



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM GERONTOLOGIA

JACILENE GUEDES DE OLIVEIRA

**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

RECIFE

2016

JACILENE GUEDES DE OLIVEIRA

**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Prof^o. Dr. Edilson Fernandes Souza.

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Maria das Graças W. S. Coriolano.

RECIFE

2016

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

O48n Oliveira, Jacilene Guedes de.
Nível de atividade física em idosos participantes de grupos de convivência / Jacilene Guedes de Oliveira. – 2016.
62 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Edilson Fernandes Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Atividade física. 2. Idoso. 3. Comportamento. I. Souza, Edilson Fernandes (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-064)

JACILENE GUEDES DE OLIVEIRA

**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE
GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia

BANCA EXAMINADORA

Dissertação Aprovada em 22 de Fevereiro de 2016.

Prof^o Dr. Edilson Fernandes Souza (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques (Membro Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Silvana Gonçalves Brito de Arruda (Membro Titular Externo)
Universidade Federal de Pernambuco/ Centro Acadêmico de Vitória

RECIFE
2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado forças, perseverança, ânimo e saúde para concluir este trabalho.

Aos meus pais e ao meu irmão que sempre estiveram ao meu lado me dando forças, incentivando e apoiando. A minha mãe, em especial, que nunca mediu esforços para me apoiar em todas as empreitadas que decidi enfrentar.

Ao meu esposo pelo amor, carinho e paciência nos momentos estressantes. Agradeço por ter compartilhado comigo esses dois anos de mestrado, sempre me fazendo refletir sobre os acontecimentos.

Aos meus orientadores pela confiança e aceitação.

Ao professor Henrique Mansur e a professora Márcia Carrera por toda contribuição na qualificação deste trabalho, as quais foram muito importantes para o andamento da pesquisa.

Aos idosos que possibilitaram a efetivação desta pesquisa e que sempre me trataram com muita atenção e carinho.

A Daniela, Franciele e Roseane que participaram, na medida do possível e com grande esforço, do processo de coleta dos dados.

A Manoel e Isabela por toda ajuda nas horas de sufoco e pela paciência.

Aos meus queridos amigos que compartilharam comigo momentos de alegria e tristeza.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A implantação de grupos de convivência para idosos é uma das estratégias utilizadas para proporcionar um estilo de vida ativo em diversos aspectos. A inserção da atividade física no cotidiano da pessoa idosa traz diversos benefícios, no entanto, essa população ainda é considerada a menos ativo fisicamente em relação as outras faixas etárias. Nesse contexto, conhecer o nível de atividade física desse público bem como as barreiras que impedem a realização da atividade física torna-se necessário, uma vez que poderá auxiliar na elaboração e desenvolvimento de novas estratégias para o estímulo da prática de atividade física. **OBJETIVO:** Avaliar o nível de atividade física de idosos participantes de grupos de convivência. **MÉTODO:** Estudo do tipo quantitativo, descritivo e de corte transversal. Participaram da pesquisa uma população de 61 idosos, os quais estavam distribuídos em cinco grupos de convivência cadastrados no Município da Vitória de Santo Antão. Foram coletados dados referentes às características sociodemográficas, morbidades referidas, fatores de risco e percepção de saúde, a fim de caracterizar a população. Para avaliar o nível de atividade física realizada numa semana normal utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física adaptado para idosos. Para avaliar o comportamento dos idosos em relação a prática de atividade física, foram identificados as barreiras percebidas e o estágio de mudança de comportamento. As barreiras percebidas para a prática de atividade física foram coletas através de um questionário que apresenta uma lista de 22 possíveis barreiras que envolve aspectos físicos, ambientais e sociais. Para avaliação dos estágios foi utilizada uma questão fechada com cinco alternativas, o qual o participante foi classificado em um dos cinco estágios de mudança do comportamento para à prática de atividades físicas (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção). Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram comprometimento cognitivo identificado pelo Mini Exame de Estado Mental. Para análise dos dados foi utilizado média, desvio padrão, frequência relativa e absoluta enquanto que para análise inferencial utilizou-se o teste de Correlação de Pearson e o Qui-Quadrado. **RESULTADOS:** A população estudada foi de 61 idosos, sendo nove excluídos pelos critérios de exclusão, restando 52 idosos. A idade média foi de $67 \pm 5,9$ anos, mais da metade apresentaram sobrepeso (71,2%), escolaridade até o ensino fundamental incompleto (53,8%), solteiros (53,8%), renda mensal de um a dois salários mínimos (82,7%) e aposentados (46,2%). Em relação aos estágios de mudança de comportamento 36,5% dos idosos encontravam-se no estágio de preparação. As principais barreiras percebidas para a prática de atividade física foram: “Tenho uma doença” (42,3%), “sem tempo livre” (38,5%) e “medo de cair” (30,8%).

Os idosos foram considerados ativos em relação ao nível de atividade física total que engloba os quatro domínios da atividade física (lazer, lar, transporte e trabalho). **CONCLUSÃO:** Os resultados do presente estudo indicam que os idosos são ativos fisicamente em relação ao nível total e eles percebem como principais barreiras para a prática de atividade física a presença de doença, a falta de tempo e o medo de cair, e grande parte dos idosos encontram-se no estágio de preparação.

Palavras-chave: Atividade física; Idoso; Comportamento

ABSTRACT

INTRODUCTION: The implementation of community groups for the elderly is one of the strategies used to provide an active lifestyle in many ways. The inclusion of physical activity in the elderly person's daily life brings many benefits, however, the population is still considered less physically active compared to other age groups. In this context, knowing the level of physical activity that the public as well as the barriers that prevent the realization of physical activity becomes necessary, as it may assist the design and development of new strategies for stimulating physical activity. To evaluate the level of physical activity of elderly participants in social groups. **METHOD:** Study of quantitative, descriptive and cross-sectional. Participated in the survey a population of 61 elderly, which were distributed in five registered community groups in the city of Vitoria de Santo Antao. We collected data on sociodemographic characteristics, morbidities, risk factors and health perception in order to characterize the population. To assess the level of physical activity performed in a normal week used the International Physical Activity Questionnaire adapted for seniors. To evaluate the behavior of the elderly in relation to physical activity, perceived barriers and behavior change stage were identified. The perceived barriers to physical activity were collected through a questionnaire presenting a list of 22 possible barriers that involves the physical, environmental and social. For evaluation of the stages we used a closed question with five alternatives, which the participant was classified into one of the five stages of behavior change to the practice of physical activities (pre-contemplation, contemplation, preparation, action and maintenance). The study excluded the elderly with cognitive impairment identified by the Mini Mental State Examination. For data analysis was used mean, standard deviation, relative frequency and absolute while for inferential analysis used the Pearson correlation test and chi-square. **RESULTS:** The study population was 61 elderly, nine deleted the exclusion criteria, leaving 52 seniors. The mean age was 67 ± 5.9 years, more than half were overweight (71.2%), education to the elementary school (53.8%), single (53.8%), monthly income of one to two minimum wages (82.7%) and retired (46.2%). Compared to 36.5% behavior change stages of the elderly were in the preparation stage. The main perceived barriers to physical activity were: "I have a disease" (42.3%), "no free time" (38.5%) and "fear of falling" (30.8%). The elderly were considered active in the total level of physical activity that includes the four domains of physical activity (leisure, home, transportation and labor). **CONCLUSION:** The results of this study indicate that older people are physically active compared to the total level and they

perceive as the main barriers to physical activity the presence of disease, lack of time and fear of falling, and much of the seniors are in the preparation stage.

Keywords: Physical activity; Elderly; Behavior

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Características gerais dos idosos participantes de grupos de convivência. Vitória de Santo Antão/PE, 2015. 32
- Figura 2 – Prevalência de barreiras percebidas segundo as categorias saúde, motivação, crença, autoeficácia e ambiente. Vitória de Santo Antão/PE, 2015. 35
- Figura 3 – Distribuição do número de barreiras percebida pelos idosos do grupo de convivência. Vitória de Santo Antão/PE, 2015. 35
- Figura 4 – Gasto dos idosos em MET-minutos/semana em atividades físicas. Vitória de Santo Antão/PE, 2015. 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais dos idosos participantes de grupos de convivência. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.	31
Tabela 2 – Barreiras percebidas pelos idosos participantes de grupos de convivência. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.	34
Tabela 3 – Percentual de idosos ativos considerando os quatros domínios da atividade física. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.	37
Tabela 4 – Correlação dos quatros domínios da atividade física com a idade, IMC, percepção de saúde, quantidade de barreiras e de doenças. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.	37
Tabela 5 – Prevalência de barreiras percebidas pelos idosos participantes dos grupos de convivência	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Envelhecimento populacional e Grupos de Convivência	16
2.2	Atividade Física e o Envelhecimento Saudável	18
2.3	Barreiras Percebidas e Estágios de Mudança de Comportamento para Prática de Atividade Física	22
3	OBJETIVOS	25
3.1	Geral	25
3.2	Específicos	25
4	MÉTODOS	26
4.1	Desenho do Estudo	26
4.2	Local do Estudo	26
4.3	População do Estudo	26
4.4	Critérios de Elegibilidade	26
4.5	Coleta de dados	27
4.5.1	Dados sociodemográficos, morbidade auto referida e fatores de risco..	27
4.5.2	Percepção de saúde	27
4.5.3	Estágio de Mudança de Comportamento.	28
4.5.4	Barreiras para a prática de atividade física	28
4.5.5	Nível de atividade física	28
4.6	Análise estatística	29
4.7	Considerações éticas	29
5	RESULTADOS	30
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS GERAIS DOS IDOSOS.....	54
ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE BARREIRAS PARA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS.....	55
ANEXO B – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA	56
ANEXO C – IDENTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	58
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	59
ANEXO E – MINI- EXAME DO ESTADO MENTAL	60
ANEXO F – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	62

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, e no Brasil as modificações vêm ocorrendo de forma bastante acelerada (CHAIMOWICZ, 2006). Esse crescimento é reflexo da redução dos níveis de natalidade e de mortalidade ocorridos na segunda metade do século passado, onde a taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de aproximadamente 70% (IBGE, 2012). Tais modificações têm gerado preocupações do ponto de vista da saúde pública, uma vez que a maior proporção de pessoas idosas representa elevação do uso dos serviços de saúde, com demanda de exames periódicos, cuidados constantes e medicação que perduram por anos (VERAS, 2007).

O processo de envelhecimento é acompanhado por modificações sociais, psicológicas e físicas, que podem repercutir em declínio das capacidades funcionais do idoso, facilitando o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, diversos tipos de câncer e doenças cardiovasculares (FREITAS et al., 2006; ROCHA et al., 2013). Além disso, as limitações funcionais podem interferir na independência do idoso, levando a restrições nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária (FREITAS et al., 2006). Todas essas modificações são acentuadas quando associadas a estilo de vida não saudável, principalmente quando é adotado um comportamento com baixo nível de atividade física.

No sentido de retardar os declínios funcionais, aumentar a rede social e prolongar a independência e autonomia de idosos, algumas estratégias têm sido realizadas, como por exemplo, a implantação de grupos de convivência. Idosos que participam desses grupos têm chances de evitar a solidão, construir novas amizades, aumentar a autoestima e melhorar a integração com familiares (MIGUEL; FORTES, 2006; PITKALA et al., 2004). A estratégia de formação de grupos possibilita troca de experiências entre os participantes e também contribui para um estilo de vida mais ativo, uma vez que nestes espaços são desenvolvidas atividades de lazer, culturais, intelectuais, manuais, artísticas e atividades físicas (PITKALA et al., 2004).

