Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 13, n. 3, p. 425-434, 2010.

BLAIR, S. N. Physical Inactivity: the major public health problem of the new millennium the evidence and strategies for change. **Caderno de Resumo do Congresso Desporto, Atividade Física e Saúde: o contributo da ciência e o papel da escola**. Porto: FCDEF, p. 2-4, 2002.

BOOTH, F. W. et al. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. **Journal of Applied Physiology**, v. 88, n. 2, p.774-787, 2000.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.. Influencia del ejercicio físico em los síntomas depresivos y em la aptitud funcional de ancianos em el sur de Brasil. **Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia**. v. 45, n. 2, p. 72-78, 2010.

BRAZÃO, M. C. et al. Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil. **Motriz**. v. 15, n. 4, p. 759-767, 2009.

BUMAN, M. P.; YASOVA, L. D.; GIACOBBI, P. R. Descriptive and narrative reports of barriers and motivators to physical activity in sedentary older adult. **Psychology of Sport and Exercise**. v. 11, p. 223-230, 2010.

BURROWS, C. **Washback in Classroom-Based Assessment: a study of the washback effect in the australian adult migrant english program**. In.:CHENG, L., WATANABE, Y; CURTIS, A. (eds). Washback in Language Testing : research contexts and methods. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. 2004. p.113-128.

CAMPION, E. W. The oldest old. **The New England Journal of Medicine**. v. 330, n. 25, p. 1819-1820, 1984.

CAPRI, M. et al. Human longevity within an evolutionary perspective: The peculiar paradigm of a post-reproductive genetics. **Experimental Gerontology**. v.43, p. 53-60, 2008.

CARDOSO, A. S. et al. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Movimento**. v. 14, n. 01, p. 225-239, 2008.

CAROMANO, F. A.; IDE, M. R.; KERBAUY, R. R. Manutenção na prática de exercícios por idosos. **Revista do Departamento de Psicologia**. v. 18, n. 2, p. 177-192, 2006.

CASAGRANDE, M. Atividade física na terceira idade. **Trabalho de conclusão de curso** em de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Estadual Paulista. Bauru, 2006.

CASSOU, A. C. N. et al. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista de Educação Física da UEM**. v. 19, n. 3, p. 353-360, 2008.

CASSOU, A. C. N. et al. Barriers to Physical Activity Among Brazilian Elderly Women From Different Socioeconomic Status: A Focus-Group Study. **Journal of Physical Activity and Health**. v. 8, p. 126 -132, 2011.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION AND THE MERCK COMPANY FOUNDATION. **The State of Aging and Health in America 2007**. Whitehouse Station, NJ: The Merck Company Foundation, 2007. 46p.

CERRI, A. S.; SIMÕES, R. **Hidroginásticas e idosos: por que eles praticam?** Revista Movimento, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 81- 92, 2007.

CERVO, A. L.; BERWIAN P. A.. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice-Hall, 2002.

CHAIM, J.; IZZO, H; SERA, C. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v. 33, n. 2, p.175-181, 2009.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

CHATZISARANTIS, N. L. et al. The stability of the attitude-intention relationship in the context of physical activity. **Journal of Sports Science**. v. 23, n. 1, p. 49-61, 2005.

CHRISTIAN R. K.; BARNARD, R. J. Effects of exercise and diet on chronic disease. **Journal of Applied Physiology**. v. 98, p. 3-30, 2005.

CHODZKO-ZAJKO, W. J. et al. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine Science Sports Exercise**. v. 41, n. 7, p.1510-1530, 2009.

COHEN-MANSFIELD, J. et al. Socio-environmental exercise preferences among older adults. **Preventive Medicine**. v.38, p. 804-811, 2004.

COHEN-MANSFIELD, J.; MARX, M. S.; GURALNIK, J. M. Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. **Journal Aging Physical Activity**. v. 11, n. 1, p. 242-253, 2003.

CONTE, E. M. T.; LOPES, A. S. Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 2, n. 1, p. 61-75, 2005.

CORSEUIL, M. W. et al. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive Medicine**. v. 53, n. 4 e 5, p. 289-292, 2011.

COSME, R. G.; OKUMA, S. S.; MOCHIZUKI, L. A capacidade funcional de idosos fisicamente independentes praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Ciências do Movimento**. v. 16, n. 1, p. 39-46, 2008.

CROMBIE, I. K. et al. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. **Age and Ageing**. v. 33, n. 3, p. 287-292, 2004.

CRUZ, I. B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica do Brasil**. v. 50, n. 2, 2004.

CUNHA, U. G. V.; GUIMARÃES, R. M. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: _____ . **Sinais e sintomas em geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 141-54.

DAWSON, J. et al. Perceived Barriers to Walking in the Neighborhood Environment: A Survey of Middle-Aged and Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. v. 15, p. 318-335, 2007.

DERGANCE, J. M. et al. Barriers to and benefits of leisure time physical activity in the elderly: differences across cultures. **Journal of American Geriatrics Society**. v. 51, n. 6, p. 863-868, 2003.

DIMITRI, S., et al. Greek centenarians: Assessment of functional health status and life-style characteristics. **Experimental Gerontology**. v. 40, p. 512-518, 2005.

DJERNES, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatric Scand**. v. 113, n. 5, p. 372-387, 2006.

DUMITH, S. C. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 13, n. 2, p. 110-120, 2009.

EIRAS, S. B. et al. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 31, n. 2, p. 75-89, 2010.

FARINATTI, P. T. V. Promoção da Saúde e Envelhecimento: conceitos e princípios. In _____ . **Envelhecimento e Promoção da saúde e Exercício: bases teóricas e metodológicas**. Barueri/SP: Manole, 2008. v. 1, n. 4, p. 39-53.

FLECK, S. J.; FIGUEIRA JÚNIOR, A. **Treinamento de força para fitness e saúde**. São Paulo: Phorte Editora, 2003.

FORTES, A.C.G.; NERI, A.L. **Eventos de Vida e Envelhecimento Humano**. In.: NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. (Orgs.). *Velhice bem-sucedida*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2004.