O envolvimento regular de idosos em atividades físicas vem sendo recomendado na literatura (NELSON et al., 2007; WHO, 2010). Tal recomendação baseia-se nos benefícios que a atividade física proporciona para o público idoso, uma vez que auxilia na prevenção e tratamento de doenças crônicas, contribuindo para redução das taxas de morbidade e

mortalidade, melhora as funções cardiovasculares, o equilíbrio e a flexibilidade e auxilia na manutenção ou aumento da massa e força muscular (NELSON et al., 2007; WHO, 2010; ORLANDO; SILVA; LOMBARDI JUNIOR, 2013). Além disso, amplia a rede social, contribui para uma sensação de bem estar e auxilia no tratamento da depressão (NAHAS, 2010).

Apesar de confirmado os efeitos positivos da atividade física para o público idoso, ainda observa-se um baixo nível de atividade física nessa faixa etária. Estudo realizado por Alvez et al. (2010) em dez municípios do Estado de Pernambuco com idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, verificaram que 68,3% dos idosos que participaram da pesquisa não realizavam atividades físicas. Na mesma perspectiva, uma pesquisa realizada em sete estados do Brasil encontrou prevalência de sedentarismo em 58% dos idosos, sendo maior na Região Nordeste e nos homens, além disso a baixa renda e a pouca escolaridade foram fatores fortemente associados ao sedentarismo (SIQUEIRA et al., 2008). Uma possível explicação para este comportamento seria a presença de determinantes (demográfico, cognitivo, ambiental ou social) que impedem ou dificultam a adoção ou manutenção do comportamento ativo (BRAZÃO, 2009).

No entanto, estudos que avaliaram o nível de atividade física em idosos participantes de grupos de convivência reportaram melhores níveis de atividade física, possivelmente devido aos estímulos que esse ambiente oferece (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012; GUIMARÃES et al., 2011; MAZO; BENEDETTI; SACOMORI, 2011). Estudo realizado em Santa Catarina por Benedetti (2012) verificou que idosos participantes dos grupos de convivência foram mais ativos em relação aos idosos não participantes (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012). Outro estudo conduzido por Tribess (2009) com idosos de grupos de convivência de Salvador/BA reportou que 64,5% dos idosos foram classificados como insuficientemente ativos (TRIBESS; VIRTUOSO-JÚNIOR; PETROSKI, 2009). Vale salientar que esse foi o único estudo encontrado na região nordeste, já que os demais foram realizados na região Sul do Brasil. Além disso, nenhum desses estudos buscaram avaliar os estágios de mudança de comportamento e os motivos que impedem ou dificultam os idosos de realizarem atividade física no seu tempo livre.

Para compreender o comportamento adotado para a prática de atividade física, dois instrumentos tem sido utilizado na literatura: 1) as barreiras percebidas pelos idosos, que representam os fatores internos e externos que impedem a inserção ou manutenção nas práticas de atividades físicas (HIRAYAMA, 2006) e 2) os estágios de mudança de comportamento (Pré-

contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção), que representa o conhecimento e entendimento que os idosos tem sobre os benefícios que a atividade física pode proporcionar e as atitudes de colocar em prática tal entendimento (SALLIS; OWEN, 1999). A partir desses fatores é possível identificar quais são os motivos que dificultam ou impedem a realização da prática de atividade física, bem como o entendimento que o indivíduo tem sobre seu comportamento.

Nesse contexto, conhecer o nível de atividade física dos idosos que participam de grupos de convivência torna-se importante, além de quantificar em qual domínio da atividade física os idosos são mais ativos, possibilitará também refletir se as ações realizadas nesses espaços são suficiente para sensibilizar os idosos a manterem um estilo de vida ativo fora do grupo. Além disso, a compreensão dos estágios de mudança de comportamento e as barreiras percebidas para a prática de atividade física, podem contribuir para identificar os aspectos pessoais, ambientais e sociais que interferem na adoção de um estilo de vida ativo. Em posse dessas informações será possível fornecer subsídios para fundamentar estratégias para a inserção e/ou manutenção de um comportamento ativo dos idosos.

Além disso, esse é o primeiro estudo que se propôs a investigar nível de atividade física e sua relação com os estágios de mudança de comportamento e as barreiras percebidas por idosos participantes de grupos de convivência do interior do Estado de Pernambuco. Haja vista que os estudos realizados até o momento concentraram-se na região Sul e Sudeste do Brasil, além do mais, nenhum estudo preocupou-se em investigar os fatores que interferem no comportamento para a prática de atividade física.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão da literatura busca contextualizar os temas: idoso, atividade física e fatores que interferem na mudança de comportamento. Sendo assim, o primeiro tópico abordará sobre os aspectos demográficos, epidemiológicos e expectativa de vida da população idosa, além disso, discorrerá também sobre as estratégias adotadas para proporcionar autonomia, independência e um estilo de vida ativo aos idosos. No segundo serão apresentados os conceitos da atividade física, bem como os domínios que as envolvem, além de apresentar os benefícios advindos de uma prática regular de atividade física para a população idosa. E por fim, no último

tópico será apresentado alguns estudos acerca das barreiras que impedem ou dificultam a inserção ou manutenção do idoso na prática de atividade física, bem como os estágios de mudança de comportamento para a atividade física.

2.1 Envelhecimento populacional e Grupos de Convivência

Em todo o mundo observa-se um crescente aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais, isto é um reflexo das mudanças nas taxas de natalidade e do cenário de mortalidade, saindo de um quadro de doenças infecciosas para um de doenças complexas e onerosas que demandam anos de tratamentos e de utilização de serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 2006; VERAS, 2009). Como resultado dessa dinâmica, as internações hospitalares tornam-se mais frequentes devido às limitações causadas pela insuficiência cardíaca, as fraturas após quedas e as complicações advindas das doenças crônicas degenerativas (VERAS, 2009).

A expectativa de vida da população idosa vem aumentando, tanto para homens quanto para mulheres. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a expectativa de vida atualmente está em 74,6 anos, sendo de 71,3 anos para os homens e 78,6 anos para mulheres, já os idosos acima de 80 anos têm expectativa média de viver mais 9,2 anos (IBGE, 2012). Estima-se que no ano de 2025 a população idosa do Brasil chegará a 32 milhões, levando o país a ter a sexta população de idosos no mundo em números absolutos (IBGE, 2012).

A literatura reporta que as mulheres apresentam maior expectativa de vida quando comparado aos homens, no entanto, são elas que exibem maior proporção de anos vividos com incapacidade funcional e outras complicações (CHAIMOWICZ, 2006), tal aspecto tem relação com a feminização da velhice. No Brasil, essa informação é corroborada pelo Estudo SABE (Saúde Bem-Estar e Envelhecimento) e na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) os quais mostraram que as mulheres vivem mais, porém com menor qualidade de vida (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2009; CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005).

Observa-se ainda que o aumento da expectativa de vida vem acompanhado por algumas complicações, sejam física, emocional ou social, que comprometem o envelhecimento saudável. Tais complicações estão relacionadas, em maior parte, com as doenças crônicas não

transmissíveis, seguida das doenças infecciosas e causas externas (SCHRAMM et al., 2004). Além das doenças, a rede de apoio social quando fragilizada também interfere no processo de envelhecimento, gerando solidão, ansiedade e vulnerabilidade ao estresse que, em algumas situações, pode levar a institucionalização do idoso (FALCÃO; ARAÚJO, 2011). Sendo assim, percebe-se que o envelhecimento sofre influência de fatores de diversas ordens, como a própria história de vida, as questões sociais, ambientais, culturais, de gênero e os padrões de saúde.

O aumento do número de anos vividos de forma não saudável traz uma série de consequências que podem ser evitadas ou minimizadas pela adoção de comportamentos saudáveis, que certamente irá repercutir numa melhor qualidade de vida e bem-estar do idoso. A participação do idoso em ambientes que proporcionem a interação com outras pessoas, o diálogo e um comportamento mais ativo diante das circunstâncias, pode contribuir para melhorar a relação com familiares, aumentar a independência, autoestima e autonomia, contribuindo para prevenção do isolamento social e outras complicações (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

Nessa direção, algumas estratégias estão sendo implantadas com o propósito de facilitar a promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa, e entre elas destaca-se os grupos de convivência para idosos (BRASIL, 2007; VALIM-ROGATTO; CANDOLO; BRÊTAS, 2011). A proposta de grupos de convivência compartilha das orientações da Organização Mundial de Saúde que pontua que o desenvolvimento das ações de promoção da saúde deve ser formulada e implementada no sentido de criar ambientes favoráveis à saúde. Tal proposta também atende aos preceitos da Política de Envelhecimento Ativo, no qual o enfoque é proporcionar um envelhecimento ativo acompanhado de oportunidades de saúde, participação e segurança (WHO, 2005).

Idosos que participam de grupos de convivência podem obter diversos benefícios, seja físico, psicológico ou social. De acordo com Pitkala et al (2004) a participação nesses grupos pode afastar a solidão e contribuir na conquista de novas amizades. Além disso, ajuda a melhorar a integração com familiares, aumenta a disposição e autoestima (MIGUEL; FORTES, 2005). Contribui também para adoção de comportamentos ativos, uma vez que nesses espaços são estimuladas e realizadas atividades física, artesanais, artísticas, manuais e outras (MAZO et al., 2008). Todas essas ações favorecem um envelhecimento ativo, com independência e autonomia.

A estratégia dos grupos de convivência visa construir atividades que favorecem um ambiente acolhedor e de oportunidades, fortalecendo a participação da pessoa idosa na comunidade, fazendo valer os direitos conquistados pelo Estatuto do Idoso e defendendo sua dignidade, bem-estar e saúde. Para isto são utilizadas atividades físicas, recreativas, culturais e educacionais (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012; VALIM-ROGATTO; CANDOLO; BRÊTAS, 2011). A participação de idosos em grupos de convivência pode trazer benefícios em diversos aspectos e de acordo com (PORTELLA, 2004) o aumento da expectativa e da qualidade de vida podem estar relacionados não somente aos avanços da tecnologia, mas também à participação em grupos para idosos.

Estudo realizado com pessoas idosas participantes de grupos de convivência revelaram resultados bastante positivos em relação as condições de saúde. Pesquisa conduzida por Bendetti (2012) com 1.062 idosos participantes e não participantes de grupos de convivência da cidade de Florianópolis verificaram que 60,6% dos idosos são ativos fisicamente. Embora os idosos participantes de grupos de convivência tenham apresentado maior prevalência de doenças, eles reportaram uma melhor percepção sobre o estado de saúde quando comparado ao grupo não participante. Tais resultados sugerem que a participação em grupos contribui para a melhor percepção do estado de saúde e para a manutenção de níveis adequados de atividade física.

Na mesma perspectiva, pesquisa realizada com grupos de idosos na cidade de São José em Santa Catarina, revelou uma associação positiva entre a participação em grupos com percepção de saúde e qualidade de vida (GUIMARÃES et al., 2011). Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, concluiu que a participação no grupo afastava a solidão e propiciava amizades, além de ser considerado um suporte social para esses idosos (MIGUEL; FORTES, 2006). Nesse sentido, olhar o idoso para além das questões físicas é crucial para o planejamento de programas e ações direcionados a essa população.

2.2 Atividade Física e o Envelhecimento Saudável

Entende-se por atividade física qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso, como por exemplo, atividades ocupacionais, atividades de vida diária, deslocamentos e as atividades de lazer que

inclui os exercícios físicos (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Os mesmos autores conceituaram exercício físico como uma das formas de atividade física sendo planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo a melhoria ou manutenção dos componentes da aptidão física. Esta por sua vez pode ser definida em duas abordagens: aptidão física relacionada a performance e aptidão física relacionada à saúde (NAHAS, 2010).