FOSTER, C.; HILLSDON, M.; THOROGOOD, M. **Interventions for promoting physical activity (Cochrane Review)**. In: The Cochrane Library, volume 3 Oxford: Update Software. 2008.

FRANCESCHI, C. et al. Genomic instability and aging: studies in centenarians (successful aging) and in patients with Down's syndrome (accelerated aging). **Annals of New York Academy of Sciences**. v. 621, p. 428-440, 1991.

FREITAS, C. M. S. M. et al. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e a manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 9, n. 1, 92-100, 2007.

GALEA, M. N.; BRAY, S. R.; GINIS, K. A. M. Barriers and facilitators for walking in individuals with intermittent claudication. **Journal Aging Physical Activity**. v. 16, n. 1, p. 69-84, 2008.

GILES-CORTI, B. DONAVAN, R. J. Relative influences of individual, social environmental and physical environmental correlates of walking. **American Journal Public Health**. n. 93, p.1583-1589, 2003.

GOBBI, S. et al. Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 24, n. 4, p. 451-458, 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GONÇALVES, A. K. et al. **A Influencia da atividade física em idosos com estilo ativo de vida**. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F.(Orgs). Qualidade de Vida e Estilo Ativo no Envelhecimento: análise de variáveis físicas. Porto Alegre/RS: Evangraf. 2005, p. 311-325.

GOTTlieb, M. G. V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.14, n. 2, 2011.

HALLAL, P. C. et al. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. v. 35, n. 11, p. 1894-1900, 2003.

HALL, K. S.; MCAULEY, E. Individual, social environmental and physical environmental barriers to achieving 10 000 steps per day among older women. **Health Education Research**. v. 25, n. 3, p. 478-488, 2010.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health readapted recommendation for adults from the American College of sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**. v. 116, p. 1081-1093, 2007.

HAYFLICKT, L. **Como e porque envelhecemos**. Tradução Ana Beatriz Rodrigues, Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1996.

HAZZARD, W. R. et al. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 3 Ed. New York: McGraw Hill, 1994.

HERNANDES, E. S. C., BARROS, J. F. Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 12, n. 2, p. 43-50, 2004.

HILDON, Z. et al. Understanding adversity and resilience at older ages. **Sociology of Health & Illness**. v. 30, n. 5, p. 726-740, 2008.

HIRVENSALO, M.; LINTUNEN, T. Life-course perspective for physical activity and sports participation. **European Review of Aging and Physical Activity**. v. 8, p. 13-22, 2011.

HOEFELMANN, C. P. et al. Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais. **Motriz**. v.17, n.1, p. 19-25, 2011.

HONG, S. Y.; HUGHES, S.; PROHASKA, T. Factors affecting exercise attendance and completion in sedentary older adults: a meta-analytic approach. **Journal Physical Activity and Health**. v. 5, n. 3, p. 385-397, 2008.

HUGHES, J. P.; MCDOWELL, M. A.; BRODY, D. J. Leisure-Time Physical Activity among US Adults 60 or More Years of Age: Results from NHANES 1999-2004. **Journal of Physical Activity and Health**. v. 5, p. 347-358, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> acesso em: 26 de junho de 2011.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e Idade: 1980-2050**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf f> acesso em: 12 de junho de 2010.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Editora PUC – Rio, 2006.

KAMPHUIS, C. B. M. et al. Perceived environmental determinants of physical activity and fruit and vegetable consumption among high and low socioeconomic groups in the Netherlands. **Health Place**. v. 13, n. 2, p.493-503, 2007.

KANEKO, M. et al. Association on critical muscle strength and reduced walking speed in elderly women. **The Journals of Gerontology and Physical Activity**. v. 12, n. 3, 2004.

KERSE, N. et al. Is Physical Activity Counseling Effective for Older People? A Cluster Randomized, Controlled Trial in Primary Care. *American Geriatrics Society*. v. 53, p. 1951-1956, 2005.

KONG, K. S. et al. Psychosocial consequences of falling: the perspective of older Hong Kong chinese who had experienced recent falls. **Journal of Advanced Nursing**. v. 37, p. 234-242, 2002.

KRAUSE, M. P. et al. Influência do nível de atividade física sobre a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 2, p. 97-102, 2007.

KUMON, M. T. et al. Centenários no mundo: uma visão panorâmica. **Revista Kairós**. v. 12, n. 1. p. 213-232, 2009.

LAGEROS, Y. T. Physical activity. The more we measure, the more we know to measure. **European Journal of Epidemiology**. v. 24, p. 119-122, 2009.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa** (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LEHR, U. Revolução da Longevidade: sociedade, na família e no indivíduo. **Revista Estudos Interdisciplinar do Envelhecimento**. v. 1, p. 7-36, 1999.

LEES, F. D. et al. Barriers to exercise behavior among older adults: a focus-group study. **Journal Aging Physical Activity**. v. 13, n. 1, p. 23-33, 2005.

LINS, R. G. ; CORBUCCI, P. R. A importância da motivação na prática de atividade física para idosos. **Estação Científica Online**. n. 4, p. 1-13, 2007.

LOLAND, N. W. Exercise, Health and Aging. **Journal of Aging and Physical Activity**. v. 11, n. 2, p. 170-184, 2004.

MARAFON, L. P. et al. Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 799-808, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo, Ed. Atlas, 1996.

MARQUES, A. P. O. et al. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. **Textos Sobre Envelhecimento** [online]. v. 8, n. 2, p. 169-186, 2005.

MARSHALL, A.; BAUMAN, A. **The International Physical Activity Questionnaire. Summary Report of the Reliability & Validity Studies**. Produzido pelo Comitê Executivo do IPAQ. Summary, March, 2001.

MARTINS, S. A.; ZIMMER, M. O papel do bilinguismo e da escolaridade no desempenho linguísticocognitivo de idosos longevos. **Letrônica**. v. 2, n. 1, p. 212-230, 2009.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física**. v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T.L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 7, n.1, p. 2-13, 2001.

MATSUO, R. F. et al. Imagem corporal de idosas e atividade física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. v. 6, n.1, p. 37- 43, 2007.