É importante destacar que a atividade física engloba quatro domínios: *atividade física no trabalho*, que inclui as atividades desenvolvidas no trabalho, seja ele remunerado ou não; *atividade física como meio de transporte*, são as atividades realizadas para se deslocar de um lugar para o outro; *atividade física em casa*, estão relacionadas as atividades domésticas e por fim, *atividade física de lazer, esporte e exercício*, estão relacionadas as atividades realizadas em um semana normal unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer, realizadas por pelos menos 10 minutos contínuos

No sentido de contribuir para um envelhecimento saudável, a Organização Mundial de Saúde tem recomendado a prática regular de atividade física. De acordo com a esta instituição, indivíduos acima de 60 anos de idade devem acumular por semana 150 minutos de atividade física de intensidade moderada e/ou vigorosa, por pelo menos 10 minutos contínuos por sessão, ou 75 minutos semanais de atividades vigorosas, ou ainda uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas. Tais atividades devem englobar exercício aeróbio, de fortalecimento muscular, flexibilidade e equilíbrio (PESCATELLO; THOMPSON; GORDON, 2010).

É importante lembrar que a atividade física para essa população tem como objetivo principal ampliar a expectativa de vida, proporcionar qualidade de vida e promover independência física e cognitiva. Outro aspecto que deve ser levado em consideração é que a prescrição dos exercícios físicos precisa estar de acordo com a capacidade funcional do idoso, respeitando suas necessidades e limitações (PESCATELLO; THOMPSON; GORDON, 2010).

Diversos são os fatores que contribuem para a qualidade dos anos que se vive, entre eles destacam-se os fatores genéticos, ambientais e comportamentais (NAHAS, 2010). Este último tem relação com estilo de vida que é adotado pelo indivíduo, como alimentação, uso de drogas, relacionamentos e atividades físicas. Tais comportamentos são passíveis de mudanças, e ao serem alterados em busca de uma melhor qualidade de vida, podem refletir em uma velhice

saudável (NAHAS, 2010). Nesse sentido, a prática de atividade física tem sido considerada, entre os fatores modificáveis do comportamento humano, como um dos mais relevantes para melhoria da qualidade de vida, promoção da saúde e redução dos fatores de risco (WHO, 2010).

Diversos são os benefícios proporcionados pela atividade física para a população idosa. Em relação aos benefícios psicológicos, estudo realizado com 150 idosos participantes de um programa de atividades físicas em duas universidades do Sul do Brasil, observaram que a participação nessas atividades repercutiram numa percepção positiva sobre a autoimagem e autoestima na população estudada (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009). Além dos benefícios psicológicos, a prática de atividade física apresenta uma relação positiva com os aspectos sociais, uma vez que possibilita o aumento nos relacionamentos interpessoais, a ampliação da rede de apoio social e uma percepção positiva da velhice (MAZO et al., 2008; MIGUEL; FORTES, 2006; NAHAS, 2010).

Existe também uma relação inversa entre atividade física com demência e depressão, ou seja, idosos que se mantêm ativos fisicamente apresentam menor prevalência para tais complicações (BENEDETTI, 2008). Estudo realizado com pessoas idosas encontrou menor taxa de demência nos idosos que praticavam atividade física três ou mais vezes por semana, em comparação aos idosos que realizam atividade física menos de três vezes por semana (LARSON et al., 2006). A presença demência ou depressão contribui para redução da capacidade funcional, repercutindo em limitações na independência e autonomia, portanto condutas que visem prevenir tais complicações devem ser implementadas a fim de promover uma melhor qualidade de vida.

Em relação às questões físicas é possível encontrar benefícios relacionados à redução dos riscos de desenvolver doenças coronarianas e câncer; bem como auxilia na prevenção e controle da diabetes II e hipertensão arterial (WHO, 2010). Além disso, melhora a capacidade aeróbica, a resistência e força muscular; contribui para melhoria da flexibilidade (NAHAS, 2010). Estudo realizado com idosos na cidade de São Paulo buscou avaliar a qualidade de vida, força muscular, equilíbrio e capacidade física entre idosos praticantes e não praticantes de atividade física, obteve como resultado que os idosos ativos fisicamente apresentaram resultados positivos em todas as variáveis estudadas, em comparação àqueles que não praticavam atividade física (ORLANDO; SILVA; LOMBARDI JUNIOR, 2013).

Embora sejam muitos os benefícios advindos da prática regular de atividade física, a população idosa ainda apresenta baixos níveis de atividade física (ALVES et al., 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010) o sedentarismo está em 4º lugar no ranking de mortalidade em todo o mundo, perdendo apenas para hipertensão, consumo de tabaco e excesso de açúcar. A falta de atividade física pode antecipar e agravar os declínios decorrentes do envelhecimento, contribuindo para uma velhice mais complexa e prejudicando a qualidade de vida. Além disso, pode aumentar as chances de aparecimento das doenças crônicas, especialmente as doenças cardiovasculares, a diabetes tipo 2, o câncer de mama e o de cólon (WHO, 2010).

A literatura apresenta alguns estudos que buscaram identificar o nível de atividade física na população idosa. Pesquisa realizada com adultos e idosos usuários do Programa Saúde da Família, de dez municípios do Estado de Pernambuco, buscou avaliar a prevalência de sedentarismo e fatores associados em 1.018 adultos e 1.010 idosos. Os resultados mostraram uma prevalência de sedentarismo de 37,18% para adultos e de 68,3% para os idosos (ALVES et al., 2010). Ainda na região Nordeste, um estudo realizado com idosas cadastradas em Unidades de Saúde da Família, do município de Crato/CE, concluiu que 66,6% das idosas entrevistadas não praticavam atividade física (ALENCAR et al., 2010).

Diante do exposto, percebe-se que a prática de atividade física pode ser positiva em diversos aspectos no processo de envelhecimento, possibilitando uma melhor qualidade de vida para os idosos. Sendo assim, a identificação dos motivos que levam os idosos a não aderirem um comportamento ativo precisa ser investigado.

2.3 Barreiras Percebidas e Estágios de Mudança de Comportamento para Prática de Atividade Física

A prática de atividade física pode ser influenciada por diversos fatores, tais como fatores físicos, psicológicos, ambientais e sociais, os quais mudam em decorrência da fase do comportamento em que o indivíduo se encontra (BRAZÃO, 2009). Devido ao grande número de fatores que influenciam o que as pessoas fazem e porquê o fazem, algumas teorias ou modelos foram desenvolvidas com objetivo de compreender e prever o comportamento humano, que no presente estudo foi relacionado com prática de atividade física.

A investigação dos fatores que influenciam a prática de atividade física seja para sua adoção, manutenção ou desistência estão intimamente relacionados aos estudos sobre o comportamento humano (BOOTH et al., 2000). Dentro desse contexto, o Modelo Transteorético tem sido utilizado por alguns pesquisadores para auxiliar o entendimento sobre comportamento. A partir desse modelo, para que ocorra a mudança do comportamento é preciso conhecer a necessidade da intenção da mudança e também identificar o nível de prontidão para mudar. A partir disso, uma intervenção será efetiva se utilizar técnicas e estratégias específicas para cada estágio de mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

De acordo com o Modelo Transteorético, também chamado de estágio de mudança de comportamento, reflete uma dimensão temporal na qual a mudança ocorre, além de trazer um senso de direcionalidade à intenção. Modificar um comportamento é passar por um percurso cíclico e gradual, sendo cada estágio mutuamente exclusivo. Os estágios de mudança de comportamento referem-se, aos hábitos e intenções de iniciar ou manter a prática de atividade física, para tanto são utilizados cinco estágios (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

- *Pré-contemplação*: nesse estágio o indivíduo não pratica atividade física, não apresenta nenhuma intenção de mudar o comportamento e são bastantes resistentes em reconhecer e iniciar uma modificação.
- *Contemplação*: o indivíduo não pratica atividade física, mas apresenta intenções de mudar de comportamento, pelo menos nos próximos seis meses. No entanto, nesse estágio são percebidas mais barreiras do que os possíveis benefícios da atividade física.

- *Preparação*: nesse estágio existe a intenção de iniciar a prática de atividade física nos próximos 30 dias, ou então o indivíduo já pratica, porém de forma irregular.
- *Ação*: nesse estágio a mudança de comportamento é visível e atende as recomendações para a prática atividade, no entanto, é realizada há menos de 6 meses. Nesse estágio a chances de recaídas são maiores.
- *Manutenção*: o indivíduo pratica atividade física regularmente por seis meses ou mais.

O comportamento humano além de ser influenciado pelo estágio em que o indivíduo se encontra, também sofre influência de fatores internos e externos. Quando esses fatores influenciam de maneira negativa são denominados de barreiras percebidas ou determinantes negativos (SALLIS; OWEN, 1999). Barreiras percebidas é o termo que descreve as razões, motivos, ou desculpas declaradas pelos indivíduos, e representam obstáculos, ou seja, são fatores que interferem negativamente no processo de adoção, manutenção ou retomada da prática de atividade física (BOOTH et al., 2000).

Dentro desse contexto, um estudo realizado com idosos da cidade de Curitiba/ PR buscou identificar as barreiras para a prática de atividade física em diferentes níveis socioeconômicos (NSE). Os autores encontraram que os idosos que apresentaram um NSE alto reportaram como barreiras para atividade física, o isolamento social e as limitações físicas, já os com NSE baixo tiveram como barreiras falta de dinheiro, falta de suporte social e clima (CASSOU et al., 2008). Em estudo realizado com 79 idosos de uma cidade de médio porte do estado de São Paulo mostrou que 64,6% dos entrevistados não realizam atividade física e as principais barreiras percebidas por eles foram: se achar muito velho, necessidade de descansar e presença de alguma doença ou lesão (BRAZÃO et al., 2009).

A presença de doenças configura-se como uma das principais barreiras para a prática de atividades físicas, e a mesma pode influenciar também sobre a percepção de outras barreiras. Por exemplo, estudo envolvendo indivíduos com dor musculoesquelética crônica e depressão mostrou que as principais barreiras percebidas por esta população foram a falta de apoio dos amigos e da família; recursos limitados (por exemplo, transporte, apoio financeiro); a ineficácia de estratégias para alívio da dor; falta de tempo; medo de sentir dor (BAIR, 2009).

Outro estudo realizado com idosos longevos participantes de grupos de convivência na cidade de Florianópolis/SC buscou analisar as percepções quanto às barreiras e os facilitadores

para a prática de atividade física. Os resultados obtidos mostraram que as limitações físicas e as doenças se configuraram como as principais barreiras percebidas pelos idosos. No entanto, barreiras relacionadas aos aspectos afetivos e de segurança, como falta de companhia para praticar atividade física e ambiente inseguro também são percebidos pelos idosos (KRUG; LOPES; MAZO, 2015). Tais percepções revelam que as propostas para sensibilizar os idosos a mudarem de comportamento devem envolver todos os aspectos, desde das questões biológicas até as emocionais.

A investigação dos estágios de mudança de comportamento e das barreiras percebidas pelos idosos podem fornecer informações para a elaboração e desenvolvimento de novas estratégias para o estímulo à prática de atividade física, bem como pode aumentar a adesão e manutenção dos idosos nesse ambiente, podendo apresentar reflexos positivos nas áreas da saúde e da economia, além de, contribuir para uma melhor qualidade de vida dos idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o nível de atividade física de idosos participantes de grupos de convivência no Município da Vitória de Santo Antão.

3.2 Específicos

- 1.** Identificar as características sociodemográficas, presença de doenças e percepção de saúde auto percebida dos idosos.
- 2.** Identificar as barreiras percebidas para a prática de atividade física.
- 3.** Classificar os estágios de mudança de comportamento (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção) em que se encontram os idosos.
- 4.** Verificar a existência de associação entre o nível de atividade física e as variáveis investigadas.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. Pesquisas de carácter descritivo tem como objetivo fornecer informações numéricas acerca de um evento, identificando possíveis grupos de risco e as características da população estudada. Pesquisas transversais produzem a situação de saúde de uma população, no momento em que é investigada. Esse tipo de estudo tem sido empregado em diversas pesquisas por apresentar vantagens como baixo custo, simplicidade analítica e alto potencial descritivo (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

4.2 Local do Estudo

O recrutamento dos participantes foi realizado em todos os grupos de convivência para idosos do município da Vitória de Santo Antão/PE. No município os grupos de convivência acontecem nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e ao todo existem cinco CRAS. Nesse espaço os profissionais que compõem o CRAS desenvolvem diversas intervenções com os idosos, como atividades manuais, roda de conversa, passeios culturais e exercícios físicos. O grupo acontece de uma a duas vezes por semana com encontros que duram aproximadamente 50 minutos.

4.3 População do Estudo

Participaram do estudo todos os idosos participantes dos cinco grupos de convivência, totalizando uma população de 61 idosos.

4.4 Critérios de Elegibilidade

Como critérios de inclusão os participantes deveriam ter idade maior ou igual a 60 anos, está inserido no grupo de convivência e apresentar interesse em participar do estudo. Foram excluídos do estudo aqueles que apresentaram comprometimento cognitivo identificado pelo

Mini Exame de Estado Mental, tendo como ponte de corte aqueles que alcançaram um score inferior a 18 pontos (FOLSTEIN, 1975).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com 61 idosos, no período de Fevereiro a Julho de 2015. Todos os grupos de convivência do CRAS receberam a visita da entrevistadora para explicação da pesquisa e aplicação dos questionários. Para que fosse possível entrevistar todos os idosos foram realizadas diversas visitas aos grupos. A princípio foi aplicado nos idosos um teste de rastreio para avaliar possível declínio cognitivo (Mini Exame de Estado Mental), aqueles que apresentaram pontuação abaixo do esperado para escolaridade foram excluídos do estudo (FOLSTEIN, 1975) (ANEXO E). Em seguida os idosos foram entrevistados para obtenção das seguintes informações: identificação da classe econômica (ANEXO F), de acordo com os critérios de classificação econômica Brasil (2015), características sociodemográficas, presença de doenças, fatores de risco, percepção de saúde, identificação do nível de atividade física, percepção das barreiras para à prática de atividade física e os estágios de mudança de comportamento. A entrevista foi realizada individualmente, no local de realização do grupo, em uma sala reservada.

4.5.1 Dados sociodemográficos, morbidade auto referida e fatores de risco: 1) sexo; 2) idade (60-69 anos, 70-79 anos, 80 ou mais); 3) escolaridade 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 10 anos, 11 a 14 anos, ≥ 15 anos); 4) classe econômica (A, B1, B2, C1, C2, D – E) 5) situação conjugal (solteiro, divorciado, viúvo, casado); 6) renda (sem salário, 1 salário mínimo, 2 salários mínimos, 3 ou mais salários); 7) moradia (sozinho ou acompanhado); 8) ocupação (aposentado, aposentado mas trabalha, pensionista e outros), 9) morbidades (hipertensão, diabetes, doenças osteoarticulares, depressão, osteoporose); 10) índice de massa corporal (< 22 Baixo peso; > 22 e <27 Peso adequado; > 27 Sobrepeso); 11) tabagismo (fumante, ex-fumante, nunca fumou) e 12) consumo de álcool. (APÊNDICE B)

4.5.2 Percepção de saúde: foi avaliada através da seguinte pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o (a) Sr.(a) considera o seu próprio estado de saúde?” (APÊNDICE B). Essa pergunta foi realizada de forma direta e possibilitou medir a autoavaliação do estado de saúde numa escala de cinco categorias (muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim). A resposta foi categorizada em dois níveis: percepção negativa de saúde

(ruim e muito ruim) e percepção positiva de saúde (muito boa, boa e regular)(SERVICES, 1998).

4.5.3 Estágio de Mudança de Comportamento: Para avaliação dos estágios de mudança de comportamento foi utilizada uma questão fechada com cinco alternativas (ANEXO C). O participante escolheu o item que melhor correspondeu seu comportamento atual. Através das cinco alternativas de resposta o participante foi classificado em um dos cinco estágios de mudança do comportamento para à prática de atividades físicas (pré-Contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção). A resposta foi obtida da seguinte pergunta “O(a) senhor(a) realiza atividade física regularmente, pelo menos cinco dias na semana durante 30 minutos?”, as alternativas foram: 1 – Sim, eu tenho realizado por mais de seis meses (Manutenção); 2 – Sim, eu tenho realizado por menos de seis meses (Ação); 3 – Não, mas pretendo começar a realizar dentro dos próximos 30 dias (Preparação); 4 – Não, mas pretendo começar a realizar dentro dos próximos seis meses (Contemplação); 5 – Não, e não pretendo começar a realizar dentro dos próximos seis meses (Pré-Contemplação) (REED et al., 1997).

4.5.4 Barreiras para a prática de atividade física: foi utilizado o Questionário sobre Barreiras para à Prática de Atividades Físicas para Idosos (QBPAFI) (HIRAYAMA, 2006). Nesse questionário, possui uma lista de 22 possíveis barreiras e solicitou ao participante para indicar com que frequência cada barreira se apresenta em uma escala Likert de cinco pontos: 1-Sempre; 2-Muitas Vezes; 3-Algumas Vezes; 4-Poucas Vezes; 5-Nunca. O método de escala permite avaliar quantitativamente a percepção de barreiras, o que confere maior precisão à importância de cada barreira separadamente. Os dados foram categorizados em: “alta percepção”, quando assinalado como sempre, muitas vezes ou algumas vezes, o que indica que a barreira exerce alguma influência sobre prática de atividade física; e “baixa percepção”, quando assinalada como poucas vezes ou nunca, o que indica que a barreira exerce pouca ou nenhuma influência sobre a prática de atividade física (ANEXO A).

4.5.5 Nível de atividade física: para avaliar o nível de atividade física dos idosos foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) adaptado e validado para idosos (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004). O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de diferentes intensidades e em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada (ANEXO B). A versão adaptada para idosos apresenta 14 questões relacionadas com

as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, distribuídas nas dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer). Para identificar o tempo dispendido em cada domínio, foi calculado o score em MET-minutos por semana, seguindo as recomendações da guia para processamento e análise de dados do IPAQ (COMMITTEE, 2005). Foram adotados três níveis de atividade física (Insuficientemente ativo, ativo e muito ativo), de acordo com as recomendações desta guia, a seguir são descritos os critérios:

1. Insuficientemente ativo: não realiza nenhuma atividade física ou não é o suficiente para atender as categorias 2 e 3.

2. Ativo: realiza um dos três seguintes critérios:

- a) 3 ou mais dias de atividade vigorosa por pelo menos 20 minutos ou;
- b) 5 ou mais dias de atividade moderada e/ou caminha 30 minutos ou;
- c) 5 ou mais dias de qualquer combinação de atividade (caminhada, moderada, vigorosa) atingindo 600 MET-minutos/semana.

3. Muito Ativo: realiza um dos dois critérios:

- a) atividade vigorosa realizada pelo menos 3 dias e acumulando 1.500 MET-minutos/semana ou;
- b) 7 ou mais dias de qualquer combinação que acumule pelo menos 3.000 MET-minuto/semana.

4.6 Análise estatística

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados no programa estatístico SPSS versão 20. A análise descritiva incluiu média, desvio padrão, frequência relativa e absoluta enquanto que para análise inferencial foi adotado mediante aplicação do teste de Correlação de Spearman e Qui-Quadrado entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes. Foi adotado o nível significância de $p < 0,05$.

4.7 Considerações éticas

Previamente à coleta de dados, os participantes foram informados sobre os procedimentos envolvidos na realização do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal de Pernambuco – Centro de Ciências da Saúde UFPE/CCS, sob protocolo 38643714.8.0000.5208.

5 RESULTADOS

A população estudada foi de 61 idosos, sendo 9 excluídos por apresentarem MEEM abaixo do esperado para escolaridade, restando 52 idosos. Esses eram constituídos por 49 mulheres e 3 homens, a idade média foi de $67 \pm 5,9$ anos, mais da metade dos idosos foram classificados com sobrepeso (71,2%), escolaridade até o ensino fundamental I incompleto (53,8%), solteiros (53,8%), renda mensal de uma a dois salários mínimos (82,7%) e aposentados (46,2%). Quanto a percepção de saúde 53,8% dos idosos classificaram sua saúde como regular. A doença que mais se destacou entre os idosos foi a hipertensão (75%), seguida da dislipidemia (48,1%), doenças osteoarticulares (38,5%), diabetes mellitus (25%) e depressão (21,2%). Em relação a quantidade de doenças 63,5% dos idosos tinham três ou mais doenças, 26,9% duas doenças e 9,6% nenhuma ou uma doença (Tabela 1).

Na Figura 1, é apresentada a distribuição dos idosos em cada estágio de mudança de comportamento para a prática de atividade física. O estágio que mais destacou-se foi o estágio de preparação, seguido pelo estágio de ação. A menor proporção (19,2%) foi encontrada no estágio de contemplação.

Tabela 1: Características gerais dos idosos participantes de grupos de convivência. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

Variáveis	
MEEM – média (DP)	22,6 ± 3,3
Idade – n (%)	
60 a 69 anos	39 (75)
70 a 79 anos	11 (21,5)
80 anos ou mais	2 (3,8)
Gênero – n (%)	
Feminino	49 (94,2)
Masculino	3 (5,8)
Índice de Massa Corporal – n (%)	
Baixo peso	3 (5,8)
Adequado	12 (23,1)
Sobrepeso	37 (71,2)
Escolaridade – n (%)	
Analfabeto até ensino fund. I incompleto	28 (53,8)
Ensino fund. I completo até fund. II incompleto	20 (38,5)
Ensino fund. II completo em diante	4 (7,7)
Classe Econômica – n (%)	
Classe C1	2 (3,8)
Classe C2	22 (42,3)
Classe D-E	28 (53,8)
Estado Civil – n (%)	
Casado (a)/vivendo com parceiro(a)	24 (46,2)
Solteiro (a)/vivendo sem parceiro(a)	28 (53,8)
Renda – n (%)	
Menos de 1SM	1 (1,9)
De 1SM a 2 SM	43 (82,7)
Acima de 3 SM	8 (15,4)
Moradia – n (%)	
Sozinho	12 (23,1)
Acompanhado	40 (76,9)
Ocupação – n (%)	
Não trabalha	18 (34,6)
Aposentado	24 (46,2)
Pensionista	6 (11,5)
Trabalha	4 (7,7)
Percepção de Saúde – n (%)	
Muito bom	7 (13,5)
Bom	15 (28,8)
Regular	28 (53,8)
Ruim	2 (3,8)

Tabela 1: Continuação. Características gerais dos idosos participantes de grupos de convivência. Vitória de Santo Antão, 2015.