MAZO, G. Z. **Atividade Física, Qualidade de Vida e Envelhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2008, p. 160.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 12, n. 6, p. 480-484, 2010.

MAZO, G. Z.; CARDOSO, F. L.; AGUIAR, D. L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 8, n. 2, p. 67-72, 2006.

MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. v. 5, n. 2, p. 202-212, 2005.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. R. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 3 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Sulina, 2009. 247p.

MAZO, G. Z.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. **Psicologia para América Latina**. n. 18, 2009.

MACMILLAN, F. et al. West End Walkers 65+: A randomised controlled trial of a primary care-based walking intervention for older adults: Study rationale and design. **BMC Public Health**. v.11, n. 120, p. 1-12, 2011.

MECHLING, H.; NETZ, Y. Aging and inactivity-capitalizing on the protective effect of planned physical activity in old age. **European Review of Aging and Physical Activity**. v. 6, p. 89-97, 2009.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 16, n. 1, p. 18-23, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIURA, K. Epidemiology and prevention of hypertension in Japanese: how could Japan get longevity? **EPMA Journal**. v. 2, n. 1, p. 59-64, 2011.

MOREIRA, L. M. A. et al. Estudo sobre a longevidade em Santa Inês, Bahia: Aspectos demográficos, genéticos e sociais. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v. 6, n. 3, p. 331-337, 2007.

MORENO, J. A.; CERVILLÓ, E.; MORENO, R. Importancia de la práctica físico-deportiva y del género em el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. v. 8, n. 1, p. 171-183, 2008.

MORGAN, A. L.; TOBAR, D. A.; SNYDER, L. Walking toward a new me: the impact of prescribed walking 10,000 steps/day on physical and psychological well-being. **Journal of physical activity & health**. v. 7, n. 3, p. 299-307, 2010.

MOSCHNY, A. et al. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. v. 8, 2011.

MOTA, J.; SALLIS, J. F. **Atividade Física e Saúde: factores de influências da actividade física nas crianças e adolescentes.** Porto: Campo das Letras, 2002.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 10, n. 2, p. 395-404, 2008.

NASCIMENTO, C. M. C. et al. Nível de Atividade Física e as Principais Barreiras Percebidas por Idosos de Rio Claro. **Revista da Educação Física/UEM.** v. 19, n. 1, p. 109-118, 2008.

NASCIMENTO, M. C. et al. O desafio da adesão aos exercícios físicos em grupos de idosos em Palmitos/SC: Motivos para a prática e para a desistência. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v. 15, n. 3, 2010.

NERI, A. L.; FORTES, A. C. G. **A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família.** In.: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1277-1288, 2006.

NERI, A. L. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A. L. (Org). **Idoso no Brasil: vivências, desafios, e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.

NOVAIS, F. V. Nível de atividade física no lazer em idosos residentes na região da Vila Clementino no Município de São Paulo. **Dissertação.** UNIFESP 2009. 136p. Mestrado em ciências.

OKUMA, S. S. Adesão de Idosos à Atividade Física. In: GONÇALVES, A. K.; GROENALD, R. M. F. S. (Orgs). **Qualidade de Vida e Estilo de Ativo no Envelhecimento.** Porto Alegre/RS: Editora Evangraf. 2005, p. 47- 58.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa.** Campinas, SP: Papirus, 1998.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** /OPAS. – Brasília, 2003.

PARK, H.; O'CONNELL, J.; THOMSON, R. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. **International Journal of Geriatric Psychiatry.** v. 18, p. 1121-1134, 2003.

PATRICIO, K. P. et al. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Revista Ciências e Saúde Coletiva.** v. 13, n. 4, p. 1189-1198, 2008.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Revista Serviço Social.** v. 2, n. 2, p.135-148, 1999.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PEREIRA, S. R. M. et al. **Quedas em Idosos.** Projeto Diretrizes, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: 2001.

PERLS, T. et al. What does it take to live to 100? **Mechanisms of Ageing and Development.** v. 123, p. 231-242. 2002.

PERRACINI, M. R.; NÉRI, A. L. **Tarefa de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência.** In: NÉRI, A. L. et al. Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea Editora, 2006, p. 135-163.

PINHEIRO, K. C.; SILVA, D. A.; PETROSKI, E. L. Barreiras percebidas para prática de musculação em adultos desistentes da modalidade. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v. 15, n. 3, 2010.

PRATT, M. et al. Putting physical activity into public health: A historical perspective from the CDC, **Preventive Medicine.** 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Perfil de Florianópolis.** Florianópolis: PMF, 2009.

PRENTICE, R. L. et al. Nutrition and physical activity and chronic disease prevention : research strategies and recommendations. **Journal of the national cancer institute.** v. 96, n. 17, p. 1276-1286, 2004.

RASINAHO, M. et al. Motives for and Barriers to Physical Activity Among Older Adults With Mobility Limitations. **Journal of Aging and Physical Activity.** v.15, p. 90-102, 2006.

RAUCHBACH, R. **A atividade física para a 3ª. Idade:** envelhecimento ativo: uma proposta para a vida. Londrina: Midiograf, 2001.

REICHERT, F. F. Et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **Am Journal Public Health.** v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, Idade e saúde. **Psicologia em Estudo.** v. 14, n. 3, p. 501-509, 2009.

ROCHA, S. V.; TRIBESS, S.; VIRTUOSO JR, J. S. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. **Revista de Educação Física da UEM.** v. 19. n. 1, p. 101-118, 2008.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 643-648, 2006.

ROIE, V. et al. Effectiveness of a Lifestyle Physical Activity Versus a Structured Exercise Intervention in Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. v. 18, p. 335-352, 2010.

ROLIM, F. et al. Related physical activity: sedentarism in elderly living in favela da Maré and shelters of Rio de Janeiro. **The Journal of Aging and Physical Activity**. v. 12, n. 3, p. 282-283, 2004.

ROUQUARYOL, M. Z.; BARRETO, M. **Abordagem descritiva em epidemiologia**. In: ROUQUARYOL, M. Z., FILHO, N. de A. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, 728 p.

SAFONS, M. P.; PEREIRA, M. M. **Princípios Metodológicos da Atividade Física para Idosos**. Brasília: CREF/DF- FEF/UnB/GEPAFI, 2007.

SALEHI, L. et al. Physical activity among a sample of Iranians aged over 60 years: an application of the transtheoretical model. **Archives of Iranian Medicine**. v. 13, n. 6, 2010.

SALLES- COSTA, R. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n. 2, p. 325-333, 2003.

SALMON, J. et al. Physical activity and sedentary behavior: A population-based study of barriers, enjoyment, and preference. **Health Psychology**. v. 22, n. 2, p. 178-188, 2003.

SANTOS, M. S., et al. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 13, n. 1, p. 94-104, 2010.

SANTOS, M. S., et al. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar barreiras para a prática de atividades físicas em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 14, n. 2, 2009.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública.** v. 39, p. 163-168, 2005.

SATARIANO, W. A.; HAIGHT T, J.; TAGER, I. B. Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. **Jornaul of the American Geriatrics Society.** v. 48, p. 505-512, 2000.

SCARMEAS, N. et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. **Neurology.** v. 57, n. 12, 2001.

SCHMIDT, J. A. et al. Aplicação do teste do relógio em octogenários e nonagenários participantes de estudo realizado em Siderópolis/SC. **Revista Psico.** v. 40, n. 4, p. 525-530, 2009.

SCHUTZER, K. A.; GRAVES, B. S. Barriers and motivations to exercise in older adults. **Preventive Medicine.** v. 39, n. 5, p. 1056-1061, 2004.

SCHWANKE, C. H. A. et al. Análise da Associação entre Polimorfismo do Gene da Apolipoproteína E e Fatores de Risco Cardiovasculares em Idosos Longevos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 78, n. 6, p. 561-570, 2002.

SECOND CONFERENCE FOR WORLD ASSEMBLY ON AGEING. **Second World Assembly On Ageing** - Madrid. 8-12, April 2002. Acesso em: <<http://www.un.org/ageing>> acesso em 09 de agosto de 2008.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde.** São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; REIS, R. S. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em freqüentadores de parques públicos. **Motriz.** v. 15, n. 2, p. 219-227, 2009.

SILVA, L. J. Avaliação do nível de atividade física, aptidão física e capacidade funcional de idosas participantes do programa de atividade física coordenado pelo programada de saúde da família do município de São Caetano do Sul. **Dissertação.** UNIFESP 2009. 132p. Mestrado em ciências.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.

SOUZA, D. L.; VENDRUSCULO, R. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto "Sem Fronteiras". **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. v. 24, n. 1, 2010.

STATHOPOULOU, G.; POWERS, M.; BERRY, A.; SMITS, J.; OTTO, M. Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. **Clinical Psychology - Science and Practice**. v. 13, n. 2, p. 179-193, 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 5 ed., São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1992.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 3, p.777-796, 2009.

TREMBLAY, M. S. et al. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. **Applied Physiologic and Nutrition Metabolic**. v. 35, p. 725-740, 2010.

TUNA, H. D. et al. Effect of age and physical activity level on functional fitness in older adults. **European Review of Aging and Physical Activity**. v. 6, p. 99-106, 2009.

USDHHS. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity guidelines advisory committee report**. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2008.

VALÉRIO, M. P. Estudo comparativo de intervenções voltadas à promoção de atividade física em idosos sedentários no lazer. **Tese**. UNIFESP 2011. 108p. Doutorado em ciências.

VERAS, R. P. **Desafios e Conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações.** In: VERAS, R. P. (org). Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UNATI/UERGS, 2001.

VIGITEL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

VIGITEL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

VIGITEL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

VON BONSDORFF, M. B.; RANTANEN, T. Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach. **European Review of Aging and Physical Activity.** v. 8, p. 23-30, 2011.

WAJNGAARTEN, M. Cardiogeriatrics: uma subespecialidade ou uma necessidade? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 87, n. 3, p. 8-9, 2007.

WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. N.; BREDIN, S. S. D. Health benefits of physical activity, the evidence. **Canadian Medical Association Journal.** v. 74, n. 6, p. 801-809, 2006.

WERLE, M. H. Fatores de risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos. **Dissertação de Mestrado-** UFRGS, 2009.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício**. 2^a edição. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.

WEVERLING-RIJNSBURGER, A. W. et al. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. **Lancet**. v. 350, n. 9085, p. 1119- 1123, 1997.

WILLCOX, C. et al. They Really Are That Old: A Validation Study of Centenarian Prevalence in Okinawa. **Journal of gerontology: biological sciences**. v. 63, n. 4, p. 338-349, 2008.

XAVIER, F. M. F. et al. O desempenho em testes neuropsicológicos de octagenários não-dementes e com baixa escolaridade em duas comunidades do sul do Brasil. **Revista Psico**. v. 37, n. 3, p. 221-231, 2006.

YATES, L. B. et al. Exceptional Longevity in Men. Modifiable Factors Associated With Survival and Function to Age 90 Years. **Archives of International Medicine**. v. 168, n. 3, p. 284-290, 2008.

YOUNG, D. R. et al. The effects of aerobic exercise and Tai Chi on blood pressure in older people: results of a randomized trial. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 47, p. 277-284, 1999.

ZAITUNE; M. P. A. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 23, n. 6, p. 1329-1338, 2007.

ZIBETTI, M. R. et al. Estudo comparativo de funções neuropsicológicas entre grupos etários de 21 a 90 anos. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**. v. 2, n. 1, p. 55-67, 2010.

ANEXOS

ANEXO A
FICHA DIAGNÓSTICA

Entrevistador(a):..... Data:

a) Dados de Identificação:

Nome completo:.....

Sexo: () feminino () masculino

Data de nascimento:..... Idade:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

Grupo de convivência:.....

Ano de início no grupo de convivência:.....

Por que entrou no grupo de convivência?.....

.....

Por que permanece no grupo de convivência?.....