Variáveis	
Comorbidades	
Hipertensão	39 (75)
Dislipidemia	25 (48,1)
Doenças Osteoarticulares	20 (38,5)
Diabetes Mellitus	13 (25)
Depressão	11 (21,2)
Osteoporose	9 (17,3)
Quantidade de doenças n (%)	
Nenhuma a uma doença	5 (9,6)
Duas doenças	14 (26,9)
Três ou mais	33 (63,5)

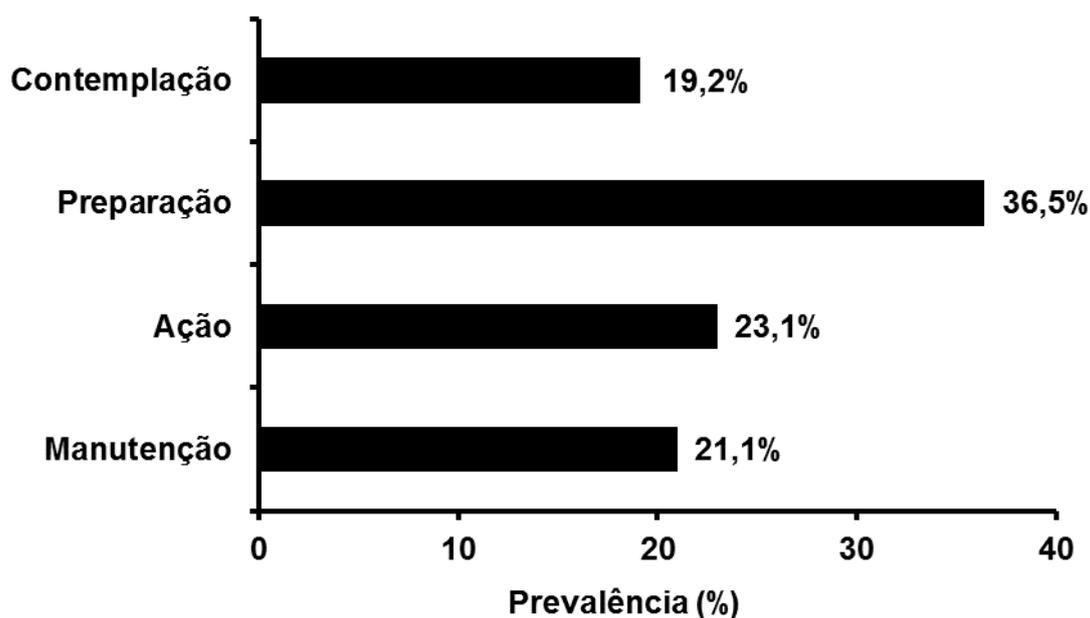


Figura 1: Distribuição dos idosos participantes de grupo de convivência para cada estágio de mudança de comportamento. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

Na Tabela 2 são apresentados os dados referentes as frequências absolutas e relativas quanto à percepção de barreiras dos idosos. Foram assumidas duas categorias dentro a escala Likert de 5 pontos (1-sempre, 2-muitas vezes, 3-algumas vezes, 4-poucas vezes e 5-nunca). As categorias foram: “alta percepção”, quando reportada como sempre, muitas vezes ou algumas vezes, o que indica que a barreira exerce alguma influência sobre prática regular de atividade física; e “baixa percepção”, quando assinalada como poucas vezes ou nunca, o que indica que a barreira exerce pouca ou nenhuma influência sobre a prática regular de atividade física. Os dados referentes ao questionário indicaram três barreiras predominantes: “Tenho uma doença” (42,3%), “sem tempo livre” (38,5%) e medo de cair (30,8%).

Na Figura 2, as 22 barreiras foram agrupadas em quatro domínios relacionados a fatores pessoais - Saúde, Motivação, Autoeficácia, Crenças/Personalidade - e a um domínio relacionado a fatores externos – Ambiente. Tal categorização possibilita uma melhor identificação de qual domínio exerce maior influência para manutenção, inserção ou retomada da prática de atividade física. Diante disso, os resultados mostraram que as barreiras relacionadas aos domínios de saúde (59,6%) e motivação (55,8%) se destacaram em relação aos outros domínios.

Na Figura 3 é apresentada a quantidade de barreiras percebidas pelos idosos, as quais exercem alguma influência para os mesmos não realizarem atividade física regularmente. Observa-se que 23% dos idosos percebem duas barreiras que influenciam na mudança do comportamento, 13% reportaram três barreiras e 11% responderam que seis barreiras atrapalham a realização de atividade física.

Tabela 2. Barreiras percebidas pelos idosos para a prática de atividade física. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

Barreiras percebidas	Alta percepção		Baixa percepção	
	N	%	N	%
1. Sem tempo livre	20	38,5	32	51,5
2. Suficientemente ativo	4	7,7	48	92,3
3. Falta de companhia	10	19,2	42	80,8
4. Sem dinheiro	10	19,2	42	80,8
5. Sou muito velho	1	1,9	51	98,1
6. Tenho doença	22	42,3	30	57,7
7. Tenho saúde ruim	3	5,8	49	94,2
8. Sou tímido	4	7,7	48	92,3
9. Má experiência	0	0	52	100
10. Instalações inadequadas	6	11,5	46	88,5
11. Preciso relaxar	7	13,5	45	86,5
12. Tenho preguiça	6	11,5	46	88,5
13. Medo de cair	16	30,8	36	69,2
14. Não gosto de AF	1	1,9	51	98,1
15. Não tenho roupa	2	3,8	50	96,2
16. Vou desistir logo	1	1,9	51	98,1
17. Sou muito gordo/magro	4	7,7	48	92,3
18. Sem energia	4	7,7	48	92,3
19. Crer que AF não faz bem	1	1,9	51	98,1
20. Ambiente inseguro	1	1,9	51	98,1
21. Clima ruim	5	9,6	47	90,4
22. Incontinência urinária	2	3,8	50	96,2

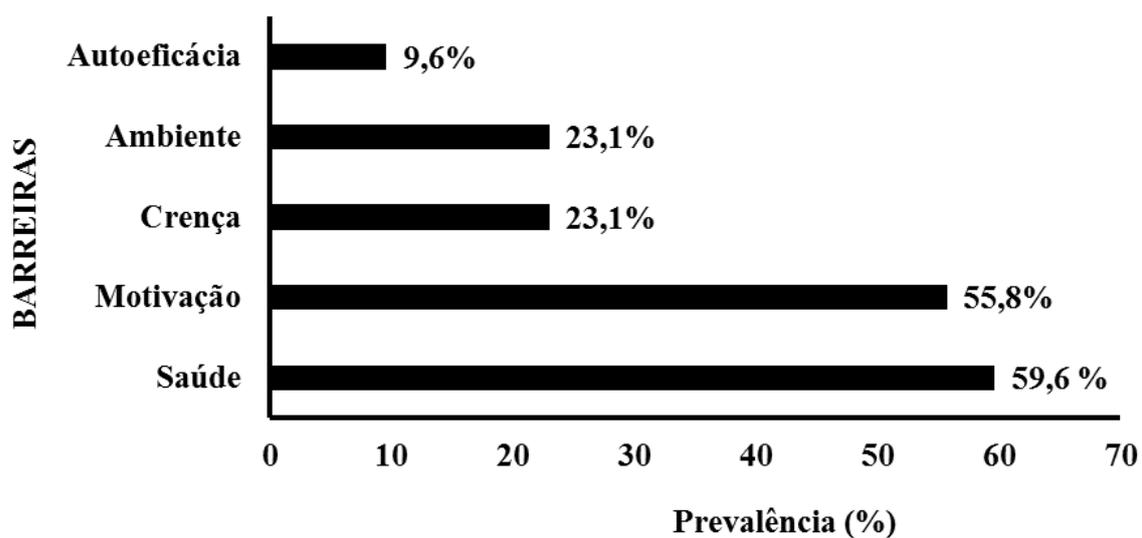


Figura 2: Prevalência de barreiras percebidas segundo as categorias saúde, motivação, crença, autoeficácia e ambiente. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

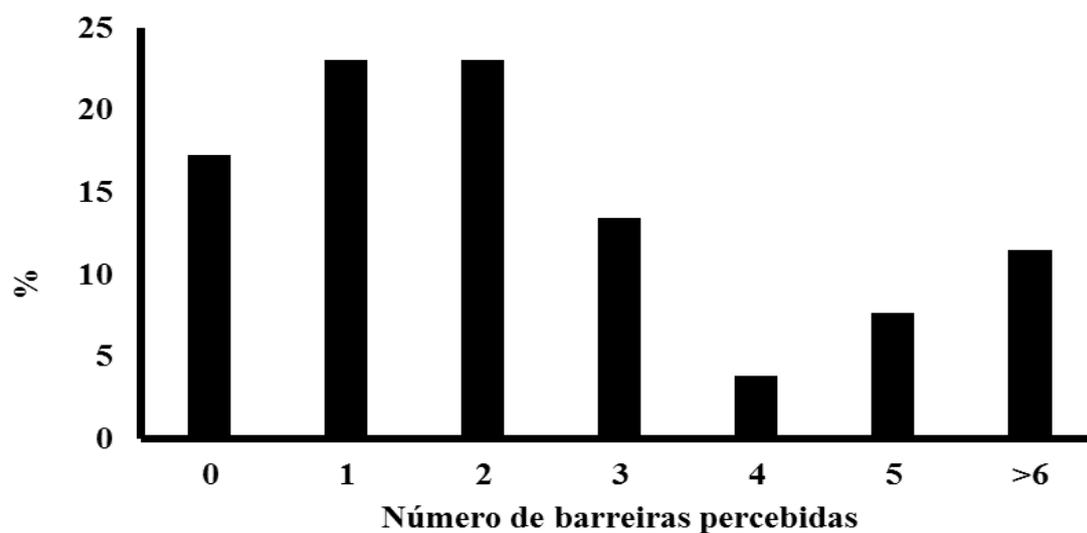


Figura 3: Distribuição do número de barreiras percebida pelos idosos do grupo de convivência. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

Em relação ao nível de atividade física a maior parte dos idosos concentram suas atividades físicas nas tarefas domésticas, visto que mais da metade gastam em média de 2.114 MET-minutos/semana nessas atividades. Nos outros domínios da atividade física os idosos apresentaram valores abaixo do que é recomendado para serem considerados ativos, Figura 4. No entanto, a média total de MET-minutos/semana classifica os idosos como ativos. Complementando a informação acima, na Tabela 3 é apresentada os valores absolutos e em porcentagem da prevalência de idosos ativos, observa-se maior proporção no âmbito das atividades domésticas (73,1%), seguido das atividades no lazer (25,0%), transporte (13,5%) e trabalho (1,9%).

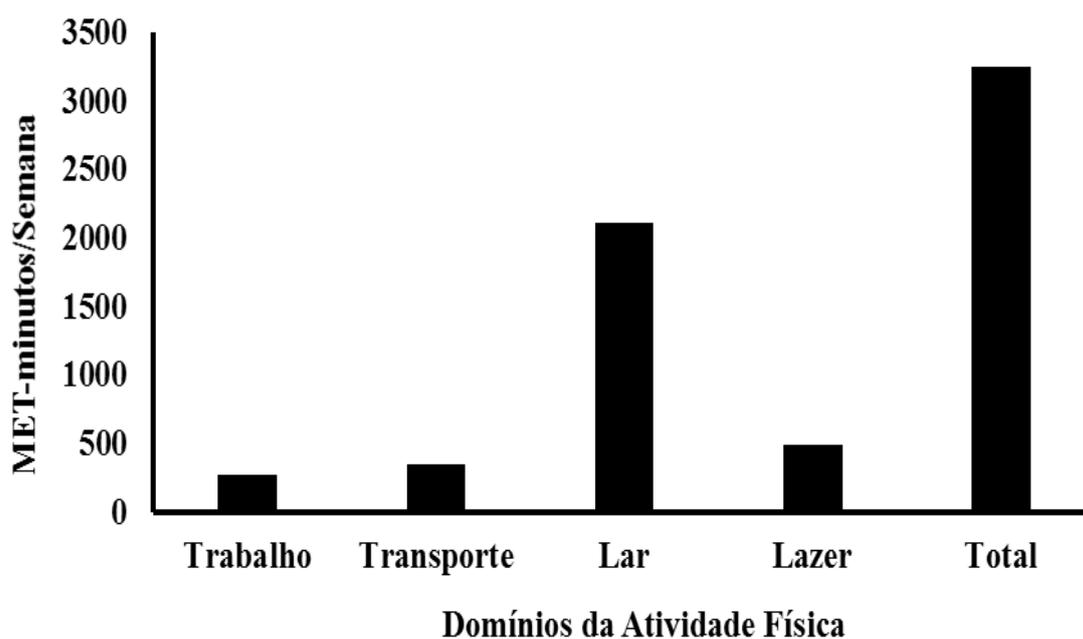


Figura 4. Gasto dos idosos em MET-minutos/semana em atividades físicas. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

Tabela 3. Percentual de idosos ativos considerando os quatros domínios da atividade física. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

	Muito Ativo		Ativo		Insuficientemente Ativo	
	N	%	n	%	n	%
Trabalho	1	1,9	1	1,9	50	96,2
Deslocamento	0	0	7	13,5	45	86,5
Lar	6	11,5	38	73,1	8	15,4
Lazer	0	0	13	25	39	75

Ao verificar a correlação entre os domínios da atividade física com idade, percepção de saúde, índice de massa corporal (IMC), quantidade de barreiras percebidas e quantidade de doenças, não foi possível encontrar nenhuma correlação entre as variáveis (Tabela 4).