.....

b) Características Sócio-demográficas

1. Estado Civil:

() Solteiro (a)

() Casado (a)/juntado (a)

() Separado (a)/divorciado (a)

() Viúvo (a)

() Outros

2. Escolaridade:

() Analfabeto/sem escolaridade

() Fundamental incompleto/1 a 7 anos

() Fundamental completo/ 8 anos

() Médio incompleto/9 a 10 anos

() Médio completo/ 11 anos

() Ensino superior completo

() Pós-graduação completa (esp., mestrado e doutorado)

3. Com quem você mora?

() Sozinho (a)

() Cônjuge

() Filhos (as)

() Netos (as)

(....)Outro(s).

Qual(s)?.....

4. Religião:

() Católico (a)

() Evangélico (a)

() Espírita

() Sem religião

() Ateu

() Outros:.....

5. Etnia

() Caucasiano/branco

() Afro/negro, mulato, pardo

() Asiático (a)

6. Ocupação atual:

() Aposentado

() Pensionista

() Aposentado/Pensionista

() Aposentado ativo

() Pensionista ativo

() Aposentado/Pensionista ativo

() Remunerado ativo

() Não remunerado ativo

7. Qual é a renda média mensal do senhor(a) e das pessoas que vivem em sua residência (renda mensal familiar em salários mínimos)?

() < 1 (menor que 510,00)

() 1— 2 (510,00 a 1019,00)

() 2— 3 (1.020,00 a 1.529,00)

() 3— 4 (1.530,00 a 2.039,00)

() 4— 6 (2.040,00 a 3.059,00)

() + de 6 (+ de 3.060,00)

Critério de Classificação Econômica Brasil

8- Posse de itens

Quantidade de itens	0	1	2	3	4/+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

9- Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

c) Condições de saúde

10. Como está o seu estado de saúde atual?

 Ótimo Bom Regular Ruim Muito ruim

11. O seu estado de saúde atual dificulta a prática de atividade física/exercício físico?

 Sim Não

Caso Afirmativo: De que modo dificulta?

 Cansaço Falta de ar Tontura Dor. Onde? Outro. Qual(s)?12. Você tem alguma doença sim não

Caso afirmativo: marque com um X as doenças e anote o tempo de diagnóstico em anos.

Doenças	Doenças
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)	<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Sequela Acidente Vascular (derrame)	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Artrose	<input type="checkbox"/> Dislipidemia (triglicerídios, colesterol alto)
<input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide	<input type="checkbox"/> Doenças dos olhos
<input type="checkbox"/> Dores Lombares	<input type="checkbox"/> Dificuldades Auditivas
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Incontinência Urinária (perda de urina)
<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Neoplasias(tumores)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Bronquite Crônica	<input type="checkbox"/> Gastrite
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Outros:.....
<input type="checkbox"/> Prisão de ventre	

13. Você toma medicamentos sim não

Quantos?..... Qual (s)?.....

d) Prática de atividade física

14. Você pratica alguma atividade física ou exercício físico regularmente, além do programa que participa?

Sim Não

Qual (s)?	Quantas vezes por semana?	Quanto tempo/duração?	A quanto tempo?	Local?

e) Motivos de adesão no grupo de convivência.

15. Quais os motivos que o levaram A INGRESSAR no grupo de AF?

.....

16. Quais os motivos que o levariam A NÃO INGRESSAR no grupo de AF?

.....

17. Quais os motivos que o levam A PERMANECER no grupo de AF?

.....

f) Quedas

18. Você teve alguma queda (tombo) no último ano?

Não Sim. Preenche o campo abaixo, conforme a quantidade de quedas:

Quantidade	Onde (local)	Conseqüências da queda (tombo)
<input type="checkbox"/> uma	1-	1-
<input type="checkbox"/> duas	2-	2-
<input type="checkbox"/> três	3-	3-
<input type="checkbox"/> quatro	4-	4-
<input type="checkbox"/> 5 ou +	5 ou + (a mais grave)	+5 (a mais grave)

g) Olhos

19. Você utiliza óculos ou lente corretiva?

Não

Sim. Caso afirmativo: diariamente quando necessita

h) Consumo de substâncias

20. Você fuma cigarros? Sim Não

21. Você já fumou cigarros? Sim Não

22. Você costuma consumir bebidas alcoólicas (hábito frequente - todos os dias)?

Sim Não

23. Você já consumiu, de forma frequente, bebidas alcoólicas?

Sim Não

ANEXO B
(BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004)
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
 Versão 8 (forma longa, semana usual)

Nome: _____ Data: ___/___/___ Idade: ___ anos



Orientações do Entrevistador

Nesta entrevista estou interessado em saber que tipo de atividades físicas o(a) senhor(a) faz em uma semana normal (típica). Suas respostas ajudarão a entender quanto ativos são as pessoas de sua idade.

As perguntas que irei fazer estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividades físicas no trabalho, em casa (no lar), nos deslocamentos à pé ou de bicicleta e no seu tempo de lazer (esportes, exercícios, etc.).

Portanto, considere como **atividades físicas** todo movimento corporal que envolve algum esforço físico. Lembre que as atividades VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem o(a) senhor(a) respirar MUITO mais forte que o normal. As atividades físicas MODERADAS são aquelas que exigem algum esforço físico e que fazem o(a) senhor(a) respirar um pouco mais forte que o normal.

SEÇÃO 1 - ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu trabalho, seja ele remunerado ou voluntário. Inclua as atividades que você faz na universidade, faculdade ou escola. Você não deve incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1 a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

SIM

NÃO → Vá para seção 2 - Transporte



Orientações do Entrevistador

- ▶ As próximas questões são em relação ao tempo que você passa no trabalho (fora de casa) seja ele remunerado ou voluntário.
- ▶ Por favor, NÃO INCLUA o transporte para o trabalho.
- ▶ Pense apenas naquelas atividades que durem por pelo menos 10 minutos contínuos.

1b. Em quantos dias de uma semana normal você participa (realiza) atividades físicas vigorosas, de forma contínua por pelo menos 10 minutos (exemplo: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, etc.)?

DIAS por semana Não faz AF vigorosas → Vá para questão 1c

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

1c. Em quantos dias de uma semana normal você participa (realiza) atividades físicas MODERADAS, de forma contínua por pelo menos 10 minutos (exemplo: levantar e transportar pequenos objetos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupas com as mãos, etc.)?

DIAS por semana Não faz AF moderadas → Vá para questão 1d

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

- 1d. Em quantos dias de uma semana normal você realiza caminhadas no seu trabalho, de forma contínua por pelo menos 10 minutos?

Orientações do Entrevistador



▶ Lembre que você não deve incluir a caminhada que você realiza para ir para o trabalho ou para voltar para casa, após o trabalho.

Tempo em cada dia?

DIAS por semana Não faz caminhadas → Vá para seção 2 - Transporte

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que você realiza para se deslocar de um lugar para outro. Você deve incluir os deslocamentos para o trabalho (se você trabalha), encontro do grupo de terceira idade, cinema, supermercado, lojas ou qualquer outro local.

- 2a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

DIAS por semana Não utiliza veículos a motor → Vá para a questão 2b

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

Orientações do Entrevistador



▶ Agora pense somente em relação aos deslocamentos que você realiza à pé ou de bicicleta para ir de um lugar para outro! Não inclua as atividades que você faz por diversão ou exercício.

- 2b. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta, por pelo menos 10 minutos contínuos, para ir de um lugar para outro, ?

DIAS por semana Não anda de bicicleta → Vá para a questão 2c

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

- 2c. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos, para ir de um lugar para outro?

DIAS por semana Não faz caminhadas → Vá para a Seção 3

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

SEÇÃO 3 - ATIVIDADE FÍSICA EM CASA, TAREFAS DOMÉSTICAS E ATENÇÃO À FAMÍLIA



As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que o(a) senhor(a) realiza na sua casa e ao redor da sua casa. Nestas atividades estão incluídas as tarefas no jardim ou quintal, manutenção da casa e aquelas que você faz para tomar conta da sua família.

- 3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: carpir, cortar lenha, serrar, pintar, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura, etc.).

DIAS por semana Não faz AF vigorosas em casa → Vá para questão 3b

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

- 3b. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas moderadas no jardim ou quintal, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, jardinagem, caminhar ou brincar com crianças, etc.).

DIAS por semana Não faz AF moderadas no quintal → *Vá para questão 3c*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas moderadas dentro da sua casa, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: , limpar vidros ou janelas, lavar roupas à mão, limpar banheiro, esfregar o chão, carregar crianças pequenas no colo, etc).

DIAS por semana Não faz AF moderadas em casa → *Vá para a seção 4*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

SEÇÃO 4 - ATIVIDADE FÍSICA DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E LAZER



As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que o(a) senhor(a) realiza em uma semana normal (habitual) unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente nas atividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor NÃO inclua atividades que você já tenha citado nas seções

- 4a. No seu tempo livre, sem incluir qualquer caminhada que você já tenha citado nas perguntas anteriores, em quantos dias de uma semana normal você caminha, por pelo menos 10 minutos contínuos?

DIAS por semana Não faz caminhadas no lazer → *Vá para questão 4b*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 4b. No seu tempo livre, durante uma semana normal em quantos dias você participa de atividades físicas vigorosas, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: correr, nadar rápido, pedalar rápido, canoagem, remo, musculação, esportes em geral, etc).

DIAS por semana Não faz AF vigorosas no lazer → *Vá para questão 4c*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 4c. No seu tempo livre, durante uma semana normal em quantos dias você participa de atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: pedalar em ritmo moderado, voleibol recreativo, natação, hidroginástica, ginástica e dança, etc).

DIAS por semana Não faz AF moderadas no lazer → *Vá para Seção 5*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

SEÇÃO 5 - TEMPO QUE VOCÊ PASSA SENTADO



Esta é a última pergunta. Preciso saber quanto tempo em média o(a) senhor(a) passa sentado em cada dia da semana. Inclua todo o tempo que você passa sentado em casa, no trabalho, lendo, assistindo TV, visitando amigos, sentado no ônibus, etc.

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

APÊNDICE C**ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL**

- 1) Como podemos envelhecer ativamente?
- 2) Como vocês percebem a atividade física?
- 3) Vocês conhecem alguém da sua idade que faz atividade física regularmente?
- 4) Na opinião de vocês, o que é importante e que impulsiona essas pessoas a saírem de casa para praticarem atividade física?
- 5) Vocês gostariam de praticar atividade física como elas?
- 6) Na opinião de vocês, o que motivaria vocês a fazerem atividade física?
- 7) O que impede vocês de não fazerem atividade física?
- 8) Quais os tipos de atividades físicas vocês fariam ou poderiam fazer?
- 9) Quais as atividades físicas que vocês mais gostam?
- 10) Quais atividades físicas vocês faziam no passado? O que fez vocês pararem de fazer essas atividades físicas, ou o que fez vocês não fazerem atividades físicas?

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UDESC



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Florianópolis, 20 de agosto 2010

Nº. de Referência: 149/2010

A(o) Pesquisador(a),

Profª. Giovana Zarpellon Mazo

Analisamos o projeto de pesquisa intitulado “**Idosos Longevos: estilo de vida e percepção sobre a prática de exercícios físicos e hábitos de lazer**” enviado previamente por V. S.^a. Desta forma, comunicamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos tem como resultado à **Aprovação** do referido projeto.

Este Comitê de Ética em Pesquisa segue as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaríamos de salientar que quaisquer alterações do procedimento e metodologia que houver durante a realização do projeto em questão e, que envolva os indivíduos participantes, deverá ser informado imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ser assinadas pelo indivíduo pesquisado ou seu representante legal. Uma cópia deverá ser entregue ao indivíduo pesquisado e a outra deverá ser mantida pelos pesquisadores por um período de até cinco anos, sob sigilo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rudnei da Silva

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi - Florianópolis – SC
88035-001 - Telefone/Fax (48) 3321 – 8195

APENDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “**Idosos Longevos em risco para a inatividade física: percepções de atividade física**” que está sendo desenvolvida pelos pesquisadores: Dr^a Giovana Zarpellon Mazo (Professora), Rodrigo de Rosso Krug (Aluno de Mestrado), Enaiane Cristina Menezes (Aluna de Graduação), representando a instituição UDESC e Ms. Marize Amorim Lopes (Aluna de Doutorado) e Heloisa Rizzaro (Aluna de Graduação), representando a instituição UFSC.