Na Tabela 5, foi encontrada associação entre as barreiras percebidas, as quais foram agrupadas em cinco categorias (saúde, motivação, auto-eficácia, crença/personalidade e ambiente) com estado civil e quantidade de doenças. A barreiras motivacionais parecem exercer influência sobre os idosos casados e as barreiras relacionadas ao ambiente mostrou associação com a quantidade de doenças presente nos idosos.

Tabela 4. Correlação dos quatros domínios da atividade física com a idade, IMC, percepção de saúde, quantidade de barreiras e de doenças. Vitória de Santo Antão/PE, 2015.

	Trabalho		Transporte		Lar		Lazer		Total	
	(ρ)	P	(ρ)	P	(ρ)	P	(ρ)	P	(ρ)	P
Idade	-0,1	0,44	-0,03	0,80	-0,19	0,16	-0,13	0,32	-0,2	0,14
IMC	0,002	0,98	-0,11	0,41	-0,08	0,56	0,04	0,73	-0,1	0,44
Percepção de Saúde	-0,04	0,75	-0,003	0,98	-0,15	0,19	-0,15	0,26	-0,17	0,21
Quantidade de barreiras	0,004	0,86	-0,09	0,35	-0,08	0,63	0,02	0,35	-0,3	0,53
Quantidade de doenças	0,023	0,79	-0,13	0,57	-0,06	0,72	0,06	0,48	-0,4	0,68

(ρ)= Correlação de Spearman; P = <0,05; IMC= Índice de Massa Corporal

Tabela 5. Prevalência de barreiras percebidas pelos idosos participantes dos grupos de convivência. Vitória de Santo Antão, 2015.

	Saúde	Motivação	Autoeficácia	Crença e personalidade	Ambiente
Idade	p=0.20	p=0.38	p=0.36	p=0.72	p=0.10
60 a 69 anos	63.2	65.8	12.2	23.7	26.3
70 a 79 anos	58.3	33.3	-	25.0	-
IMC	p=0.80	p=0.60	p=0.81	p=0,47	p=0.61
Baixo peso	-	66.7	-	-	-
Adequado	58.3	66.7	8.3	16.7	25
Sobrepeso	64.9	51.4	10.8	27	18.9
Estado Civil	p=0.86	p=0,04	p=0.11	p=0.33	p=0.66
Casado (a)/vivendo com parceiro(a)	58.3	41.7	16.7	29.2	16.7
Solteiro (a)/vivendo sem parceiro(a)	60.7	67.9	3.6	17.9	21.4
Moradia	p=0.91	p=0.38	p=0.19	p=0.57	p=0.79
Sozinho	58.3	66.7	-	25.0	16.7
Acompanhado	60	52.5	12.5	22.5	20.0
Percepção de Saúde	p=0.65	p=0.26	p=0.90	p=0.12	p=0.52
Muito bom	57.1	28.6	14.3	14.3	14.3
Bom	53.3	53.3	6.7	6.7	26.7
Regular	60.7	60.7	10.7	35.7	14.3
Ruim	100	100	-	-	50.0
Quantidade de doenças	p=0.98	p=0.23	p=0.35	p=0.37	p=0.04
Nenhuma a uma doença	66.7	66.7	-	-	33.3
Duas doenças	57.1	71.4	21.4	14.3	42.9
Três ou mais	60.6	51.5	6.1	30.3	9.1

6 DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo são descritos a seguir: as mulheres participam mais dos grupos de convivência do que os homens; mais da metade dos idosos foram classificados como ativos em relação ao nível de atividade física total; o domínio da atividade doméstica se destacou em relação aos outros domínios; a maioria dos idosos se encontravam no estágio de preparação e ação; as barreiras mais percebidas foram presença de doença, falta de tempo e medo de cair; as barreiras relacionados aos domínios saúde e motivação foram as mais prevalentes entre os idosos; houve associação entre os domínios motivação e ambiente com estado civil e quantidade de doenças, respectivamente; não houve correlação do nível de atividade física com as variáveis investigadas.

Os resultados do presente estudo sugerem que as mulheres têm mais interesse do que os homens em manter um estilo de vida ativo, uma vez que houve maior prevalência de mulheres (94,2%) participando dos grupos de convivência. Embora mais ativas que os homens elas possuem uma alta prevalência de doenças, com destaque para hipertensão, dislipidemia e doenças osteoarticulares. Tal resultado fortalece o que já é consolidado na literatura acerca da feminização do envelhecimento, as mulheres vivem mais do que os homens, porém com uma maior carga de doença crônico-degenerativas e maior chance para viuvez e solidão (FREITAS et al., 2006).

Por outro lado, os homens preocupam-se menos com sua qualidade de vida e recorrem aos serviços de saúde com menor frequência em relação às mulheres. Somando-se a isto eles apresentam piores hábitos comportamentais, como alcoolismo, consumo de drogas ilícitas, tabagismo e maior risco de envolver-se em homicídios, como consequência desses comportamentos, eles vivem menos que as mulheres (FREITAS et al., 2006). Além disso as mulheres estão buscando alternativas para viver mais e com melhor qualidade de vida, não somente no aspecto físico, uma vez que é possível encontrar idosos engajadas em fóruns e conselhos para idosos (CAMARANO et al. 2006).

Acredita-se que a baixa participação dos homens em grupos de convivência possa estar relacionada a resistência de envolver-se em novas atividades após a aposentadoria (CAMARANO, 2006; SIMÕES, 2004), como por exemplo, participar de atividades sociais, lúdicas e educacionais (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Diante deste perfil, nota-se a importância da criação de estratégias visando a inserção do público masculino em ambientes

que estimulem o comportamento ativo, a participação social, momentos de lazer e de informação. Ao mesmo tempo, os grupos de convivência devem considerar o universo feminino, assim como a diversidade de gênero e suas implicações e peculiaridades no processo de planejamento das atividades.

É consenso na literatura que a atividade física proporciona benefícios durante o processo de envelhecimento, repercutindo nas funções físicas, emocionais e sociais do idoso (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009; BENEDETTI et al., 2008; WHO, 2010). Os idosos do presente estudo foram classificados como ativos em relação ao nível de atividade física total. Tal comportamento pode estar atrelado a participação nos grupos de convivência, uma vez que estes espaços estimulam o envelhecimento ativo em diversos contextos, como é preconizado na Política de Envelhecimento Ativo (WHO, 2005).

Os resultados obtidos pelo estudo de Mazzo (2011) revelam que idosos participantes de grupo de convivência são ativos. Neste estudo foram investigados idosos participantes e não participantes de grupos de convivência da cidade de Florianópolis, sendo a maior prevalência de ativos para aqueles que participavam dos grupos em comparação aos não participantes (MAZO; BENEDETTI; SACOMORI, 2011). Em outro estudo realizado com 291 idosos de grupos de convivência da cidade de Cuiabá verificou que 38,1% da amostra foram classificados com nível alto de atividade física, 49,8% moderado e 12,1% baixo (ROGATTO, 2011).

Um estudo de base populacional realizado com adultos e idosos residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes encontraram prevalência de sedentarismo de 31,8% para os adultos e 58% no público idoso (SIQUEIRA et al., 2008). Sendo assim, os resultados sugerem, uma vez que não foi objeto de estudo, que os idosos inseridos em grupos de convivência apresentam melhores níveis de atividade física total quando comparado aos idosos que não participam.

Embora os idosos do presente estudo tenham sido classificados como ativos em relação ao nível total, nos domínios transporte, lazer e trabalho foram considerados pouco ativos, acumulando abaixo dos 150 minutos recomendados por semana para atividade física. Por outro lado, o domínio das atividades domésticas destacou-se entre os idosos, uma vez que 73,1% foram classificados como ativos e 11,5% como muito ativos. Sendo assim, a alta porcentagem de idosos ativos se deve a elevada participação destes nas atividades domésticas.

A elevada participação nas atividades do lar pode ter relação com a feminização do envelhecimento, visto que as mulheres participam mais do que os homens das atividades domésticas e desempenhando muitas vezes o papel de cuidadora do marido, filhos e netos. Ademais, a amostra deste estudo foi classificada como baixa renda, o que dificulta a contratação de pessoas que possam dar um suporte aos idosos nas tarefas domésticas. Além disso, os arranjos familiares podem contribuir para esse resultado, uma vez que muitos idosos moram sozinhos ou com filhos que trabalham, necessitando assim desempenhar as atividades domésticas sozinhos.

Estudo conduzido por Benedetti (2012) em Florianópolis/SC com idosos participantes e não participantes de grupos de convivência encontrou resultados semelhantes ao do presente estudo. Os idosos foram ativos em relação ao nível total de atividade física (60%), porém quando realizada análise por domínios verificou-se que as maiores prevalências foram observadas nos domínios das atividades domésticas e de lazer, ficando as demais abaixo do recomendado. O estudo de Rogatto (2011) ao avaliar o nível de atividade física em idosos de grupos de convivência verificou uma alta porcentagem de idosos ativos no contexto geral, no entanto, tal resultado estava atrelado à alta participação em atividades domésticas.

A alta prevalência de idosos insuficientemente ativos no lazer (75%), encontrada no presente estudo, corrobora com outras pesquisas. Estudo realizado em Maceió/AL, com 320 idosas, encontrou elevado percentual de idosos inativos no lazer (76,2%) e com maiores proporções para as mulheres quando comparadas aos homens (MOURAO et al., 2013). Zaitune et al (2010) ao avaliar amostra de idosos residentes em quatro áreas do Estado de São Paulo encontrou uma prevalência de 71,6% de idosos insuficientemente ativo no lazer, havendo uma associação positiva com nível socioeconômico (ZAITUNE et al., 2010). Possivelmente os idosos com piores condições socioeconômicas precisam locomover-se mais a pé e/ou estão inseridos em atividades ocupacionais para complementar a renda (AZEVEDO et al., 2007), além disso, dispendem boa parte do tempo em tarefas domésticas e têm menor oportunidade de participação em atividades físicas de lazer (GUIMARÃES et al., 2011; HALLAL et al., 2005).

O baixo nível de atividade física no âmbito do lazer dos idosos, encontrado no presente estudo, é um fator preocupante. Acredita-se, pois não foi investigado, que existe uma falha na sensibilização dos profissionais responsáveis pelos grupos de convivência em estimular a prática de atividade física para além dos encontros semanais dos grupos, uma vez que a maioria

dos idosos não realizam atividades no lazer fora daquele ambiente, ficando restrito ao que é desenvolvido nos grupos.

Em relação aos estágios de mudança de comportamento os idosos encontram-se no estágio preparação (36,5%) e ação (23,1%). Neste o idoso já iniciou a mudança, investe tempo e energia na sua execução, já o estágio preparação consiste no início de algumas mudanças, planejamento e tomada de decisão para mudar de comportamento. O resultado encontrado no presente estudo diverge de uma pesquisa realizada com 107 idosos participantes de grupos para terceira idade no município de Três Coroas (RS), o qual verificou que 45,8% dos idosos encontravam-se no estágio de manutenção (WILLRICH, 2008).

Acredita-se que a divergência entre os achados esteja atrelada ao incentivo que esses idosos recebiam para manter a prática de atividade física, uma vez que 55% da amostra do estudo citado acima realizava caminhada regularmente. Possivelmente os idosos da presente pesquisa não recebem incentivo suficiente ou são poucos sensibilizados para manter uma rotina de exercícios físicos regulares para além do ambiente do grupo. Tal incentivo por ter relação com aspectos profissionais (professores, coordenadores dos grupos), pessoais (doença, família) e estruturais (ruas, praças, transporte).