O objetivo dessa pesquisa é analisar os idosos longevos (80 anos ou mais) moradores de Florianópolis-SC, quanto a estilo de vida e percepção sobre a prática de exercícios físicos e hábitos de lazer.

Toda a coleta dos dados será realizada conforme a sua disposição e disponibilidade de tempo, podendo ser interrompida a qualquer momento, quando julgar necessário. A coleta das informações será realizada em duas fases distintas.

Na 1ª etapa, serão realizadas entrevistas individuais, no qual o (a) senhor (a) responderá questões referentes ao recordatório semanal da prática de atividade física, sobre o estilo de vida e sobre o estado de humor no momento. Posteriormente serão feitos alguns testes físicos que verificar a agilidade, equilíbrio, coordenação, flexibilidade de membros inferiores (pernas), força de membros superiores (braços); resistência e habilidade de andar. Nesta fase, as entrevistas e os testes serão realizados individualmente, nas residências dos senhores (as) ou em outro ambiente que julgar adequado. O (a) não é obrigado (a) a responder todas as questões ou participar de algum teste.

Na 2ª etapa, serão convidados alguns idosos para participarem de Grupos Focais, que consistem em reuniões para debates sobre as barreiras e facilitadores para a prática de atividade física entre idosos longevos. Estas reuniões acontecerão em espaços adequados para receber grupos, e que se situe em pontos de referências e próximos do seu bairro, como salões de igreja, postos de saúde ou centros de convivência.

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos. Será feito uma capacitação dos pesquisadores buscando a melhor forma de intervir com os idosos. Buscar-se-á manter o participante informado e esclarecido de todos os passos do estudo. Todos os instrumentos serão devidamente conferidos antes de sua aplicação. Pretende-se envolver o idoso em um ambiente tranquilo e seguro. Todas as informações serão sigilosas. O(A) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento.

Este estudo beneficiará os participantes, pois será possível conhecer o estilo de vida, bem como as barreiras e os facilitares para a prática de atividades físicas. Dessa forma, será possível propor estratégias de intervenção para a promoção da saúde desta população.

Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Agradecemos a vossa participação e colaboração.

Contato para informações:

Ms. Marize Amorim Lopes

Rua: Campus Universitário,
Trindade

Centro de Desporto e Saúde -
UFSC

Fone: (48) 8401 – 6767

Márcia Zanon Benetti

Rua Pascoal Simone, 358
Coqueiros.

Laboratório de Gerontologia
– LAGER

Fone: (48) 9958- 4346

Rodrigo de Rosso Krug

Rua Pascoal Simone, 358
Coqueiros.

Laboratório de Gerontologia
– LAGER

Fone: (48) 8852-2338

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____ .

Assinatura _____ Florianópolis-SC,
____/____/____ .

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa, científico, médico e educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Nome do indivíduo: _____
Assinatura: _____

Florianópolis-SC, outubro de 2010 a agosto de 2011.

LISTAS DOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA CADASTRADOS NA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS-SC NAS DIFERENTES REGIÕES DA CIDADE

Lista dos grupos de convivência da região centro cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.

Nome do Grupo de convivência	Local	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos pesquisados
Amizade/Elo da Amizade	DEINFRA	4	4
Família Feliz	Clube 12 de Agosto	4	1
Musicoterapia	GEAP	0	0
Novo Horizonte	Centro de Convivência FUSESC	0	0
Alegria de Viver	Salão Paroquial Igreja Santa Terezinha	3	3
Alegria	Salão Paroquial da Capela Na. Senhora do Rosário Caieira do Saco dos Limões	10	8
Amor a Ilha	Clube dos Oficiais da Polícia Militar	8	6
Clube da Experiência	Salão Paroquial da Paróquia Santíssima	10	4
Sant'ana	Paróquia Nossa Senhora de Lourdes e São Luís	18	9
Vida Nova	Centro de Convivência FUSESC	0	0
União	Salão do Centro Social Urbano Saco dos Limões	5	1
Perseverança	APAS/FIESC	2	1
Amor e Bondade/Elo de Amizade	DEINFRA	6	4
A Grande Família	Clube 12 de Agosto	3	3
Renovação	Centro de Convivência FUSESC	6	4
Sociedade Assistencial Vicentina	Catedral	1	1
Amizade da Terceira Idade	Salão da Capela São João Batista	5	4
Cinco de Maio	NETI / UFSC	5	3
Paula Ramos	Paula Ramos Esporte Clube	7	7
Nossa Senhora da Boa Viagem	Centro Social Urbano Saco dos Limões	0	0
Manancial de Terceira Idade	Igreja do Evangelho Quadrangular do Saco dos Limões	2	2
Corações Alegres	Comunidade Evangélica Luterana	5	4
Geração 95	Centro de Convivência FUSESC	0	0
Esperança e Harmonia/Elo da Amizade	DEINFRA	15	8
Rosário de Luz	Salão Paroquial Igreja Na. Senhora do Monte Serrat	2	1
Apostolado da Oração Sagrado Coração de Jesus/Recordações	Salão Paroquial da Paróquia Santíssima Trindade	12	7
Clube da Terceira Idade Santa Catarina	Loja Maçônica Regeneração Catarinense	12	7
Renascer	Centro de Convivência FUSESC	0	0
Grupos/SESC	Centro de Atividades do SESC Prainha	7	5
Grupos/SESC	Centro de Atividades do SESC Prainha	4	1
Grupos/SESC/Harmonia de Viver	Centro de Atividades do SESC Prainha	12	7
Total = 31		168	105

Lista dos grupos de convivência da região leste cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.

Nome do Grupo	Local	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos pesquisados
Novas Amigas 4 de Maio	Conselho Comunitário do Pantanal	6	6
Recordações	Conselho Comunitário do Pantanal	5	4
Paz e Amor	Conselho Comunitário Córrego Grande	5	4
Lagoa Formosa	Sociedade Amigos da Lagoa	8	7
GIPAN	Conselho Comunitário do Pantanal	2	2
Horto Florestal	Centro Convivência Parque Horto Florestal Córrego Grande	8	5
Primavera	Centro Comunitário Barra da Lagoa	0	0
Sant'ana	Salão da Capela São Bento	7	4
Melhor Idade Santa Cruz	Capela Santa Cruz Barra da Lagoa	4	3
Total = 9		45	35

Lista dos grupos de convivência da região sul cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.

Nome do Grupo	Local	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos pesquisados
Amizade	Salão Paroquial Pântano do Sul	4	4
Unidos do Canto	Associação Comunitária Canto do Rio Futebol Clube Ribeirão da Ilha	3	3
Trevo	Bandeirante Recreativo Futebol Clube	3	3
Viver Alegre	Intendência do Campeche	1	1
São Pedro	APAN Costeira do Pirajubaé	11	8
Alegria	Bandeirante Recreativo Futebol Clube	5	4
Esperança das Senhoras dos Pescadores Praia da Armação	Salão Paroquial Capela Santana São Joaquim Armação do Pântano do Sul	2	1
Raio de Sol	Salão Paroquial Igreja Sta. Rita de Cássia	5	4
São José da Costeira	Conselho Comunitário	6	5
Com Vivência	Centro Comunitário Morro das Pedras	2	2
Amizade da Costeira do Ribeirão	Associação Cruzeiro do Sul Costeira do Ribeirão da Ilha	5	5
Amor e União	Centro Social Urbano Freguesia do Ribeirão da Ilha	5	3
Felicidade Campeche	Intendência do Campeche	5	3
Amigas da Fraternidade	SEOVE Campeche	2	2
Nossa Senhora de Fátima	Centro Comunitário Costa de Dentro	3	2
Sempre Unidos da Tapera	Salão Paroquial da Igreja Nossa Senhora de Fátima	7	7
Nossa Senhora de Fátima	Conselho Comunitário Rio Tavares	1	1
Fazenda do Rio Tavares	Conselho Comunitário Fazenda do Rio Tavares	16	11
Total = 18		86	69

Lista dos grupos de convivência da região norte cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.

Nome do Grupo	Local	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos pesquisados
Idade Dourada	Salão Paroquial da Capela São Brás	1	1
Nossa Senhora de Guadalupe	Salão Paroquial Igreja Nossa Sra. de Guadalupe	11	6
Itelvina	Associação de Moradores do Rio Vermelho	4	4
Renascer/Santo Antônio	Sede Recreativa do Clube Avante Santo Antônio de Lisboa	6	3
Renovação para a Terceira Idade	Centro Comunitário Monte Verde	1	1
Associação de Idosos Esperança	Salão Paroquial de Ingleses	8	7
Luz ao Pôr do Sol	Associação de Moradores Vargem Grande	11	11
Alegria de Viver	Associação de Moradores de Jurerê	3	2
Ecologia da 3ª Idade de Ratonos	Sede Própria - Ratonos	5	3
Flamboia	Salão Paroquial da Igreja Santa Catarina	2	1
Liberdade.Com/Alegria	Clube 12 de Agosto	0	0
Cantinho da Amizade	Sede Própria Servidão Graciliano Santos	3	3
Renascer	Salão Paroquial Igreja São Francisco de Paula	7	4
Vida e Esperança	Salão Paroquial São Francisco Xavier	3	3
Nossa Senhora Aparecida	Centro Comunitário de Sambaqui	6	4
Amizade	Capela São Miguel João Paulo	4	3
Total = 16		75	56

Lista dos grupos de convivência da região continente cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC.

Nome do Grupo	Local	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos pesquisados
Alegria	Igreja Nossa Sra. Aparecida	4	2
São Judas Tadeu	Salão Paroquial da Igreja São Judas Tadeu	4	2
Girassol	Salão da Paróquia Nossa Senhora do Carmo	1	1
Imaculado Coração de Maria	Salão da Capela do Senhor Bom Jesus de Iguape	3	2

Unidos da Melhor Idade	Capela São Geraldo e N. Senhora Aparecida	2	2
Nossa Sra. do Carmo	Salão da Paróquia Nossa Senhora do Carmo	0	0
Amor e Liberdade	Salão da Capela do Senhor Bom Jesus de Iguape	7	7
Dom Orione	Salão Paroquial São João Batista e Santa Luzia	4	3
Luz do Sol	Centro Multiuso de Capoeiras	3	1
Nova Luz	Centro Multiuso de Capoeiras	5	3
Odilon Bartolomeu Vieira	Clube Doze de Setembro	3	3
Esperança	Paroquia Sto Antônio e Sta. Maria Gorete	8	4
Irmã Maria	Assoc. da Secretaria de Educação	8	6
Bom Jesus	Salão da Capela do Senhor Bom Jesus de Iguape	10	7
Lar Fabiano de Cristo	Lar Fabiano de Cristo/UPI Arnaldo São Thiago	2	0
Só Amor	Centro Multiuso de Capoeiras	2	2
São Francisco de Assis	Comunidade São Francisco de Assis	6	2
União	Centro Social Urbano da Coloninha	1	1
Rainha da Glória	Salão Paroquial Nossa Senhora da Glória	0	0
Amizade	Salão Paroquial São João Batista e Santa Luzia	6	4
Nossa Senhora Aparecida	Centro Multiuso de Capoeiras	8	6
Amigas Unidas	Centro Social Urbano da Coloninha	1	1
Utopia	Paróquia Santo Antônio e Santa Maria Gorete	8	8
Nossa Sra. de Fátima	Salão da Paróquia Nossa Senhora de Fátima	10	5
Amizade	Associação de Moradores Jardim Atlântico	4	3
Amigas de Santa Terezinha	Salão Paroquial Santuário Nossa Sra. de Fátima	5	5
Renascer	Salão Paroquial da Igreja São José e Santa Rita de Cássia	0	0
Grupos SESC	SESC - Estreito	4	4
Total = 28		119	87