Parece que a maioria dos idosos não participantes de grupos de convivência encontram-se no estágio de pré-contemplação, como pode ser observado nos estudos a seguir. Pesquisa conduzida por Brazão et al (2009) com 79 idosos do estado de São Paulo encontrou maior proporção de idosos no estágio pré-contemplação (50,6%) e manutenção (22,7%). Outro estudo realizado com 30 idosos institucionalizados obteve maior prevalência no estágios pré-contemplação (56%) e preparação (13%), (GOBBI et al., 2008). A participação em grupos de convivência parece possibilitar aos idosos um estilo de vida mais ativo, uma vez que, nesses ambientes são desenvolvidas diversas atividades e dentre elas o exercício físico, mesmo que de maneira irregular, pois nos grupos investigados a prática do exercício físico só acontecia uma ou duas vezes por semana.

O processo de mudança de comportamento necessita de estratégias e atividades que visem avançar para o próximo estágio. Dessa forma, é recomendada uma intervenção distinta para indivíduos em diferentes estágios (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Aos idosos que se encontram no estágio de preparação e ação, é importante oferecer programas apropriados para a prática e que estimulem a percepção dos variados benefícios da atividade

física (NORRIS et al., 2000; QUADROS et al., 2009). Uma sugestão seria a criação de grupos regulares de atividade física, específicos para idosos, nas Unidades de Saúde da Família, visando a possibilidade de articulação entre o profissional de Educação Física e os demais membros da equipe. Assim, abrangeria a prática do exercício, bem como a relação deste com outras áreas (aspectos psicológicos, sociais, físicos). Dessa forma, estratégias distintas de promoção da prática de atividade física podem ser utilizadas de acordo com o estágio de mudança de comportamento em que o idoso se encontra.

Em relação as barreiras, observou-se que 42,3% dos idosos reportaram que a “presença de doença” dificulta ou impede a realização da atividade física. Corroborando com este resultado, o estudo conduzido por Nascimento et al (2008) com 129 idosos de Rio Claro/SP encontrou como barreira mais prevalente entre os idosos a presença de doenças (52%). O processo de envelhecimento muitas vezes é acompanhado pela presença de doenças, o que pode limitar a mudança do estilo de vida do idoso, tornando-o inseguro e dependente (WHO, 2005). As limitações impostas pela presença de doenças podem explicar a alta prevalência dessa barreira na população estudada.

A barreira “sem tempo livre” foi a segunda mais reportada pelos idosos (38,5%), possivelmente esse resultado está relacionado ao envolvimento em atividade laborais e aos cuidados que muitos prestam à familiares. Essa situação também foi observada no estudo de Souza (2010), que avaliou idosos participantes de um projeto de atividades corporais desenvolvido na Universidade Federal do Paraná e verificou que compromissos familiares, como cuidar de parentes adoentados e ajudar os filhos em tarefas cotidianas, atrapalhavam a permanência dos idosos no projeto (SOUZA; VENDRUSCULO, 2010). Um estudo de revisão realizado por Vanzella (2011), mostrou que as atividades laborais desenvolvidas nessa faixa etária têm como propósito a busca por uma renda adicional, a ocupação do tempo ocioso e a vontade de permanecer ativos (VANZELLA; NETO; DA SILVA, 2011). Tais condutas contribuem para reduzir o tempo que poderia ser destinado para a realização de atividades físicas regulares

A terceira barreira mais prevalente entre os idosos foi “medo de cair”. As quedas nesse público acarretam sérias complicações e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade (BRASIL, 2006). Devido à grande possibilidade de instabilidade postural e alterações no padrão da marcha, os riscos de quedas aumentam, necessitando de intervenções que visem promover uma melhor capacidade funcional. Como consequência das quedas os

idosos ficam com medo de cair novamente e a fim de se proteger de uma nova queda reduzem suas atividades internas e externas.

Corroborando com este achado, um estudo realizado em São Paulo com 79 idosos encontrou que 49,4% da amostra reportaram que o medo de cair interfere a manutenção ou inserção na prática de atividade física (BRAZÃO et al., 2009). Além disso, este estudo evidenciou que o medo de cair é mais percebido pelas mulheres quando comparado aos homens e as possíveis justificativas são que as mulheres estão mais susceptíveis a osteoporose devido aos fatores hormonais e a incidência de queda é maior no público feminino (ARNDT; TELLES; KOWALSKI, 2011; COSTA-PAIVA et al., 2003).

Ao agrupar as barreiras em domínios pessoais (saúde, motivação, auto eficácia, crença e personalidade) e externos (ambiente) foi possível encontrar associação entre os domínios motivação e ambiente com estado civil e quantidade de doenças, respectivamente. Uma possível justificativa para estas associações, uma vez que não foi objeto do presente estudo, pode ser pelo motivo do (a) companheiro (a) não estimular, encorajar ou acompanhar o (a) parceiro (a) na prática de atividade física.

O fato do idoso possuir várias doenças já um fator que interfere na mudança de comportamento, associado a isto um ambiente desfavorável para a prática de atividade física, como calçadas irregulares, ausência de iluminação e ambiente inseguro, contribuem para que esses idosos evitem realizar atividades externas por medo de prejudicar sua saúde. Sendo assim, o idoso pode estar reduzindo suas atividades físicas e como consequência sua saúde fica comprometida facilitando o aparecimento de doenças.

Diante dos achados percebe-se que existe a necessidade de sensibilizar os idosos a realizarem atividades de lazer para além do que é oferecido nos espaços de convivência, para isto pode-se desenvolver atividades de educação em saúde ressaltando os benefícios da prática de atividade física, bem como orientar os idosos a buscarem os programas de atividade física existente nas praças do município, como por exemplo, as Academias da Saúde que oferecem exercícios físicos todos os dias. Faz-se oportuno, ainda, os gestores do município refletirem sobre a infraestrutura do local, uma vez que muitos idosos deixam de realizar atividades físicas por medo de cair devido às ruas com buracos, à ausência de iluminação e de segurança.

Além disso, sugere-se que os grupos de convivência da Vitória de Santo Antão, criem estratégias que visem atrair os homens idosos, bem como outros idosos que ainda não

participam dos grupos. Para tanto podem ser feitas ações de busca ativa no bairro ou nas casas, informando a existência do grupo, bem como as atividades que são ofertadas. Além disso, as Unidades de Saúde da Família podem realizar atividades de educação em saúde pelo bairro e encaminhar esses idosos para os grupos. Outra sugestão seria ampliar a oferta de atendimento comunitário ao público idoso, com a participação das instituições de ensino e de outras entidades que pudessem oferecer diversas atividades direcionadas as necessidades da população idosa.

7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que os idosos participantes dos grupos de convivência do município da Vitória de Santo Antão/PE são ativos fisicamente em relação ao nível total, no entanto, esse resultado está atrelado ao maior envolvimento dos idosos nas atividades domésticas, já que para os outros domínios eles foram considerados insuficientemente ativos. Entre os idosos ativos e não ativos as principais barreiras percebidas para a prática de atividade física foram presença de doença, falta de tempo e medo de cair. Em relação aos estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física a maioria encontra-se no estágio preparação e ação.

Diante do exposto, sugere-se a realização de futuras pesquisas com um número ampliado de grupos de convivência e de idosos. Além disso, seria interessante expandir esse tipo de pesquisas para outros municípios, visto que grande parte dos estudos que se propuseram a investigar o nível de atividade física concentram-se na região Sul e Sudeste do país. Estudos longitudinais poderão ser interessantes para compreender a relação entre a participação dos idosos nos grupos de convivência e o nível de atividade nos diferentes domínios.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, N. A. et al. Níveis de atividade física em idosas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 15, n. 1, 2010.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012

ALVES, J. G. B. et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 543-556, 2010.

ARNDT, A. B. M.; TELLES, J. L.; KOWALSKI, S. C. O custo direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no setor privado de saúde na cidade de Brasília, 2009. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 221-232, 2011.

AZEVEDO, M. R. et al. Gender differences in leisure-time physical activity. **International journal of public health**, v. 52, n. 1, p. 8-15, 2007.

BAIR, M. J.; MATTHIAS, M. S.; NYLAND, K. A.; HUFFMAN, M. A.; STUBBS, D. W. L.; KROENKE, K.; DAMUSH, T. M. Barriers and Facilitators to Chronic Pain Self-Management: A Qualitative Study of Primary Care Patients with Comorbid Musculoskeletal Pain and Depression. **Pain Medicine**, v. 10, n. 7, p. 1280-1290, 2009.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. D. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas 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. 25-34, 2004.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Physical activity and mental health status among elderly people. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro/RJ**, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012.

BOOTH, M. L. et al. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. **Preventive medicine**, v. 31, n. 1, p. 15-22, 2000.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília-DF:Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, C. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária–Seminário do CONASS para construção de Consensos, CONASS Documenta**, v. 2, 2007.

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.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro:Guanabara koogan, 2006, p. 133-145.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamerican del Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 379-386, 2005.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1903-1909, 2009.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

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

CHAIMOWICZ, F. **Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro:Guanabara koogan, 2006. 106-128.

COMMITTEE, I. R. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)–short and long forms. **Retrieved September**, v. 17, p. 2008, 2005. [Acesso em 20 nov 2015] . Disponível em: <http://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>

COSTA-PAIVA, L. et al. Prevalência de osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos e reprodutivos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 7, p. 507-512, 2003.

FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. **Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados**. Campinas:Alínea, 2011.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research** v. 12, p. 189-198, 1975.

FREITAS, E. V.; KOPILLER, D. **Atividade Física no Idoso**. In: **Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro:Guanabara koogan, 2006, p. 874-884.

FREITAS, E. V. D. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. **Tratado de geriatria e gerontologia**: Guanabara Koogan, 2006.

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

GUIMARÃES, A. C. A. et al. Nível de Percepção de Saúde, Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 393-398, 2011.

HALLAL, P. C. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 573-580, 2005.

HIRAYAMA, M. S. **Atividade física e Doença de Parkinson: Mudança de comportamento, autoeficácia e barreiras percebidas**. [Dissertação de Mestrado]. 2006. Universidade Estadual Paulista, Rio Claro - São Paulo.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas Nacionais - Conta-Satélite de Saúde 2007- 2009**. Rio de Janeiro: 2012.

KRUG, R. D. R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 1, p. 57-64, 2015.

LARSON, E. B. et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. **Annals of internal medicine**, v. 144, n. 2, p. 73-81, 2006.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B.; SACOMORI, C. Association between participation in community groups and being more physically active among older adults from Florianópolis, Brazil. **Clinics**, v. 66, n. 11, p. 1861-1866, 2011.

MAZO, G. Z. et al. Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 8, n. 3, p. 414-423, 2008.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. **Motriz**, v. 15, n. 4, p. 788-796, 2009.

MIGUEL, C. S.; FORTES, V. L. F. Idosas de um grupo de terceira idade: as interfaces da relação com suas famílias. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 2, 2006.

MOURAO, A. R. C. et al. Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceio, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1112-1122, 2013.

NAHAS, M. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5 ed. Londrina: Midiograf, 2010. 248 p.

NASCIMENTO, C. M. C. et al. Nível de atividade física e as principais barreiras por idosos de Rio Claro. **Revista da Educação Física**, v. 19, n. 1, p. 109-118, 2008.

NELSON, M. E. et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1094, 2007.

NORRIS, S. L. et al., Effectiveness of physician-based assessment and counseling for exercise in a staff model HMO. **Preventive medicine**, v. 30, n. 6, p. 513-523, 2000.

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

ORLANDO, M. M.; SILVA, M. S. P. D.; LOMBARDI JUNIOR, I. The influence of the practice of physical activity on the quality of life, muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 117-126, 2013.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre envelhecimento**, v. 6, n. 1, p. 43-59, 2003.

PESCATELLO, L. S.; THOMPSON, W. R.; GORDON, N. F. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PITKALA, K. H. et al. Leading groups of older people: a description and evaluation of the education of professionals. **Educational Gerontology**, v. 30, n. 10, p. 821-833, 2004.

PORTELLA, M. R. **Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável**. Universidade de Passo Fundo, UFP Editora, 2004.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.

QUADROS, T. M. et al. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 5, p. 724-733, 2009.

REED, G. R. et al. What makes a good staging algorithm: examples from regular exercise. **American Journal of Health Promotion**, v. 12, n. 1, p. 57-66, 1997.

ROCHA, S. V. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer em idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 3, p. 191-195, 2013.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. G. **Physical activity and behavioral medicine**. Thousand Oaks: Sage, 1999.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica eo estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SERVICES, U. S. D. O. H. A. H. Assessing Health Risks in America: the behavioral risk factor surveillance system. Atlanta, GA: U.S. **Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion**. 1998.

SIMÕES, J. A. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: (Ed.). **Família, geração e cultura**: FGV, 2004. p. 25-56.

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. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.

SOUZA, D. L. D.; 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, p. 95-105, 2010.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S.; PETROSKI, E. L. Fatores associados à inatividade física em mulheres idosas em comunidades de baixa renda. **Revista de Salud Publica**, v. 11, n. 1, p. 39-49, 2009.

VALIM-ROGATTO, P. C.; CANDOLO, C.; BRÊTAS, A. C. P. Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de Centro de Convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 521-533, 2011.

VANZELLA, E.; NETO, E. D. A. L.; SILVA, C. C. A terceira idade e o mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 97-100, 2011.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WILLRICH, C. Determinantes da prática de atividades físicas e estágios de mudança de comportamento em uma amostra de idosos pertencentes a grupos de 3º idade de Três Coroas. **Rio Grande do Sul: Centro Universitário Feevale**, 2008.

ZAITUNE, M. P. A et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 8, p. 1606-1618, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Nível de atividade física de idosos participantes de grupos de convivência” que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Jacilene Guedes de Oliveira, pertencente ao endereço: Travessa do Livramento, nº 39 A, Livramento, CEP: 55602-290, cel. 8729-2209, e-mail: jaci_guedes@hotmail.com. Esta pesquisa está sob a orientação do professor Edilson Fernandes Souza.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA Este estudo tem como objetivo identificar o nível de atividade física (AF), as barreiras e os estágios de mudança de comportamento de idosos participantes de grupos de convivência. Para sua participação será necessário que o (a) Sr. (a) responda a questionários padronizados que busca identificar as características sócio-demográficas, presença de comorbidades, percepção de saúde, percepção das barreiras, nível de AF e os estágio da mudança de comportamento. A aplicação dos questionários será realizada no local das atividades do grupo de convivência.

A partir dos resultados encontrados neste estudo, será possível fundamentar ações no sentido de facilitar a mudança de comportamento da população idosa, bem como auxiliar na construção de estratégias para a adoção e manutenção de um nível adequado de atividade física, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável. Essa pesquisa oferece como possível risco para o (a) Sr. (a) sentir algum tipo de constrangimento ao responder qualquer uma das perguntas contidas nos questionários. Se essa situação acontecer o (a) Sr. (a) poderá não responder as questões e se retirar a qualquer momento.

Os procedimentos da coleta de dados adotados nesta pesquisa asseguram o anonimato dos participantes. Em caso de dúvidas e esclarecimentos relacionado ao estudo, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/
CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
_____, como
voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisadora sobre a
pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios
decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a
qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu
acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS GERAIS DOS IDOSOS

DADOS GERAIS
<p>Data: ____/____/____ Grupo de convivência: _____ ID: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____ Estado Civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo</p> <p>Escolaridade: () Analfabeto () 1 a 2 anos de estudo () 4 a 7 anos () 8 a 10 anos () 11 a 14 anos () ≥ 15 anos</p> <p>Renda: () 1 salário () 2 salários () 3 ou mais salários</p> <p>Moradia: () Sozinho () Acompanhado _____</p> <p>Ocupação: () não trabalha () Aposentado () Pensionista () Trabalha _____</p>
MORBIDADES E PERCEPÇÃO DE SAÚDE
<p>Fuma: () Sim () Não () Ex- fumante Álcool: () Sim () Não</p> <p>MORBIDADES</p> <p>Hipertensão: () Sim () Não</p> <p>Diabetes: () Sim () Não</p> <p>Colesterol Elevado: () Sim () Não</p> <p>Doença cardíaca: () Sim () Não</p> <p>Acidente Vascular Encefálico: () Sim () Não</p> <p>Problemas de Coluna: () Sim () Não</p> <p>Problemas Respiratórios: () Sim () Não</p> <p>Artrite: () Sim () Não</p> <p>Artrose: () Sim () Não</p> <p>Osteoporose: () Sim () Não</p> <p>Labirintite: () Sim () Não</p> <p>Outra doença: () Sim () Não</p> <p>PERCEPÇÃO DE SAÚDE</p> <p>“De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) Sr.(a) considera o seu próprio estado de saúde?” () muito bom () bom () regular () ruim () muito ruim</p> <p>Obesidade: () Sim () Não Peso: _____ kg Estatura: _____ m IMC: _____</p> <p>Circ.de cintura: _____ cm Circ. Quadril: _____ cm</p>

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE BARREIRAS PARA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS

Os fatores relacionados abaixo são situações comuns entre as pessoas. Considerando os últimos 6 meses assinale com um X com que frequência eles atrapalham ou impedem o (a) Sr. (a) de praticar atividade física

Barreiras ou desculpas que atrapalham ou impedem a atividade física	1. Sempre	2. Muitas vezes	3. Algumas Vezes	4. Poucas vezes	5. Nunca
1. Não tenho tempo livre suficiente	1	2	3	4	5
2. Já sou suficientemente ativo (a)	1	2	3	4	5
3. Não tenho ninguém para me acompanhar na atividade física	1	2	3	4	5
4. Não tenho dinheiro suficiente para isso	1	2	3	4	5
5. Sou velho (a) demais para isso	1	2	3	4	5
6. Tenho uma doença, lesão ou uma incapacidade que dificulta ou me impede	1	2	3	4	5
7. Minha saúde é muito ruim	1	2	3	4	5
8. Sou muito tímido (a) ou encabulado (a)	1	2	3	4	5
9. Tive experiências desagradáveis com exercícios físicos	1	2	3	4	5
10. Não existem instalações adequadas perto da minha casa	1	2	3	4	5
11. Preciso descansar e relaxar no meu tempo livre	1	2	3	4	5
12. Sou muito preguiçoso (a) ou desmotivado (a)	1	2	3	4	5
13. Tenho medo de me machucar, cair ou prejudicar minha saúde	1	2	3	4	5
14. Não gosto de atividade física	1	2	3	4	5
15. Não tenho roupas ou equipamentos adequados	1	2	3	4	5
16. Não conseguiria dar continuidade ou desistiria logo	1	2	3	4	5
17. Estou muito gordo (a) ou muito magro (a)	1	2	3	4	5
18. Não tenho energia	1	2	3	4	5
19. Não acredito que atividade física faça bem	1	2	3	4	5
20. Sinto falta de segurança no ambiente (violência)	1	2	3	4	5
21. O clima é desfavorável (chuva, frio, calor)	1	2	3	4	5
22. Tenho incontinência urinária	1	2	3	4	5

ANEXO B – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

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

Tempo em cada dia?	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.					
	<input type="checkbox"/> DIAS por semana		<input type="checkbox"/> 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?

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana		<input type="checkbox"/> Não utiliza veículos a motor		→ Vá para a questão 2b			
	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. ?

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana		<input type="checkbox"/> Não anda de bicicleta		→ Vá para a questão 2c			
	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?

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana		<input type="checkbox"/> Não faz caminhadas		→ Vá para a Seção 3			
	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.).

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana		<input type="checkbox"/> Não faz AF vigorosas em casa		→ Vá para questão 3b			
	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							

ANEXO C – IDENTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O(A) senhor(a) realiza atividade física regularmente, 5 dias ou mais por semana, 30 minutos por dia? Circule o número 1, 2, 3, 4 ou 5 a resposta com que o(a) senhor (a) mais se identifica:

1 - Sim, eu tenho realizado por mais de 6 meses.

2 - Sim, eu tenho realizado por menos de 6 meses.

3 - Não, mas pretendo começar a realizar dentro dos próximos 30 dias.

4 - Não, mas pretendo começar a realizar dentro dos próximos 6 meses.

8 - Não, e não pretendo começar a realizar dentro dos próximos 6 meses

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

<p>Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos</p>	<p>CEP - CCS - UFPE</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</p>	
--	-------------------------	---	---

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, BARREIRAS PERCEBIDAS E ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DE IDOSOS DE PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Pesquisador: Jacilene Guedes de Oliveira

Versão: 1

CAAE: 38643714.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 104094/2014

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO E – MINI- EXAME DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Data: ____/____/____ ESCORE: ____/30

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

O MEEM, publicado por Folstein e col. em 1975, é o teste mais usado para rastreamento de demência em todo o mundo. É um teste simples e conciso: sua aplicação é auto-explicativa, leva de 5 a 10 minutos e exige apenas um lápis e uma folha de papel. O MEEM tem pontuação máxima de 30 e, na publicação original, o escore de 24 pontos era considerado a nota de corte.

É importante ter em mente que baixos escores podem ocorrer em outras condições, como delírium e depressão. O MEEM também não substitui uma avaliação mais completada cognição, pois não é adequada para detectar alterações sutis. Fatores, como nível educacional e diferenças culturais, ocupações prévia (manual ou não manual) e alterações visuais, podem influenciar o desempenho no teste.

Baixa escolaridade influencia negativamente os resultados do MEEM. Por isso, recomenda-se a utilização de pontos de corte distintos, conforme o nível educacional do indivíduo avaliado.

Embora não haja dados definitivos do teste na população brasileira, com base num estudo epidemiológico recente, realizado em nosso meio, sugerem-se, para a população brasileira, as seguintes notas de corte:

18 – Para analfabetos.

21- Para indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade.

24 - Para indivíduos com 4 a 7 anos de escolaridade.

26 - Para indivíduos com mais de 7 anos de escolaridade.

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos):

Dia da semana (1 ponto) _____ ()

Dia do Mês (1 ponto) _____ ()

Mês (1 ponto) _____ ()

Ano (1 ponto) _____ ()

Hora aproximada (1 ponto) _____ ()

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos):

Local Genérico (residência, hospital, clínica) (1 ponto) _____ ()

Local específico (andar ou setor) (1 ponto) _____ ()

Bairro ou rua próxima (1 ponto) _____ ()

Cidade (1 ponto) _____ ()

Estado (1 ponto) _____ ()

MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos):

Repetir: Vaso, Carro, Tijolo.

1 ponto para cada palavra repetida da primeira tentativa _____ ()

Repita até as três palavras serem repetidas (máximo 5 tentativas)

ATENÇÃO E CALCULO (5 pontos):

Subtração: 100-7 sucessivamente, por 5 vezes.

(1 ponto para cada calculo correto) _____ ()

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos):

Lembrar as 3 palavras repetidas anteriormente (em memória de fixação)

(1 ponto por cada palavra certa) _____ ()

LINGUAGEM (8 pontos):

Nomear objetos: Um relógio e uma caneta (2 pontos) _____ ()

Repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) _____ ()

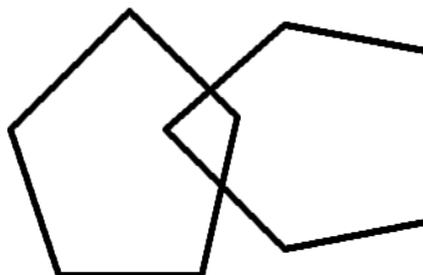
Seguir comando verbal: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) _____ ()

Ler e seguir comando escrito (FRASE): “Feche os olhos” (1 ponto) _____ ()

Escrever uma frase (1 ponto) _____ ()

PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)

Copiar um desenho (1 ponto) _____ ()



ANEXO F – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de					
mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo