

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Marize Amorim Lopes

**PESSOAS LONGEVAS E ATIVIDADE FÍSICA:
FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau em doutora em Educação Física – área de concentração: Atividade Física e Saúde.

Orientador: Professor Doutor Sidney Ferreira Farias

Florianópolis/ SC
2012

Catlogação na fonte elaborada pela Biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

A ficha catalográfica é confeccionada pela Biblioteca Central.

Tamanho: 7cm x 12 cm

Fonte: Times New Roman 9,5

Maiores informações em:

<http://www.bu.ufsc.br/design/Catalogacao.html>

Marize Amorim Lopes

**PESSOAS LONGEVAS E ATIVIDADE FÍSICA:
FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA.**

Esta Tese foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de Doutora em Educação Física na área de Atividade Física e Saúde no Programa de Pós-Graduação em Educação Física
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 8 de março de 2012.

Prof. Dr. Fernando Diefenthaler - Coordenador do Programa

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias (UFSC)
Orientador / Presidente

Prof^a. Dr^a. Giovana Zarpellon Mazo (UDESC)-Membro

Prof. Dr. José Francisco Silva Dias (UFSC)-Membro

Prof^a Dra. Aline Rodrigues Barbosa (UFSC)-Membro

Prof^a Dr. Luciano Lazzaris Fernandes (UFSC)-Membro

Prof. Dr. Adair da Silva Lopes (UFSC)- Membro

Prof^a Dra. Caroline de Oliveira Martins (UEPB)- Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a duas estrelas de luz que recebi em minha vida. Estrelas que sempre me incentivaram e me mostram o caminho a seguir. Estas estrelas são denominadas de Acácio Neto e Rafael.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, de grande significado pessoal, vem concretizar mais uma etapa de minha vida profissional. Apesar do caráter individual que é inerente a uma tese, sua elaboração não seria possível sem o apoio, incentivo, colaboração e orientação de familiares, amigos, colegas e pessoas.

Nesse sentido, gostaria de expressar inicialmente a minha gratidão a Deus, minha fonte de luz, sabedoria e inspiração, ao Centro de Desportos e a UFSC pelo apoio e incentivo nessa trajetória de vida pessoal e profissional e aos idosos que convivi e tenho convivido nesses anos de atuação na UFSC e que foi minha fonte de inspiração e de realização dessa tese.

A seguir passo a pontuar os agradecimentos nomeando pessoas que serei eternamente grata.

Agradeço aos meus familiares. Aos meus filhos Neto e Rafael por me ensinar a ser mãe, pelo amor, incentivo, cumplicidade, respeito e carinho. Aos meus pais por tudo que sou pelo amor e incentivo profissional. Ao meu amigo e companheiro Antônio pela paciência, compreensão, amor e carinho.

Agradeço:

Ao meu orientador Sidney que me abriu as portas para esse novo desafio.

A Giovana pela amizade, por oportunizar a realização desse trabalho, por meio de seus ensinamentos, reflexões e dedicação.

Ao meu colega Rodrigo, um grande parceiro que topou desvendar e transpor desafios sobre as pessoas longevas.

A Albertina pela sua dedicação, carinho, orientação dos ensinamentos sobre ATLAS TI, foi uma valiosa colaboração.

Ao Rodrigo Moretti pelos ensinamentos sobre Grupo Focal.

A Raquel pela sua amizade, apoio, colaboração, carinho e confidências...

A Maria Fermínia pela orientação inicial, colaboração, apoio e carinho.

A Patrícia pela sua amizade, disponibilidade, dedicação, apoio e formatação desse trabalho.

A Tânia pelo seu companheirismo profissional.

Aos meus colegas do Departamento de Educação Física pelo incentivo.

Aos idosos frequentadores da ginástica, dança, vôlei do CDS e Serrinha, pela grande família que formei, pela amizade, ensinamentos que contribuíram para minha vida pessoal e profissional.

A Prefeitura de Florianópolis, destaque especial do apoio de Simone e Carmem, aos coordenadores e idosos dos grupos de convivência, sem as quais não teríamos os sujeitos deste estudo. Agradeço pela disponibilidade, atenção e confiança concedidas.

Ao Laboratório de Gerontologia (LAGER) pelo apoio, carinho e trocas de experiências, agradeço a todos em nome da Enaiane, Marcia, Inês, Janeísa, Paula e Moane.

Gostaria de agradecer também aos membros da banca, Dra. Aline Barbosa, Dr. Adair da Silva Lopes, Dra. Caroline de Oliveira Martins, Dr^a. Giovana Zarpellon Mazo, Dr. José Francisco Dias, Dr. Luciano Lazzaris Fernandes, Dr. Sidney Ferreira Farias pelo tempo dedicado a este estudo.

Quero finalizar agradecendo a todos, mesmos os não mencionados pelo meu esquecimento, que colaboraram e contribuíram para o meu doutorado e a finalização dessa tese.

Um agradecimento muito especial a todos!

Seja você a mudança que deseja ver no mundo.

Mahatma Ghandi

RESUMO

O estudo objetivou analisar os fatores influenciadores para a adoção da prática de atividade física (AF) em pessoas longevas participantes dos Grupos de Convivência da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF/SC). A pesquisa ocorreu em dois momentos: estudo descritivo epidemiológico transversal, onde envolveu 351 pessoas longevas com média de idade de $84,1 \pm 3,9$ anos e fase qualitativa com 69 longevas utilizando a técnica de grupos focais: 5 grupos focais ativos ($n=39$) e 5 de inativos ($n=30$). A coleta de dados utilizou: entrevista (ficha diagnóstica com os dados sociodemográficos e de condições de saúde); Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na versão adaptada para idosos e o roteiro das questões norteadoras dos grupos focais. Para a análise foi aplicada a estatística básica (frequência e percentual) e no diagnóstico qualitativo o software ATLAS TI e análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que 92% das pessoas longevas são mulheres, a maioria branca, católica, aposentada, viúva e 34,1% moravam sozinhas. Possuíam escolaridade superior a realidade brasileira e 31,5% recebiam mais de 4 salários mínimos. No que refere ao estado de saúde, a maioria possui doenças crônicas degenerativas e utilizava medicamentos. No que tange à prática de atividades de lazer, apenas 21,7% praticavam atividade física regular. O estudo revela que 55,1% das pessoas longevas são inativas e pouco ativas segundo a somatória dos domínios do IPAQ. Entre os fatores influenciadores para a não adoção à AF, as longevas destacaram: influência do meio ambiente, papel familiar, limitação por doença, maneira de ser da pessoa longeva e a forma negativa de vivenciar o envelhecimento. Já os fatores que permitiram e promoveram a adoção à AF foram: gostar de sair de casa, preencher o tempo livre, a família e suas atribuições, atividade física e sua metodologia, indicação para adoção à atividade física, gosto pela AF, atitudes positivas perante a prática de AF, estar com o outro e forma positiva de vivenciar o envelhecimento. Pode-se salientar que os fatores influenciadores se estabeleceram no eixo temático da saúde (promoção e manutenção da saúde) e psicossocial (gosto pela prática de atividades físicas, a socialização e o prazer). A interação dos múltiplos fatores influenciadores que emergiram desse estudo é essencial para o planejamento de estratégias de ação dos profissionais da área da Educação Física e de políticas públicas principalmente no âmbito da promoção da saúde

Palavras chaves: pessoas longevas, fatores influenciadores, adoção, atividade física.

ABSTRACT

The study sought to examine the influencing factors to the adoption of physical activity (AF) practice in elderly people participants of co-existence groups from Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF/SC). The research occurred in two phases: descriptive, cross-sectional and epidemiological study, involving 351 elderly people with average age of 84.1±3.9 years and qualitative phase with 69 elderly women using the technique of focal groups: 5 active focal groups (n = 39) and 5 inactive (n = 30). The data collecting used: interview (diagnostic form with socio-demographic and health conditions data); physical activity international questionnaire (IPAQ) in the adapted version for seniors and the roadmap with key issues for the focus groups. The analysis used basic statistics (frequency and percentage) and, in the qualitative diagnosis, the ATLAS TI software and thematic content analysis were applied. The results indicate that 92% of the elderly are women; the majority is catholic, white, retired, widow and 34.1% lived alone. They had an education level that exceeds Brazilian reality and 31.5% earned more than 4 minimum wages. As regards health status, the majority has chronic degenerative diseases and used drugs. Concerning the practice of leisure activities, only 21.7% practiced regular physical activity. The study shows that 55.1% of the elderly was considered inactive and little active, according to the sum of the IPAQ domains. Among the influencing factors for not adopting the AF, the elderly highlighted the influence of the environment, the family role, the limitation by disease, the way of life and the negative way to face aging. The factors that allowed and promoted the adoption to AF were: to like to going out, fill the time with leisure activities, the family and their assignments, physical activity and its methodology, physical activity recommendations, to like AF, positive attitudes towards the practice of AF, be with each other and the positive way of experiencing the aging. It can be noticed that the influencing factors settled in thematic axis of health (promotion and maintenance) and psychosocial (to like the practice of physical activity, socialization and pleasure). The interaction of multiple influencing factors that emerged from this study is essential for planning action strategies for Physical education professionals and public policies especially in the context of health promotion.

Key-words: elderly influencing factors, adoption, physical activity.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Mapa das regiões sanitárias de Florianópolis/SC..... | 71 |
| Figura 2. Critérios de Inclusão/Exclusão de amostras..... | 73 |
| Figura 3. Tela principal com o trabalho do ATLAS TI 5.0..... | 88 |
| Figura 4. Identificando as barreiras no processo de envelhecimento | 131 |
| Figura 5. Conhecendo os fatores facilitadores no processo de envelhecimento..... | 154 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1. Prática de AF de lazer de pessoas longevas (n=351) | 96 |
| Gráfico 2. Somatório do domínio do IPAQ das pessoas longevas (n=351) | 98 |
| Gráfico 3. Existência de doença nas pessoas longevas (n=351) | 113 |
| Gráfico 4. Consumo de medicamentos pessoas longevas (n=351) | 115 |
| Gráfico 5. Estado de Saúde das pessoas longevas (n=351)..... | 116 |
| Gráfico 6. Dificuldade de praticar atividade física das pessoas longevas (n=351)..... | 147 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Brasil: População total brasileira e de 80 anos ou mais, observada e projetada no período de 1940 a 2020..... 36

Tabela 2. Características sociodemográficas e econômica das pessoas longevas 90

Tabela 3. Nível de atividade física das pessoas longevas..... 95

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Divisão dos distritos sanitários no município de Florianópolis/SC | 69 |
| Quadro 2: Distribuição da Amostragem na Composição dos Grupos Focais..... | 72 |
| Quadro 3: Relação do número de participantes e grupos de convivências envolvidos no estudo de acordo à sua localização (Regiões Sanitárias) | 74 |
| Quadro 4: Variáveis e categorias a serem utilizadas | 83 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

GFI – Grupo Focal Inativo

GFA – Grupo Focal Ativo

EpiFloripa – Estudo Epidemiológico de Florianópolis

AF – Atividade Física

LA – Longevos Ativos

LI – Longevos Inativos

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 19 |
| 1.1 OBJETIVOS..... | 24 |
| 1.1.1 Objetivo Geral..... | 24 |
| 1.1.2 Objetivos Específicos..... | 24 |
| 1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS..... | 25 |
| 1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS..... | 32 |
| 1.3.1 Pessoas Longevas..... | 32 |
| 1.3.2 Pessoas Longevas Inativas..... | 32 |
| 1.3.3 Pessoas Longevas Ativas..... | 32 |
| 1.3.4 Grupos de Convivência..... | 32 |
| 1.3.5 Atividade Física..... | 33 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 34 |
| 2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO..... | 34 |
| 2.1.1 Evolução do Envelhecimento Populacional..... | 34 |
| 2.1.2 Expectativa de vida no século XXI..... | 37 |
| 2.2 AS PESSOAS LONGEVAS..... | 40 |
| 2.2.1 A Longevidade..... | 40 |
| 2.2.2 Características da Longevidade..... | 42 |
| 2.3 PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA E LONGEVIDADE ... | 44 |
| 2.3.1 Benefícios da Atividade Física..... | 44 |
| 2.3.2 O Programa de Atividade Física..... | 47 |
| 2.3.3 Envelhecimento Ativo na Longevidade..... | 53 |
| 2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA..... | 56 |
| 2.4.1 A Participação do Idoso..... | 56 |
| 2.4.2 Fatores Influenciadores para a Não Adoção da AF..... | 58 |

| | |
|---|-----|
| 2.4.3 Fatores Influenciadores para a Adoção da AF | 62 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 66 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA | 66 |
| 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO | 68 |
| 3.2.1 População | 68 |
| 3.2.2 Amostra | 69 |
| 3.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS | 74 |
| 3.4 ESTUDO PILOTO | 78 |
| 3.4.1 Averiguação e Validação dos Procedimentos e Coletas de Dados | 78 |
| 3.4.2 Resultados do Projeto Piloto | 79 |
| 3.5 COLETA DE DADOS | 80 |
| 3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS | 83 |
| 3.6.1 Variáveis e Categorias para Análise do Estudo | 83 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 90 |
| 4.1 APRESENTANDO AS PESSOAS LONGEVAS PARTICIPANTES DO ESTUDO | 90 |
| 4.1.2 Participantes dos grupos focais | 99 |
| 4.1.2.1 As longevas e suas atividades ocupacionais | 100 |
| 4.1.2.2 Participação em grupos | 105 |
| 4.1.2.2.1 Participação nos grupos de convivência para idosos | 105 |
| 4.1.2.2.2 Participação na Atividade Física | 109 |
| 4.1.2.3 Envelhecendo na percepção das longevas | 110 |
| 4.1.2.4 Limitações percebidas pelas longevas | 113 |
| 4.1.2.5 Forma positiva de vivenciar o envelhecimento | 121 |
| 4.1.2.6 Percepção de mudança de vida das longevas | 123 |
| 4.1.2.8 Envelhecimento ativo e as longevas | 125 |

| | |
|---|-----|
| 4.2 IDENTIFICANDO AS BARREIRAS NO PROCESSO DE ENVELHECER..... | 130 |
| 4.2.1 A maneira de ser da pessoa longeva | 132 |
| 4.2.2 Aspecto de não adoção à atividade física | 133 |
| 4.2.3 As limitações por doenças | 138 |
| 4.2.4 Papel da família | 143 |
| 4.2.5 A influência do meio ambiente | 145 |
| 4.2.6 Forma negativa de vivenciar o envelhecimento | 148 |
| 4.2.7 Ausência à prática de atividade física | 151 |
| 4.3 CONHECENDO OS FATORES INFLUENCIADORES NO PROCESSO DE ENVELHECER ATIVO | 153 |
| 4.3.1 Atitudes positivas perante a prática de atividade física..... | 155 |
| 4.3.2 Motivos de adoção à prática de atividade física | 160 |
| 4.3.3 Estar com o outro | 162 |
| 4.3.4 A família e suas atribuições | 165 |
| 4.3.5 Forma positiva de vivenciar o envelhecimento | 167 |
| 4.3.6 Atividade física de preferência..... | 169 |
| 4.3.7 Atividade física e sua metodologia | 170 |
| 4.3.8 Indicação para adoção a prática de atividade física | 173 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 180 |
| REFERÊNCIAS | 185 |
| APÊNDICES | 230 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO..... | 231 |
| APÊNDICE B - ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DOS GRUPOS FOCAIS | 232 |
| ANEXOS..... | 233 |
| ANEXO A - FICHA DIAGNÓSTICA GETI | 234 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO B - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADO PARA IDOSOS..... | 240 |
| ANEXO C - LISTAGEM DOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DAS REGIÕES SANITÁRIAS CADASTRADOS PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS-SC..... | 243 |
| ANEXO D – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA..... | 252 |

1 INTRODUÇÃO

O mundo esta experimentando uma transformação demográfica sem precedentes (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2002). A segunda Conferência Mundial sobre Envelhecimento (2002) aponta que em 2050, o percentual populacional de pessoas com mais de 60 anos será duplicado, passando de 10% para 21%. O aumento será mais expressivo e rápido nos países em desenvolvimento, onde se espera que a população idosa seja quadruplicada nos próximos 50 anos.

Projeções da ONU (2002) indicam que o número de pessoas com mais de 80 anos, subirá de 69 milhões para 379 milhões e a maioria viverá em regiões mais desenvolvidas. Apesar das pessoas com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente (OMS, 2005).

Desde 1998, o Documento de Estimativas de População Oficiais das Nações Unidas faz projeções sobre grupos etários mais avançados dos 80, 90 e 100 anos. De acordo com a ONU (2002), esses grupos representam hoje uma pequena parcela da população mundial, mas em contrapartida entre 1970 e 1998 aumentaram quase 60%. O outro fato destacado é que as mulheres deverão compor a maior parte dos idosos em virtude da maior longevidade feminina. Em 2002, por exemplo, havia cerca de 50 homens para cada 100 mulheres acima dos 80 anos de idade.

No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente (ARAÚJO; COELHO, 2000), sendo que o grupo de pessoas com mais de 80 anos foi o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2006c).

Estudos realizados pelo IBGE sobre a mortalidade no Brasil no período 1991 a 2007 revelaram que nesses dezesseis anos a população do País ganhou 5,57 anos em sua expectativa de vida ao nascer. Passou de 67 anos, em 1991, para 72,5 anos, em 2007. Ao considerar que no Japão a vida média já é superior a 81 anos, a esperança de vida no Brasil de pouco mais que 72 anos ainda é relativamente baixa. De acordo com a projeção sobre mortalidade, somente por volta de 2040 o

Brasil estaria alcançando o patamar de 80 anos de esperança de vida ao nascer (IBGE, 2008b).

A proporção de pessoas com 80 anos ou mais esta aumentando dentro da população idosa, alterando sua composição etária. No ano de 2000 passou a corresponder a quase 1,9 milhões do total da população brasileira. Isso se deve à alta taxa de natalidade do passado e a redução cada vez maior do índice de mortalidade dos dias atuais de pessoas longevas (CAMARANO, 2002; VERAS, 2002), bem como o diagnóstico precoce de doenças, os remédios, técnicas de medicina mais eficazes (CAMARANO; PASINATO; LEMOS, 2011), vacinação e o saneamento básico (KUMON et al., 2009).

Segundo o censo brasileiro de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil foram identificadas 2.935.585 (3,23%) pessoas com idade igual ou superior a 80 anos (IBGE, 2010b). Os dados apontaram que em Santa Catarina a população com mais de 80 anos é de aproximadamente 80 mil, sendo que sete mil vivem em Florianópolis, capital do Estado (IBGE, 2010a).

Estudo realizado em Florianópolis com 1.705 idosos, em domicílios sorteados de diferentes regiões da capital constatou que 42,1% participavam de grupos de convivência. Salienta ainda a pesquisa, que as pessoas longevas representavam 14% da população (EPIFLORIPA, 2009).

Essa transformação demográfica global traz consequências profundas no aspecto social, espiritual, econômico, político, cultural e psicológico da humanidade. Esta mudança irá representar para as sociedades o desafio de aumentar as oportunidades para as pessoas, especialmente às longevas, com o intuito de maximizar suas capacidades participativas (CONFERENCE FOR WORLD ASSEMBLY ON AGEING SECOND WORLD ASSEMBLY ON AGEING, 2002).

As pessoas com 80 anos ou mais são denominadas de pessoas longevas (MOREIRA et al., 2007; XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004; MARAFON et al., 2003; SCHWANKE et al., 2002). Esta faixa etária apresenta características morfofisiológicas, psicológicas e socioeconômicas diferenciadas (SPIRDUSO, 2005; HAYFLICKT, 1997), sendo que esses geralmente têm um maior número de incapacidade funcional e de doenças crônicas (BALTES; SMITH, 2006; JACOB FILHO, 2006).

O risco potencial para a diminuição da capacidade funcional das pessoas longevas pode determinar dependência parcial ou total para a realização de atividades da vida diária (COSTA, 2010; CARDOSO et al. 2008; MATSUDO et al., 2002); que decorre em grande parte por causa da inatividade física e mental dos idosos (MAZO, 2003). Portanto, à medida que a idade cronológica aumenta as pessoas tendem a tornarem-se menos ativas (MOSCHNY et al, 2011, MACMILLAN et al. 2011; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Neste sentido, é importante buscar ações que favoreçam a um estilo de vida ativo. Giles-Corti e Donovan (2003) destacam que o sedentarismo está associado a vários fatores, como: nível sócioeconômico, gênero e contextos ambientais e sociais (instalações físicas atrativas, segurança, pouco tráfego de veículos, entre outros).

Da mesma forma que a falta de tempo, barreiras pessoais (DUMITH, 2008; LEES et. al., 2005; SALMON et al. 2003), idade, a autopercepção negativa da saúde (MOSCHNY et al., 2011; CONCEIÇÃO et al, 2011; SOUZA; VENDRUSCOLO 2010; HALLAL et al., 2003), bem como as limitações funcionais ou incapacidades físicas (JANNEY et al., 2010; CARDOSO et al. 2008; BRAWLEY; REJESKI; KING, 2003) e o tempo de permanência sentado diariamente (OWEN et al., 2010) favorecem à vida sedentária.

Assim sendo, é importante buscar intervenções que possibilitem mudanças no estilo de vida e que contribuam para melhorar as condições de capacidade da pessoa longeva com 80 anos ou mais de idade. Como superar essas barreiras para uma melhor adoção de pessoas longevas à prática de atividade física? Que fatores facilitam a participação mais efetiva dessas pessoas? Que tipos de intervenções se adequariam à realidade dessa população?

A investigação dos fatores que influenciam e determinam a realização de atividades físicas tem sido uma preocupação de alguns pesquisadores (CASSOU et al, 2011; MOSCHNY, 2011; BENEDETTI; SCHWINGEL; TORRES, 2011; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; OWEN et al., 2010; FRANCO et al. 2009; EIRAS et al, 2010, MAZO, 2009; WILSON; MACK; GRATTAN 2008; OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007; BRAWLEY; REJESKI; KING, 2003), à medida que sua compreensão pode fornecer informações que levem a uma intervenção mais efetiva. Estes fatores podem ser classificados em facilitadores, que favorecem a modificação ou a manutenção do

comportamento e, barreiras, que dificultam a adoção ou manutenção do comportamento adequado (MAZO, 2008; MICHELI, 2007).

Sabe-se que existem fatores multifatoriais que contribuem para a prática de atividades físicas de pessoas longevas. Com base na revisão de diferentes estudos realizada por Mazo (2008), os fatores de influência são: história e socialização, discriminação por idade, autoeficácia, percepção do controle de comportamento, fatores sociais e ambientais, benefícios percebidos, expectativas de resultados, atitudes e conhecimentos.

As pesquisas retratam que as principais barreiras para a prática de atividade física regular são: idade (MOSCHNY et al., 2011; OWEN et al, 2010; ASLAN et. al., 2008; LEES et al. 2005; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO 2001), exercícios (CARDOSO, et al. 2008) e meio ambiente inadequados (EIRAS et al., 2011; DUMITH, 2008; SCHUTZER; GRAVES, 2004), limitações funcionais, incapacidades físicas (ASLAN et al, 2008; TEIXEIRA, 2008; BRAWLEY; REJESKI; KING, 2003), falta de companhia, fadiga (MOSCHNY et al., 2011; CERRI e SIMÕES, 2007; SATARIANO, HAIGHT; TAGER, 2000) morte de familiares (CARDOSO et al, 2008; LEES et al. 2005), falta de conhecimento ou entendimento sobre atividade física (MOSCHNY et al., 2011; SCHUTZER; GRAVES, 2004; MAZO, 2003), medo de lesão, queda (LEES et al., 2005; MAZO, 2003), estado civil (YOUNG et al., 1999), gênero (MOSCHNY et al., 2011; RIBEIRO et al., 2009; ASLAN et al, 2008), nível de escolaridade (CASSOU et al, 2011; SCARMEAS et al., 2001), autopercepção negativa de saúde e o estado socioeconômico (KAMPUIS et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2008; HALLAL et al., 2003), não orientação médica (SCHUTZER; GRAVES, 2004) e problemas de saúde (MOSCHNY et al., 2011; SOUZA; VENDRUSCOLO, 2010; NASCIMENTO et al. 2008; DERGANÇE et al., 2003; MAZO, 2003; SATARIANO; HAIGHT; TAGER, 2000).

Os estudos encontrados na literatura são na maioria de caráter descritivo e quantitativo, como por exemplo, de Satariano, Haight e Tager (2000), que envolveu pessoas acima de 55 anos, bem como Conceição et al. (2011), Janney et al. 2010, Meurer e Benedetti e Mazo (2009), Cardoso et al. (2008), Mazo, Cardoso e Aguiar (2006), entre outros, que pesquisaram idosos a partir de 65 anos. Desta forma não

atingiram especificamente a população longeva, portanto, podem não refletir a realidade desse grupo etário.

Sendo assim, um aprofundamento por meio de uma pesquisa qualitativa, que favoreça a promoção de conhecimentos da realidade das pessoas longevas e ressalte suas necessidades, desejos e significados, bem como, os fatores que influenciam na adoção da prática de atividade física poderá contribuir para intervenções mais efetiva.

A investigação sobre pessoas longevas é um território novo e desafiador na pesquisa científica. Baltes e Smith (2006) evidenciam que existem restrições de pesquisa na área da longevidade humana.

A realização de estudos que auxiliem na compreensão da longevidade em suas múltiplas dimensões (YATES et al. 2008), bem como conhecer os fatores influenciadores e suas consequências que diferem de pessoa para pessoa pode favorecer a promoção de um envelhecimento ativo e de qualidade (BENEDETTI; SCHWINGEL; TORRES, 2011; MAZO, 2008; COHEN-MANSFIELD et al., 2004).

Promover programas de atividade física que se adaptem as pessoas longevas poderá ser de grande contribuição na área Gerontológica e da Educação Física. Acredita-se que o trabalho com essa população necessita de novas intervenções que criem ambientes de apoio e promovam ações saudáveis de vida (MAZO, 2008, LANUEZ; JACOB FILHO, 2008; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001; AZEVEDO, 2001).

As pessoas longevas estão no limite de suas capacidades funcionais (BALTES; SMITH, 2006). A modernização e o avanço da tecnologia presentes nas atividades da vida diária estão contribuindo para uma diminuição do nível de exigência corporal e têm favorecido a um trabalho físico insuficiente para estimular o sistema cardiorrespiratório e muscular, havendo necessidade de uma prática regular de exercícios físicos para manutenção da capacidade funcional (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; MATSUDO, 2009).

Muitos fatores contribuem para a longevidade e a qualidade de vida, incluindo fatores genéticos, socioambientais e comportamentais. Manter-se ativo, mais do que nunca, passou a ser um dos fatores mais determinantes para a promoção de saúde dos idosos e em especial as pessoas longevas (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; MATSUDO, 2009; FARINATTI, 2008; LANUEZ; JACOB FILHO, 2008;).

Estudos de Santiago (1999), Lopes e Siedler (1997) e Neri (2007b) têm demonstrado que, mesmo sentindo as transformações que a

vida impõe à longevidade, o ser humano luta constantemente para viver mais e melhor. A adoção de um estilo de vida ativo pela pessoa longaeva é parte fundamental para que este envelheça com saúde. A prática de atividade física está associada também com uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento (MATSUDO, 2009; TUNA et al., 2009; JACOB FILHO, 2006; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

A experiência de vinte seis anos da pesquisadora coordenando atividades e exercícios físicos para idosos, bem como ministrando aulas de ginástica, jogos adaptados, dança e atividades de integração, instiga o avanço da pesquisa no conhecimento específico com pessoas longevas. Este contato direto com pessoas envelhecidas e a evasão oriunda das dificuldades proporcionadas pelo avanço da idade, vêm a suscitar o interesse de realizar este estudo. Que barreiras contribuem para esta evasão? Como superar essas barreiras para uma melhor adoção à prática de atividade física? Que fatores influenciam para a continuidade de pessoas longevas ao programa de atividade física? Que tipo de intervenções se adequaria a realidade desta população?

Dentro desta ótica, este estudo teve a preocupação de evidenciar a produção de conhecimento sobre os fatores influenciadores para a adoção de atividade e exercícios físicos por pessoas longevas (com 80 anos ou mais) dos grupos de convivência do município de Florianópolis.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores influenciadores para a prática regular de atividade física das pessoas longevas dos grupos de convivência da prefeitura do município de Florianópolis.

1.1.2 Objetivos Específicos

1.1.2.1 Descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde (doença e medicamentos) das pessoas longevas (80 anos ou mais) dos grupos de convivência da prefeitura do município de Florianópolis.

1.1.2.2 Identificar os hábitos de atividade física e de lazer das pessoas longevas.

1.1.2.3 Relatar os fatores influenciadores de não adoção à prática regular de AF de uma pessoa longeva.

1.1.2.4 Verificar junto às pessoas longevas ativas e inativas os fatores facilitadores para a prática de atividade física e hábitos de lazer.

1.1.2.5 Revelar os fatores influenciadores para a permanência da pessoa longeva em uma prática regular de AF.

1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Os pressupostos teóricos que fundamentam o estudo são Teoria de otimização seletiva e compensatória de Baltes e Baltes (1990), a Teoria da Autodeterminação (TAD) e na proposta do Envelhecimento Ativo da OMS (2002).

O envelhecimento bem sucedido é um processo adaptativo, em andamento e dinâmico que envolve três elementos: seleção, em função das restrições impostas por limitações físicas e cognitivas, a pessoa longeva dirigirá seu esforço para áreas de maior prioridade; otimização, ou seja, a pessoa dará prioridade a comportamentos que melhoram sua autoeficácia; e compensação, com a adoção de estratégias psicológicas e tecnológicas (BALTES; BALTES, 1990).

O poder da plasticidade do “eu próprio” e a capacidade de transformar as próprias crenças favorecem ao bem estar que a pessoa longeva possa ter

[...] dados de autos relatos afirmam que a qualidade de vida objetiva na velhice não faz parte dos melhores indicadores. As pessoas podem relatar um bem estar positivo, mesmo que suas circunstâncias objetivas de vida sejam negativas (BALTES; SMITH, 2006, p.15-16).

Assim sendo, para os autores, a arte de viver em uma idade longa e bem sucedida consiste em se aplicar novas estratégias. Além de políticas sociais e de saúde preventiva e curativa, as ações psicológicas são de suma importância no manejo da vida.

A teoria foi articulada e testada por mais de 10 anos por Margareth Baltes, Paul Baltes e seus colaboradores, que fundamentam o princípio de que ao longo das etapas existenciais do curso de vida os meios e as metas vão se ajustando, por intermédio de mecanismos de compensação e otimização, que se revela fundamental para uma boa longevidade (BALTES; SMITH, 2006).

Ainda seguindo o pensamento dos autores, nas fases iniciais da vida prevalecem os ganhos e na longevidade predominam a manutenção. Desta forma, deve-se possibilitar ao idoso em idade longa um suporte que o ajudará a manejar com eficácia sua vida, mantendo sua autonomia e buscando preservar a oportunidade de os mais velhos continuarem a participar da sociedade, e minimizar as possibilidades de exclusão social (TEIXEIRA; NERI, 2008; LIMA, 2005; PASCHOAL, 2002). As sociedades que oferecerem as pessoas longevas novas formas de seleção, otimização e compensação são as que mais ajudarão a maximizar os ganhos na longevidade (BALTES; SMITH, 2006).

O envelhecimento bem-sucedido também está relacionado à capacidade funcional. Esta capacidade, por sua vez, está ligada à aptidão de realizar e decidir seu próprio destino. Qualquer pessoa que alcance os 80 anos, capaz de conduzir sua própria vida e determinar quando, como e onde se darão suas atividades de convívio social, lazer e trabalho, com certeza será considerada uma pessoa saudável (BALTES; BALTES, 1990).

Segundo Novaes (2000) durante a idade longa existe uma seleção daquilo que nós devemos fazer e gostamos de fazer. Neste

sentido, os idosos que utilizam os recursos sociais na comunidade estão fazendo tal opção, ou seja, estão participando mais das atividades que gostam e com as quais se identificam como, por exemplo, as atividades físicas, de lazer e de grupos de convivência.

Desta forma, estudos que busquem compreender e intervir sobre a motivação para a prática de atividades físicas adquire cada vez mais importância. As práticas de atividades físicas devem ser consideradas “melhores” se forem consistentes e refletirem as bases/fundamentos da promoção da saúde e a compreensão do ambiente. Julga relevante, para isso, considerar aspectos como valores, objetivos e a ética promocional da saúde, teorias e crenças, evidências e a adequação/compreensão do ambiente (KAHAN; GOODSTADT, 2001, 2005).

Diferentes modelos teóricos da motivação já foram desenvolvidos para esclarecer o comportamento relacionado à adoção ou não de atividades físicas. A Teoria da Autodeterminação (TAD) é uma teoria com base empírica da motivação humana, desenvolvimento e bem-estar. A teoria centra-se em tipos, em vez de apenas a quantidade, de motivação, dando especial atenção a motivação autônoma, motivação controlada, e amotivação como preditores de desempenho relacional. Preconiza que um sujeito pode ser motivado em diferentes níveis (intrínseca ou extrinsecamente), ou ainda, ser amotivado durante a prática de qualquer atividade (RYAN; DECI, 2000).

A TAD propõe que quando as pessoas são motivadas de forma intrínseca, o sujeito ingressa na atividade por vontade própria, diga-se, pelo prazer e satisfação do processo de conhecê-la, explorá-la, aprofundá-la. Comportamentos intrinsecamente motivados são comumente associados com bem estar psicológico, interesse, alegria e persistência. Experimentarão mais interesse e confiança, manifestada no desempenho e na persistência. Já na motivação extrínseca, ocorre quando uma atividade é efetuada com outro objetivo que não o inerente à própria pessoa. O comportamento é regulado por contingências externas, referindo-se às ações controladas, tais como recompensas ou motivações estimuladas por meios externos, mas que podem vir a ser importantes para a pessoa (RYAN et al, 2009; RYAN; DECI, 2007; DECI; RYAN, 2000).

Segundo Wilson, Mack e Grattan (2008), compreender os fatores que motivam a saúde e melhoram a atividade física tem um mérito considerável, dado o papel do comportamento do estilo de vida

no combate às doenças e promoção da qualidade de vida sob a ótica da teoria da autodeterminação. Estudo, realizado por Balbinotti e Capozzoli (2008) sugerem que uma pessoa pode ser motivada em diferentes níveis. A pesquisa verificou os índices motivacionais em seis dimensões: controle de estresse, saúde, sociabilidade, competitividade, estética e prazer. Envolveram (n=300) praticantes de ginástica em academias em Porto Alegre/RS, os resultados indicaram que a dimensão saúde é a que mais motiva. Destacam ainda, que explorar os níveis de motivação para a prática regular de atividade física contribuiu como fonte importante de informação para os profissionais, permitindo um entendimento de como os elementos se integram a fim de que possam criar modelos de orientação e de educação para a prática regular de atividades físicas.

Edmunds, Duda e Ntoumanis (2008) em um estudo longitudinal (10 semanas) utilizando dois estilos de aula (tradicional e a outra baseada na teoria da autodeterminação) com o mesmo professor verificaram que na aula que utilizou a teoria da autodeterminação, aumentou linearmente a percepção de autonomia, a satisfação das necessidades psicológicas e a autodeterminação, resultando numa maior adoção e melhoria do estado de humor.

O estudo realizado em idosos por Meurer, Benedetti e Mazo (2009) envolvendo idosos iniciantes (n=42) de programa de exercícios físicos traz um importante avanço no entendimento da motivação de idosos para a inserção em programas de exercícios físicos por meio da teoria da autodeterminação. Destacam os autores que os fatores motivacionais evidenciados pelos idosos foram: a saúde, o prazer pela prática e a sociabilidade, classificados como sendo de motivação alta ou média. Os fatores motivacionais destacados podem ser classificados como de motivação intrínseca ou como fatores de motivação extrínseca de integração, representando comportamentos autônomos em relação à prática de exercícios físicos.

Desta forma a teoria da Autodeterminação (TAD) permite estabelecer uma visão da motivação, sendo caracterizada por diferentes níveis de autodeterminação (intrínseca, extrínseca e amotivação), que favorece aos profissionais a compreensão da motivação humana considerando as necessidades psicológicas inatas a competência, autonomia e relação. Essas necessidades podem levar à hipótese de que diferentes processos de regulação submetem a diferentes metas associadas à eficácia e bem-estar e que a qualidade do comportamento e

saúde mental está relacionada com diferentes processos de ajustamentos associados aos diferentes graus de satisfação das necessidades humanas (RYAN et al 2009; DECI; RYAN, 2000).

A compreensão e entendimento sobre os fatores motivacionais para a prática regular de pessoas longevas em um programa de atividades físicas é de suma importância para a promoção da saúde e de um envelhecimento ativo. Este fato permitirá avanços nas intervenções, no sentido de se adequar a realidade, interesse das pessoas envelhecidas e acompanhar de forma mais próxima a realidade que estão mais propensas à desistência (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009).

A literatura aponta que fatores podem influenciar a prática de atividades física de forma positiva ou negativa. Quando os fatores facilitam, oportunizam ou viabilizam a prática de atividades físicas, são chamados de “fatores facilitadores”. E quando ao contrário, atrapalham ou dificultam, são consideradas “barreiras”. Estas barreiras são motivos, razões ou desculpas em que o indivíduo apresenta de forma negativa a sua decisão em relação à prática de atividades físicas (MAZO, 2008).

As atividades físicas, educativas ou religiosas, cumprem o papel estimulador de manter a integridade à medida que atuam diretamente no conceito que o idoso tem de si mesmo, diminuindo o foco nas perdas ocasionadas pelo envelhecimento, passando a buscar por meio da autorregulação, a construção e reconstrução positiva do autoconceito (BENEDETTI; LOPES, 2009).

Recursos e as intervenções dificilmente se justificam se não conduzirem ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Esses princípios se tornam cada vez mais relevantes, em vista do acelerado envelhecimento populacional brasileiro (CAMARANO, 2006; KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Envelhecer de forma ativa gera um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para o bem estar biopsicossocial ao longo do curso de vida envolvendo a sociedade. A Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madrid no ano de 2002, aponta para uma mudança cultural e à prática ao definir mudanças dos estereótipos ligados às concepções retrógradas das pessoas. O envelhecimento deve ser valorizado como uma conquista da humanidade que deve ser celebrada.

O Envelhecimento ativo como política de promoção de saúde foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na referida assembleia e assim, a Organização das Nações Unidas incorporou esta

política como uma das estratégias de ação na área do envelhecimento mundial (OMS, 2002). Além disso, um estilo de vida saudável e ativo está relacionado à saúde mental e emocional do idoso (BENEDETTI; LOPES, 2009; MAZO, 2009; FARINATTI, 2008; NERI, 2007b).

Seguindo a mesma linha de raciocínio da OMS, o envelhecimento ativo tem como propósitos a educação para a saúde; engajamento comunitário; desenvolvimento do meio ambiente; e desmedicalização da saúde. É considerada como um processo que permite as pessoas o controle e a gerência de seus problemas. Tratando de pessoas longevas a prioridade depende das necessidades e opções de vida (FARINATTI, 2008).

A OMS adota e incentiva ações que possibilitam às pessoas a envelhecerem com autonomia e independência. Neste sentido, os governos deveriam investir na promoção da saúde dos idosos em ações como: serviços curativos (imprescindíveis para os idosos); tratamento de longo prazo (apoio formal e informal); serviços de saúde mental e bucal (parte integrante do tratamento de longo prazo) e os fatores comportamentais determinantes como maior incentivo à prática de atividade física, alimentação saudável, diminuição no consumo de álcool e de cigarro, assim como o controle do uso de medicamentos (iatrogênese) (OMS, 2002).

Portanto, as iniciativas internacionais, nacionais e municipais que possibilitam o envelhecimento como processo positivo favorecerá a criação de estratégias para promoção de saúde, como por exemplo, a política de saúde por meio de um envelhecimento ativo e a rede social na forma de inserção dos idosos em grupos de participação social contribuindo para a ampliação da rede de relacionamentos e suporte social.

A política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (2005) é um exemplo concreto dessas ações de intervenções, enfatizando que envelhecer bem não é apenas uma questão individual, e sim um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida. A priori, essas iniciativas partem do pressuposto de que, para se envelhecer de forma saudável e bem-sucedida, é preciso aumentar as oportunidades para que as pessoas longevas possam optar por estilos de vida mais saudáveis e, ainda, fazer controle do próprio status de saúde.

Desse modo, o envelhecimento ativo se apresentaria como a "otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais longevas" (OMS, 2005, p.13).

Desta forma, para se almejar um envelhecimento saudável é necessário pensar na interação de múltiplos fatores, dentre eles: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar, independência econômica, entre outros.

A necessidade de promoção de um estilo de vida saudável para pessoas longevas é de suma importância, como a participação em programas de atividades físicas de forma regular e sob orientação profissional. As altas prevalências de inatividade são consequência da baixa porcentagem de idosos inseridos em programas de atividade física (BRASIL, 2009; GONÇALVES et al., 2005). O conhecimento de fatores que conduzem e/ou impeça a realização de atividades físicas necessita ser investigado na área do envelhecimento humano no Brasil, para que possamos adequar nossa realidade (MAZO, 2008; GONÇALVES et al., 2005).

Considerando o conhecimento científico e empírico acumulado até o momento, é possível afirmar que envelhecer não é sinônimo de doença e inatividade, apesar das crenças e atitudes negativas sobre a longevidade, que ainda permanecem hegemônicas em alguns contextos culturais, sobretudo entre as sociedades ocidentais. Desse modo, há novos valores e conceitos em construção e que são difundidos em diferentes contextos do mundo, com economia cada vez mais globalizada (NERI, 2006; BOSI, 2005; BEAUVOIR, 1990). Assim sendo, observa-se que na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a idade longa como uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida.

A fim de alcançarmos os objetivos deste estudo, a partir dos saberes leigos (senso comum) e científicos, possibilitarão compreender a pessoa longeva no que se refere à prática de atividades físicas. A fundamentação teórica embasada na teoria de otimização seletiva e compensatória de Baltes e Baltes (1990), na Teoria da Autodeterminação (TAD) de Ryan e Deci (2000) e na proposta de envelhecimento ativo da OMS (2002) possibilitarão evidenciar os fatores influenciadores à adoção à atividade física que contribuem para

a construção de alternativas válidas de intervenção na promoção de saúde e de bem estar da pessoa longeva.

1.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS

1.3.1 Pessoas longevas

Para este estudo, foram consideradas pessoas longevas os idosos com idade cronológica de 80 anos ou mais. Utilizou, portanto, a mesma nomenclatura e definição de outros estudos, como os realizados na cidade de Veranópolis/RS (CRUZ et al., 2004; MARAFON et al., 2003), em Siderópolis/SC e Santa Inês/BA que também utilizaram a mesma terminologia para a definição de suas amostragens. Todos se basearam nos estudos realizados na cidade gaúcha, que é considerada o município com maior longevidade no Brasil (MOREIRA et al., 2007; XAVIER et al., 2006).

1.3.2 Pessoas longevas Inativas

Foram consideradas pessoas longevas inativas as que não praticavam atividades físicas regularmente e que gastavam menos de 150 minutos semanais de atividades físicas por semana (MARSHAL; BAUMAN, 2001).

1.3.3 Pessoas longevas Ativas

Foram consideradas pessoas longevas inativas as que não praticavam atividades físicas e que gastavam mais 150 minutos semanais de atividades físicas por semana (MARSHAL; BAUMAN, 2001).

1.3.4 Grupo de Convivências

Local de encontros que favorece trocas de experiências e convívio harmonioso entre os idosos. Geralmente tem como locais de realização salões comunitários de associações, de igrejas, clubes, entre outros. São realizados em parcerias com órgãos governamentais ou não e, segundo Bulsing et al., (2007) possibilita uma socialização, aumenta

laços de amizades e traz muitos benefícios, principalmente na melhora da auto-estima, favorecendo a um novo sentido de vida.

1.3.5 Atividade física

Define-se atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, de maneira voluntária e que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN,1985). Optamos pelo termo atividade física por considerá-lo como um comportamento de saúde, tanto físico como mental, portanto, teremos uma conotação prioritária ao exercício físico e ou atividades físico-esportivas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

2.1.1 Evolução do Envelhecimento Populacional

O envelhecimento demográfico e as alterações epidemiológicas são fenômenos mundiais que vêm ocorrendo nos últimos anos e podem ser explicados pelo aumento gradual da longevidade, juntamente com a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade (BRASIL, 2006^a; WONG; CARVALHO, 2006), como consequência dos avanços na área de saúde (CAMARANO; PASINATO; LEMOS, 2011), adoção de medidas de saúde pública e saneamento básico que foram fundamentais para a redução da mortalidade (KUMON et al., 2009).

Projeções estatísticas sugerem que até 2025 a população idosa mundial atinja cerca de 694 milhões de pessoas. Em 2050 esse valor se aproxime de 2 bilhões, ou seja, mais de 20% das pessoas terão mais que 60 anos, o equivalente a um quinto da população mundial (IBGE, 2007). Será a primeira vez na história que haverá mais pessoas maiores de 60 anos do que menores de 15 anos (LEBRÃO, 2007).

Neste século, o contingente de idosos tende a crescer principalmente, em virtude da diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da expectativa de vida (SANTANA; POUCHAIN; BISSÉ, 2002. Essa redução da natalidade se deve a uma maior instrução das pessoas no que diz respeito ao uso de métodos anticoncepcionais (preservativos e medicamentos anticoncepcionais), a universalização da educação, a intensificação da participação feminina no mercado de trabalho e a difusão do planejamento familiar (BATISTA et al., 2008).

OMS (2005) e a ONU (2002) apontam a magnitude do envelhecimento populacional com relação às pessoas com 80 anos ou mais nas diferentes regiões do mundo. Os dados para o ano de 2050 revelam que esse segmento representará 28,3% da população da América do Norte, seguida da Europa (27,1%) e Oceania (24,2%). A Ásia e a América latina terão praticamente a mesma população de pessoas longevas (18,1% e 18,4%) e a menor projeção será no continente africano com 11%. Andrews (2000) salienta ainda, que para o mesmo período, que a população idosa será de 1,9 bilhões de pessoas no mundo representando mais de um quinto da população mundial.

O mundo está passando por um processo de transição demográfica, sendo o número total de octogenários de aproximadamente 69 milhões, que correspondendo a 1% da população mundial (INOUE; PEDRAZZANI, 2007). Da mesma forma o número de centenários aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145.000 pessoas em 1999 para 2,2 milhões em 2050. Entre 1999 e 2050 o coeficiente entre a população ativa e inativa, isto é, o número de pessoas entre 15 a 64 anos por cada pessoa de 65 ou mais, diminuirá em menos da metade nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas menos desenvolvidas (ANDREWS, 2000).

No Brasil, esse fenômeno populacional vem ocorrendo em ritmo acelerado, Camarano (1999) salienta que a cada ano mais de 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, sendo considerado o segmento populacional que mais cresce em nosso país (MOREIRA et al., 2007). Em 2025, na população brasileira haverá mais de 50 pessoas com 65 anos ou mais, por cada conjunto de 100 jovens menores de 15 anos e em 2045 o número de pessoas idosas ultrapassará o de crianças (WONG; CARVALHO, 2006).

Veras (2001) relata que entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total. A população acima de 65 anos, nas últimas cinco décadas, duplicou e o número de idosos passou de 7 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002, representando um aumento de mais de 400% em quarenta anos (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 e 64 milhões em 2050 (IBGE, 2008b) representando de 19% a 22% da população do país (WERLE, 2009; SANTANA; POUCHAIN; BISSÉ, 2002).

Observa-se que na região Sudeste do país é onde se concentra quase metade (9,4 milhões) das pessoas com 60 anos ou mais, seguida pelo Nordeste (5,1 milhões de idosos) e Sul (3,2 milhões). A região Centro-Oeste (1,2 milhão de idosos) e Norte (1 milhão) reúnem grupos menores nesta mesma faixa etária (IBGE, 2007).

Santana, Pouchain e Bissé, (2002) revelam que o Rio de Janeiro é o estado onde há maior incidência de idosos, com 10,7%, seguido do Rio Grande do Sul (10,5%) e da Paraíba (10,2%). Entre os estados com menor taxa de idosos, aparecem Amazonas (4,9%), Amapá (4,1%) e Roraima (4,0%).

Em Santa Catarina, em 1998, aproximadamente 8% da população residente eram idosos. Em 2008 passou para 11% da população total de moradores de Santa Catarina (BRASIL, 2010).

Destaca-se a seguir, na Tabela 1, a amplitude do envelhecimento populacional do Brasil nos últimos 70 anos e a projeção para o ano de 2020.

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

| Ano | População Total | 80 ou mais | 80 ou mais (%) |
|------|-----------------|------------|----------------|
| 1940 | 41.165.281 | 170.600 | 0,4 |
| 1950 | 51.944.390 | 209.100 | 0,4 |
| 1960 | 70.191.370 | 291.000 | 0,4 |
| 1970 | 93.139.000 | 485.400 | 0,5 |
| 1980 | 119.002.700 | 593.100 | 0,5 |
| 1990 | 146.825.400 | 1.129.600 | 0,8 |
| 2000 | 169.799.100 | 1.832.100 | 1,1 |
| 2010 | 195.394.700 | 3.233.700 | 1,7 |
| 2020 | 217.394.100 | 5.804.100 | 2,7 |

Fonte: Camarano, 2005.

Nota-se que a população com 80 anos ou mais continuará aumentando significativamente. Com base na tabela 1 observa-se que entre 1940 a 1980 este grupo se manteve estável (0,4 a 0,5%), mas a partir de 1990 começa a se ampliar, atingindo em 2010, 3,234 milhão (1,7%). Em 2020, estima-se que chegará a quase seis milhões de pessoas, compondo 2,7% da população total brasileira. Wajngarten, (2007) destaca que o crescimento do índice de envelhecimento dobrou nos últimos 25 anos.

É importante destacar que os resultados de um trabalho do Instituto de Pesquisa Econômica (Aplicada IPEA) apontam que o Brasil terá mais de 55 milhões de pessoas com mais de 60 anos em 2040 e, destas, 13 milhões terão mais de 80 anos (IBGE, 2007).

Pesquisas indicam a evolução da relação idoso/criança, mostrando que a quantidade de idosos vem crescendo mais rapidamente que à proporção de criança. Esta relação com idosos a partir de 60 anos era de 15,9% em 1980, passando para 21,0% em 1991 e atingindo 28,9%, em 2000 (IBGE, 2000). No ano de 2008, para cada 100 crianças

de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Para o ano de 2050, esta relação subirá para 172,7 idosos (IBGE, 2008b).

No período de 1997 a 2007 a população brasileira apresentou um crescimento relativo de 21,6%, sendo que a faixa etária de 60 anos cresceu 47,8%, chegando a 65% no grupo de idosos de 80 anos ou mais (IBGE, 2006). Estudo realizado em 2008 pelo IBGE estima que a população idosa deva exceder a 30 milhões com o passar dos anos, podendo chegar a 13% da população. As projeções apontam que haverá um crescimento ainda maior para as próximas décadas, e este aumento será ainda mais expressivo na população com idade superior a 80 anos (IBGE, 2009).

Baseado no censo 2000 do IBGE demonstra que, no período intercensitário, a população idosa que mais cresceu foi a de pessoas com 75 anos ou mais (49,3%), alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características deste segmento populacional (IBGE, 2003a). Esta informação reforça o que Batista et al. (2008) encontraram em seus estudos, pois identificaram que além dos idosos terem passado dos 65 anos, esses vem atingindo idades bem longevas, como 90 e 100 anos.

No ano de 2005 a população de pessoas longevas representavam 2,4 milhões (WAJNGARTEN, 2007; IBGE, 2007), apresentando um incremento de 246% se comparados os escores totais desta população nos anos de 1980 e 2005 (IBGE, 2006).

O Brasil apresenta um número total de quase três milhões de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, representando 12,8% da população idosa e 1,1% da população total brasileira, com aumento para 9 milhões em 2020 e 14 milhões em 2040 (IBGE, 2010a). As projeções indicam que em 2050 as pessoas longevas serão provavelmente 28% da população idosa brasileira (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008).

2.1.2 Expectativa de Vida no Século XXI

Além da queda da taxa de fecundidade e mortalidade, outros fatores que vem contribuindo para o aumento da expectativa de vida são: os avanços da medicina (como a descoberta dos antibióticos na década de 1940), as campanhas de vacinação, o saneamento básico e as melhorias das condições de vida da população (BORGES, et al., 2000). No ano de 1940 a expectativa de vida era de 45,5 anos e, com o passar

dos anos, a expectativa de vida apresentou um grande avanço, passando para 72,7 anos no ano de 2008 (IBGE, 2008a).

Nesse sentido, Bodachne (1995, p. 08) afirma que “a longevidade é uma conquista humana, consequência dos avanços da ciência e da tecnologia, que colocam ao dispor do homem recursos adaptativos mais eficazes que os naturais”.

A longevidade se faz mais presente nas mulheres do que nos homens. Estudos sobre a mortalidade no Brasil no período de 1991 a 2007 revelaram que o diferencial por sexo, em 1991, era de 7,70 anos, sendo que houve uma discreta diminuição em 2007, passando para 7,62 anos (IBGE, 2008a). “Além das mulheres viverem mais do que os homens, os índices de sobrevivência das mulheres atingidas pelas principais causas de morte é superior a dos homens em quase todas as idades” (HAYFLICK, 1997, p. 92). Os mais expressivos diferenciais por sexo são encontrados nas Regiões Sudeste e Sul, certamente fruto da combinação de efeitos como a maior longevidade feminina e as mortes por causas externas entre a população masculina jovem (IBGE, 2007).

Hayflick (1997) afirma que os homens têm uma propensão de morte de 1,12 a 7 vezes maior do que as mulheres em decorrência das seguintes causas: ataque cardíaco, derrames, câncer, doenças respiratórias, acidentes, cirrose hepática, suicídios, homicídio e AIDS. Uma grande diferença também se aplica às doenças cardiovasculares, que matam quase tantas pessoas quanto todas as outras causas combinadas. A prevenção e o enfrentamento podem reduzir a diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres.

As diferenças interindividuais parecem contribuir muito para a longevidade, pois enquanto algumas pessoas de 70 anos já estão completamente confinadas ao leito, outras com 90 anos permanecem extremamente ativas. Shephard (2003) diz que a magnitude de diferenças interindividuais no status funcional parece aumentar com a idade, no entanto não há um índice objetivo da idade funcional ou biológica de uma pessoa que se correlacione ao seu calendário etário. O envelhecimento humano, portanto, ocorre de forma diferenciada, podendo ter influência genética, psicológica, social, cultural, entre outros (CANÇADO, 2006; SPIRDUSO, 2005; SHEPHARD, 2003; NERI, 2001; HAYFLICK, 1997; WEINECK, 1991).

Em relação aos fatores genéticos e biológicos, Weineck (1991) aponta que o envelhecimento é a soma de todas as alterações biológicas,

psicológicas e sociais que, após atingir certa idade adulta, leva a perda gradativa das capacidades de adaptação e desempenho psicofísico da pessoa. Já para Rigo e Teixeira (2005), o envelhecimento se processa de forma gradativa e lenta e afeta todos os indivíduos, fazendo com que haja alterações biológicas e socioambientais de forma diferenciada. Para Neri (2001), o envelhecimento compreende os processos de modificações no organismo que ocorrem após a maturação sexual, sendo iniciado em diferentes tempos e ritmos e apresentando resultados específicos para cada função do organismo.

Quanto aos fatores psicológicos e sociais, Séguin (1999) afirma que a idade subjetiva refere-se à idade que a pessoa sente ter, seja do ponto de vista mental, físico ou social. Com o avançar da idade, essas alterações psicológicas surgem como novos papéis e situações a serem enfrentadas, porém, o desconhecimento de tais modificações estabelece uma série de dificuldades para a adaptação do ser nessa fase da vida.

À medida que a pessoa envelhece ocorre à perda de papéis e funções sociais, fazendo com que se afaste do convívio de seus semelhantes. Também acontecem perdas afetivas de grande significância (morte ou separação) que podem interferir muito no processo de envelhecimento (RODRIGUES, 2000). Segundo Neri (2007b), ao envelhecer deparamos com novos desafios e atitudes relacionados às mudanças físicas e sociais. Neste contexto, pode-se observar que a aquisição de hábitos mais saudáveis ajuda a atingir a longevidade com mais qualidade.

Rodrigues (2000) aponta três ganhos positivos com o avanço da idade: a liberdade exterior e interior, o tempo ganho e a experiência de vida. Explorar esses ganhos é uma estratégia para que se possam diminuir os efeitos negativos do envelhecimento. É importante que o idoso faça parte de um grupo que possa apoiá-lo a superar dificuldades biopsicossociais decorrentes da longevidade, e umas das opções está relacionada ao lazer (NERI, 2007b, WITTER, 2006). Tais estratégias visam à manutenção da capacidade funcional do idoso, dando-lhe mais autonomia para a realização das tarefas diárias e proporcionando uma melhor qualidade de vida (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009, MAZO, 2009).

2.2 AS PESSOAS LONGEVAS

2.2.1 A Longevidade

Existem várias abordagens para definir e codificar a longevidade. Baltes e Smith (2006) caracterizam essa fase existencial como terceira e quarta idade, a primeira é baseada em parâmetros populacionais e a segunda em parâmetros pessoais. Denomina-se de quarta idade as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. Neste ponto de corte, 50% das pessoas da mesma idade cronológica não se encontram mais vivos em países em desenvolvimento. Rodrigues (2000) também utiliza essa mesma nomenclatura (quarta idade), sugerida por um geriatra chileno, quando aborda o aspecto cronológico para pessoas com 78 a 105 anos.

Para Papalia e Olds (2000) os especialistas em gerontologia denominam de “velhos velhos” as idades de 75 a 84 anos e os “velhos mais velhos” com 85 ou mais. Outra denominação é de Pietro (1986), que designa de senilidade conclamada ou velhice quem tem 70 anos de idade, fase onde se encontra o velho ou ancião no sentido estrito e, de grande velho ou longo, para a pessoa com mais de 90 anos. Alguns psicólogos abordam a maturidade tardia em três novos ramos: idoso jovem (65 a 74 anos); idoso velho (75 a 85 anos) e a manutenção pessoal (acima de 86 anos) (RODRIGUES, 2000).

A longevidade, portanto, para ser definida, depende do ponto de referência da pessoa e ou profissional que atua na área gerontológica. Cleto (2009) salienta que a pessoa saudável ativa pode considerar o início de sua velhice a partir dos 75 anos, quando a idade de aposentadoria foi estabelecida em 65 anos por meio da legislação previdenciária (EUA), aceitava-se essa idade como início da longevidade. Isto define, geralmente, a idade cronológica do ser longo em nossa sociedade. Contudo, as idades funcionais e fisiológicas diferem entre as pessoas e, portanto, não podem ser padronizadas. Na verdade, o que está em jogo é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios.

No mesmo sentido, Papalia e Olds (2000) salientam que alguns gerontólogos se referenciam à idade funcional como aquela que define o funcionamento da pessoa num ambiente físico e social em comparação a outras da mesma idade.

Quanto ao fenômeno da longevidade, Carnes, Olshansky e Grahn (2002) citam três aspectos biológicos que evidenciam este fenômeno: os declínios fisiológicos associados com a reprodução, os parâmetros fisiológicos associados ao envelhecimento (sendo evidenciada uma perda de 80% da capacidade funcional próxima há 80 anos) e as diferenças entre indivíduos jovens e velhos que podem ser distinguidos pelas patologias detectadas.

Camarano, Kanso e Mello (2004) e Manton, Stallard e Tolley (1991) abordam três linhas de pensamento para a longevidade: a primeira é a tradicional, que relaciona a expectativa de vida próxima ao limite biológico (85 anos). Destacam que existem freios biológicos, que limitam a vida humana, e que esses não são afetados pela influencias na mortalidade por causas específicas. Salientam, ainda, que as mudanças no estilo de vida e a adoção de medidas preventivas de saúde são as principais responsáveis pela ampliação da expectativa de vida. A segunda é a visionária, que evidencia os avanços na pesquisa biomédica como um meio de contribuir para o aumento dos limites e a esperança de vida, podendo atingir valores entre 100 e 125 anos, ou entre 150 e 200 anos. A última é a empirista, que afirma não existir um limite para a duração da vida, pois a mortalidade está declinando em função dos avanços da medicina. Sugere que a senescência acarretada pela idade é multidimensional e está associada à doença crônica degenerativa (CAMARANO; KANSO; MELLO 2004; MANTON; STALLARD; TOLLEY, 1991;).

Estudos de Farinatti (2008) revelam que são muitos fatores que contribuem para a longevidade humana evidenciando os fatores genéticos, socioambientais e comportamentais. Os principais fatores socioambientais e comportamentais que influenciam para um envelhecimento saudável e conseqüentemente contribuem para um aumento da longevidade são os hábitos alimentares, a espiritualidade, o humor, o apoio social e o estilo de vida (MIURA, 2011; PATRICIO et al., 2008; FARINATTI, 2008).

Outros fatores que colaboram para o aumento da longevidade são os avanços na área de saúde, como o diagnóstico precoce de doenças, os remédios e as técnicas de medicina mais eficazes (KUMON et al., 2009).

2.2.2 Características da Longevidade

Caselli e Lipsi (2006) em seus estudos identificaram que a longevidade na região da Sardenha (Itália) pode estar relacionada à diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares. Yates et al., (2008) e Motoji, (2006) relatam que a redução da mortalidade por acidente vascular cerebral e câncer no estômago nos longevos vem contribuindo para o aumento da expectativa de vida.

Embora as mulheres sejam mais suscetíveis a contrair doenças incapacitantes, essas estão mais preparadas para enfrentar as doenças do que os homens. Afirmam que a doença que mais se manifesta nas pessoas longevas é a artrite (PERLS et al., 2007).

As mulheres vivem mais que os homens cerca de cinco anos (CAPRI et al., 2008). Um estudo na Grécia salienta esta diferença de gênero, pois dos 489 centenários participantes, 77% eram mulheres. Os pesquisadores destacam que as mulheres que atingiram essa longevidade têm menos autonomia do que os homens, este fato pode estar associado à inatividade e a diferença de massa muscular entre os sexos, que pode contribuir para a mulher atingir o seu limiar muscular mínimo mais rapidamente. Acrescem ainda, que o homem dessa geração sempre foi mais atuante na sociedade do que as mulheres (DIMITRI et al., 2005).

De acordo com Sebastini et al., (2010) o fator genético influencia a longevidade, sendo que 20 a 30% do tempo de vida das pessoas são determinados por componentes genéticos. Já Francheschi et al. (1991), relata que esta população possui características biológicas que os tornam mais resistentes a processos de degeneração, constituindo, assim, uma elite biológica.

É importante destacar que as pessoas longevas, ao atingir essa idade, conseguiram superar a mortalidade infantil, as doenças da era pré antibiótica, além das doenças crônicas degenerativas (CAPRI et al., 2008). É possível chegar à longevidade com uma condição ótima de vida. Em sua pesquisa Dimitri et al. (2005) encontraram centenários gregos relativamente saudáveis, com autonomia e socialmente ativos.

Estudos realizados apontam algumas características similares entre as pessoas longevas. Perls et al. (2002a) sugerem que a longevidade pode estar relacionada às características familiares, pois verificaram registro de ancestrais idosos na maioria dos casos. Capri et al. (2008) acrescentam que esta longevidade pode estar mais

relacionada à ascendência por parte materna. Hayflick (1997) aponta que 87% das pessoas com mais de setenta anos tiveram pelo menos um dos pais ou avós com mesma idade; 48% dos nonagenários e 53% dos centenários tiveram progenitores nessa faixa etária.

Ao lado da influência genética, não pode, entretanto, ser esquecida a ação de fatores ambientais semelhantes para os membros de uma mesma família, como o estilo de vida, hábitos nutricionais e até atividades profissionais parecidas. As pessoas longevas relataram hábitos saudáveis de vida, com realização de atividades físicas, assim como nutrição com dieta hipocalórica, como a dieta mediterrânea rica em azeite de oliva, o que pode também ter contribuído para a sua longevidade, (CHAIM; IZZO; SERA, 2009; DIMITRI et al., 2005; HAYFLICK, 1997).

Perls et al. (2007) e Zeng, (2003) salientam que a capacidade de administrar situações adversas com humor, satisfação pessoal e a estabilidade conjugal são atributos favoráveis a longevidade. Destacam ainda, que a maternidade/paternidade tardia, após 35 ou 40 anos pode também influenciar para se atingir uma idade longeva.

As características do envelhecimento fisiológico dependem significativamente de fatores ligados ao estilo de vida que a pessoa assume desde a infância, principalmente no que diz respeito à ingestão alimentar e à atividade física e ocupacional. Nesse sentido, Leite, (2000) afirma que, apesar das perdas funcionais, orgânicas e mentais, uma pessoa longeva que tenha tido hábitos de vida saudáveis pode vir a ser uma pessoa com autossuficiência para tarefas diárias e com capacidade adaptada para manter relações intelectuais e sociais com o meio que o rodeia.

A manutenção de um estilo de vida saudável como: alimentação balanceada, exercício regular, uso moderado de álcool, abstenção do fumo, controle da pressão arterial, espiritualidade e baixo nível de estresse contribuem para longevidade (YATES et al., 2008; WILLCOX et al., 2008)

A maioria dos efeitos do envelhecimento acontece por imobilidade e má adaptação. Sabe-se que uma contínua atividade intelectual, como a leitura, exercícios de memória, palavras cruzadas e jogo de xadrez contribuem para a manutenção da memória. Além disso, um estilo de vida ativa, como a prática regular de atividade física e uma dieta saudável são regras básicas para a manutenção da memória (CARDOSO; CAVOL; VIEIRA, 2007; MATSUDO, 2001).

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

2.3 PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA E LONGEVIDADE

2.3.1 Benefícios da Atividade Física

A prática de atividade física é um indicador de estilo de vida positivo. Pressupõe-se que a pessoa terá tanto mais saúde e bem-estar quanto mais ele mantém um estilo de vida saudável. Praticar atividade física regular, ter uma alimentação adequada, controlar o estresse, manter relacionamentos positivos e investir em comportamentos preventivos são hábitos de vida fundamentais para se ter qualidade em nossas vidas (NAHAS, 2006; JACOB FILHO, 2006).

A atividade física regular pode beneficiar o tratamento e/ou prevenção de várias doenças como doenças cardiovasculares, vários tipos de câncer, diabetes, osteoporose, artrite, lombalgia, asma, problemas de infecção e imunidade, tabagismo, colesterol/lipoproteínas do sangue, hipertensão arterial, problemas nutricionais, sono, controle de peso e problemas psicológicos; em crianças, jovens, homens, mulheres e idosos (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; SALIN, 2006; MATSUDO, 2002; NIEMAN, 1999).

A melhora da mobilidade é outro benefício da prática regular de atividade física (MATSUDO, 2009, 2002; FIATARONE-SINGH, 1998). Pesquisas apontam que além da melhora da mobilidade, as pessoas idosas praticantes de atividades físicas podem ter benefícios relacionados com o aumento do equilíbrio (ACSM, 2003). Essas melhoras geralmente previnem e ou reduzem o número de quedas e a incidência de fraturas (BARNETT et al., 2006; CHAIMOWICZ, 1997), além de diminuir o risco de lesões e melhorar a autonomia funcional (ACSM, 2003; FLECK; FIGUEIRA JÚNIOR, 2003; FRONTERA; BIGARD, 2002; MATSUDO, 2002). Fiatarone-Singh (1998) acrescenta ainda que a atividade física pode auxiliar na melhora da apneia do sono.

Warburton, Nicol e Bredin (2006) assinalam que praticar atividade física com um gasto energético de 2000 kcal por semana está associada a um aumento de 1 a 2 anos na expectativa de vida e que um gasto energético de 1000 Kcal semanal, diminui o risco de morte por qualquer causa na faixa de 20% a 30%. Além disso, o mínimo de atividades físicas praticadas regularmente aumenta a expectativa de vida, reduz o número de medicamentos prescritos, bem como, as taxas de morbidade e mortalidade (HASKELL et al., 2007; ACSM, 2003; SHEPHARD, 2003;).

A atividade física também gera benefícios psicológicos e sociais, por meio do aumento da independência e autonomia das pessoas idosas, proporcionando melhoras da autoimagem, da autoestima, do contato social e dos prazeres pela vida (ACSM, 2009; ANTUNES et al., 2005; MAZO, 2003; SHEPHARD, 2003;). Outros benefícios estão relacionados a prevenção do declínio cognitivo (TUNA et al, 2009; CHAIMOWICZ, 1997) e diminuição do estresse, depressão e padrões de sono (SPIRDUSO, 2005; SHEPARD, 2003).

Arent, Landers e Etnier (2000) destacam que a atividade física, se praticada regularmente, está associada com melhoras significantes do humor em pessoas idosas, sendo que os efeitos têm sido encontrados com qualquer tipo de atividade física, mas em especial com o treinamento de força muscular, realizado em intensidade leve a moderada.

Há um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento (LANUEZ, F.V.; JACOB, 2008; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001). Embora a prática de atividades físicas não possa interromper o processo biológico do envelhecimento, essa pode minimizar os efeitos fisiológicos deletérios comuns nesta fase da vida (SPIRDUSO, 2005; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001; NIEMAN, 1999). Sendo assim, as pessoas idosas que se mantêm mais ativas fisicamente têm duas vezes mais chances de morrer sem incapacidade se comparados com as pessoas mais sedentárias (MARIN; MATSUDO; MATSUDO, 2008; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Estudo realizado em Londres por Cherkas et al., (2008) com 2.401 gêmeos constatou que o sedentarismo tem um efeito sobre os telômeros leucocitários (LTL) que pode acelerar o processo de envelhecimento. Evidências epidemiológicas permitem concluir que a

atividade física regular é necessária para a melhora da qualidade de vida e promoção da saúde durante o processo de envelhecimento (MATSUDO, 2009; FARINATTI, 2008). Portanto, a adoção da prática regular de atividades físicas é apontada como um dos fatores comportamentais que contribui para um envelhecimento saudável (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; JACOB FILHO, 2006; BOOTH et al., 2000).

Aliada a outros aspectos como hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados à atividade física, podem melhorar em muito a qualidade de vida do idoso que envelhece, proporcionando-lhe uma capacidade física que lhe permita continuar a participar na maioria das experiências enriquecedoras da sua vida, ao nível físico, cognitivo, emocional e social (BRASIL 2006b; JACOB FILHO, 2006; OKUMA, 1998,).

A prática de atividade física regular e moderada é uma das principais bases para a saúde das pessoas longevas, junto à correta alimentação e ao estado emocional equilibrado. Os estudos sugerem que participar em programas de atividades físicas podem, além dos benefícios fisiológicos, gerar efeitos psicológicos positivos, tais como melhora do humor, redução do estresse, aumento da autoestima e esquemas cognitivos que favorecem o raciocínio otimista (TUNA et al, 2009; MORENO; CERVELLÓ; MORENO, 2008).

Dentre os novos hábitos a serem adquiridos, a participação em atividade física regular desempenha importante papel. Está estabelecido que a maior parte dos efeitos negativos atribuídos ao envelhecimento deve-se, na verdade, ao sedentarismo, que leva ao desuso das funções fisiológicas por imobilidade e má adaptação e não estão diretamente relacionados nem ao avançar dos anos ou com o desenvolvimento das doenças crônicas (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; ALVES et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2001; MATSUDO, 2001).

Sabe-se que uma contínua atividade intelectual, como a leitura, exercícios de memória, palavras cruzadas e jogo de xadrez auxiliam a manutenção da memória. Além disso, um estilo de vida ativo que inclua a prática regular de atividade física e uma dieta saudável são regras básicas para a manutenção das funções cognitivas e plena autonomia (RODRIGUES; RISK, 2003).

O envelhecimento favorece a implantação de um quadro de perdas e incapacidades a pessoa longeva sedentária, mas a atividade física contribui diretamente para a manutenção e incremento das

funções do aparelho locomotor e cardiovascular, amenizando os efeitos do desuso, da má adaptação e das doenças crônicas, prevenindo parte dessas perdas e incapacidades (JACOB FILHO, 2006; SINGH, 2002).

A prática de atividade física, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física da pessoa longeva, seja na sua vertente da saúde como nas capacidades funcionais (Alves et. al., 2004). Quando realizada de forma sistemática diminui a intensidade e a velocidade de implantação de disfunções musculoesqueléticas, neuromusculares e cardiopulmonares decorrentes do envelhecimento do organismo (SALIN, 2006).

2.3.2 O Programa de Atividade Física

Um programa de atividade física para todas as faixas etárias exige responsabilidade do instrutor, objetivos preestabelecidos, planejamento e espaços físicos adequados, principalmente quando se trata da população idosa, que geralmente possui mais limitações no que se refere à carga de trabalho e intensidade dos exercícios. Ainda se deve estar atento à exaustão e cuidados ortopédicos. Os idosos também são mais sensíveis às mudanças de temperatura, podendo haver hipo ou hipertermia (BENEDETTI, 2004, OSA; KAUFFMAN 2001; NÓBREGA et al, 2000).

A recomendação para idosos, segundo Nelson, et al. (2007) é similar à preconizada pela American College of Sports Medicine (ACSM) e American Heart Association (AHA). Estas instituições recomendam que a intensidade de atividade aeróbica deva levar em consideração a aptidão aeróbica do idoso e indicam atividades que mantêm ou melhoram a flexibilidade e exercícios de equilíbrio como prevenção aos riscos de quedas. As atividades físicas devem integrar recomendações preventivas e terapêuticas, devem enfatizar a atividade aeróbica de intensidade moderada, o fortalecimento muscular, a redução do comportamento sedentário e a administração de riscos.

Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001) destacam que as atividades mais estimuladas são as atividades aeróbicas de baixo impacto e preferencialmente o exercício com pesos, para estimular a manutenção da força muscular dos membros superiores e inferiores, que deve ser prioritárias no idoso. Da mesma forma, o equilíbrio e os movimentos corporais totais devem fazer parte dos programas de atividade física para pessoa idosa. Sugerem ainda, que a atividade física

regular e o estilo de vida ativo tenham um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente aquelas que se constituem na principal causa de mortalidade: as doenças cardiovasculares e o câncer.

Defendem ainda Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001), que atividade física influenciará também de forma positiva na mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. É importante enfatizar, no entanto, que tão importante quanto estimular a prática regular da atividade física aeróbica ou de fortalecimento muscular, também são as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo no dia-a-dia da pessoa idosa, fundamental para um envelhecimento com saúde e qualidade.

De acordo com Shephard (2003), se uma pessoa permanecer com boa saúde, é difícil que ela demonstre perda de função cognitiva antes dos 80 anos de idade. Assim sendo, as pessoas longevas devem participar de um programa de atividades físicas, pois este contribui para manutenção da função cerebral, favorecendo para realização de suas AVDs.

Algumas hipóteses sugerem que o desenvolvimento da aptidão física melhora o processo de controle de execução, mais precisamente sobre a capacidade de planejamento, agendamento, coordenação de tarefas, inibição e memória (KRAEMER; FLECK; EVANS 1996). Entretanto, a associação entre aptidão física e cognição dependerá da tarefa a ser executada, sendo observada com mais frequência naquelas que exijam um processo cognitivo rápido, ou com algum grau de dificuldade, do que em tarefas automáticas ou autocontroladas (MATSUDO, 2001).

Matsudo (2000) correlacionou à atividade física e o índice das funções cognitivas, verificando que o tempo de reação e a memória estão associados com a mobilidade física. A memória relaciona-se também com o componente social da qualidade de vida, revelando que o exercício e a aptidão física têm um efeito positivo na cognição e que este depende do tipo de exercício, dos participantes, dos testes cognitivos e da qualidade do estudo. Desta forma, é possível inferir que a atividade física realizada durante um considerável período de tempo produz ganhos na aptidão física e pode ser útil na manutenção da memória.

Também é importante salientar que, devido às influências multifatoriais do envelhecimento, as alterações nos reflexos de proteção

e controle do equilíbrio prejudicam a mobilidade corporal. As pessoas idosas que buscam fazer uso da prática regular de atividade física propiciam ao organismo uma diminuição ou desaceleração da velocidade do espiral descendente, a qual implica em suscetibilidades diante dos problemas que envolvem a mobilidade. A saúde das estruturas ósseas implicará na manutenção da mobilidade articular. As fraturas ósseas, ao contrário do que se pensa, não estão ligadas somente à osteoporose, mas também ao desgaste ósseo das articulações que afeta diretamente a mobilidade articular (LANUEZ; JACOB FILHO, 2006; NETTO, 2004).

A revisão efetuada por Matsudo e Matsudo (2001) apontam como aspectos positivos da relação entre atividade física e o processo de envelhecimento a melhora do autoconceito, da autoestima e da imagem corporal, diminuição do estresse e da ansiedade, melhora da tensão muscular e do sono, diminuição do consumo de medicamentos, melhora das funções cognitivas e da socialização. Como função cognitiva entende-se as fases do processo de informação tais como: percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigília, raciocínio e solução de problemas. O funcionamento psicomotor abrange também tempo de reação, tempo de movimento e velocidade de desempenho.

Um trabalho educativo a partir de atividades físicas em pessoas longevas deve estabelecer relações com o lazer, a cultura, o esporte, a ciência e o turismo e ter compromissos com as grandes questões contemporâneas como a inclusão e o combate à exclusão social, a promoção de saúde, convivência com a diversidade e o ambiente e a educação para a cidadania.

O governo e a sociedade devem se preocupar com a saúde da população idosa e conscientizar de que a prevenção de doenças é a melhor saída para uma melhor qualidade de vida e promoção de um envelhecimento ativo e bem sucedido, visto que a expectativa de vida passou de 33,7 anos, no início do século passado, para 72,5 anos, (BENEDETTI; LOPES, 2009).

A Carta Brasileira de Educação Física salienta que o profissional da Educação Física deverá lançar mão de todos os meios formais e não-formais (exercícios, ginásticas, esportes, danças, atividades de aventura, relaxamento, entre outros) para educar o ser humano para a saúde e um estilo de vida ativo, (CONFEEF, 2000).

Quando se pensa em um programa de atividades físicas, é necessário antes um estudo adequado sobre as necessidades da

comunidade alvo. Um programa para pessoas longevas deve se preocupar com a manutenção de suas potencialidades para uma plena atuação na sociedade. É preciso fazer um trabalho de suporte que permita que essa faixa etária continue a ser autônomo e ativo junto a seus familiares e à comunidade, mesmo que apresentem idade bem avançada ou tenham alguma doença crônica e degenerativa.

Safons (2007) destaca que um programa deve se preocupar em preparar as pessoas idosas para a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente para ser fisicamente ativas. Mazo (2008) destaca que manter os idosos ativos é trazê-los para a convivência social, onde possam conversar, trocar experiências, praticar atividades físicas, minimizar o isolamento social e, acima de tudo, proporcionar-lhes qualidade de vida. É preciso educá-las para saber que podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países, mesmo estando aposentadas, mesmo com alguma doença ou alguma necessidade especial (SAFONS, 2007).

Para Okuma (2004) uma proposta pedagógica de atividades físicas para idosos deve situar seus objetivos para além das questões da aptidão física e da saúde, que são colocadas como meios e não como fins. O foco real da proposta deve ser “o desenvolvimento do ser idoso” e para este trabalho sugerem-se sete princípios que têm por base uma educação, que abra para o aluno idoso um leque de perspectivas para: o autoconhecimento, autonomia, aprendizado contínuo e atualização, descoberta de competências, responsabilidade, usufruto do meio ambiente, a fruição e prazer.

Em seus estudos Benedetti; Gonçalves e Motta (2007) revelam a existência de programas de atividade física para idosos. Na Inglaterra existem “Pessoas saudáveis”, no Canadá o “Viver ativo”, em Portugal o “No Porto a vida é longa”. Esses programas são oferecidos pelos órgãos governamentais locais e que têm como objetivo promover a saúde dos idosos por meio da prática de atividade física. Retratam ainda, que as pesquisas sobre programas europeus de atividades físicas para idosos estão vinculados à secretaria da assistência social ou do desporto das prefeituras municipais, como parte de ações de políticas públicas de lazer e saúde. As prefeituras oferecem programas de atividade física para os idosos pela sua alta demanda. No início as atividades eram oferecidas de modo assistemáticas, apenas como ocupação do tempo

livre, mas gradativamente se tornaram programas contínuos e regulares (BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004).

Para Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004) no Brasil os programas de atividades físicas oferecidos aos idosos normalmente são iniciativas isoladas de universidades, associações, grupos de convivência e organizações não-governamentais. Poucas prefeituras incluem em sua política, como prioridade, a criação de programas de atividades físicas para idosos.

Observa-se esse crescente número de programas de atividade física para pessoa idosa nos diferentes segmentos da comunidade, como por exemplo, os Grupos de Convivência de Idosos, que acontece junto ao Serviço Social do Comércio - SESC, nas universidades, nos centros comunitários, clubes, academias, igrejas e outros lugares (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009). O SESC foi o responsável pelos primeiros grupos de atividades físicas voltados para o público idoso no Brasil, na década de 60 (LIMA, 2001).

Vários programas foram criados para idosos nestas últimas duas décadas. As universidades implantaram em forma de projetos de extensão, desenvolvendo ações diferenciadas que favorecem aos participantes novos conhecimentos, oportunidades de estudo, relação interpessoal, social e intergeracional (BENEDETTI, LOPES, 2009). Esses programas têm oferecido oportunidade de práticas supervisionadas envolvendo atividades e exercícios físicos, esportes, recreativas e de lazer. Busca também, a satisfação da pessoa idosa, manutenção da saúde e tem possibilitado a prática de modalidades esportivas e corporais a todos idosos que nunca tiveram oportunidades de realizá-las no transcorrer de suas vidas.

No estado de Santa Catarina existem alguns programas como em Florianópolis-SC, como por exemplo, o Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina (NETI), o Grupo de Estudos da Terceira Idade da Universidade do Estado de Santa Catarina (GETI) e o FloripAtiva que é oferecido pela prefeitura municipal. Em outros municípios catarinenses também são desenvolvidos programas de atividades físicas voltados à população idosa, por meio de suas prefeituras, como é o caso do Exercite-se Beira-Mar e Mexa-se da cidade de São José, além do programa Exercitando a Melhor Idade em Joinville (SALIN, 2006).

Há ainda vários programas promovidos pelas universidades federais, estaduais ou particulares em Santa Catarina e no Brasil, com o

objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Um exemplo é o trabalho realizado no Centro de Desportos da UFSC, o segundo implantado nas universidades brasileiras, que teve início, em agosto de 1985, e tem grande aceitação pela comunidade (BENEDETTI; LOPES, 2009).

As atividades preventivas e reabilitadoras no âmbito da Educação Física e Fisioterapia, realizadas nas unidades de saúde são imprescindíveis para manter ou resgatar a autonomia dos idosos, e têm grande impacto na saúde dessa população (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009).

Matsudo et al. (2004) em um estudo longitudinal de 4 anos envolvendo 82 mulheres com média de 68,9 anos retratam o papel dos programas de atividade física na prevenção e promoção de saúde. Os programas permitem aos cidadãos em geral, e às mulheres de forma específica, alcançar essa fase da vida com melhores condições funcionais e físicas, e atuam como uma defesa aos efeitos naturais do envelhecimento.

Na Cidade de Curitiba (PR) foi realizado um estudo com idosos (n=125) buscando analisar a tendência dos estados depressivos e sua relação com a prática da atividade física. Os resultados evidenciaram que a tendência à depressão fez parte daqueles que não realizavam atividades físicas (BORGES; RAUCHBACH, 2004). A Educação Física pode constituir-se em um importante aliado para a promoção da saúde e da funcionalidade física dos idosos. Conforme Neri (2001), os baixos níveis de saúde na velhice associam-se com altos níveis de depressão e angústia e com baixos níveis de satisfação de vida. Ainda salienta que, as dificuldades do idoso em realizar as atividades da vida diária são devido a problemas físicos, que ocasionam dificuldades nas relações sociais com outras pessoas e na manutenção da autonomia, trazendo prejuízos à saúde emocional.

Recomenda-se, portanto, para pessoas longevas, práticas de atividades físicas leves e moderadas, supervisionadas e que estimulem os idosos a envolver-se em programas de atividades físicas. Deve-se buscar a manutenção e recuperação das funções vitais do organismo que auxiliam as funções neurocerebrais e músculo-esqueléticas (NETTO, 2004; SALIN, 2006).

Sugere-se como atividades físicas que devem ser mais estimuladas para as pessoas longevas nos programas de intervenção a atividade aeróbica, força, resistência, flexibilidade, equilíbrio; sendo

recomendada a prescrição de atividades de baixo impacto, como a caminhada, natação, hidroginástica, remo, subir e descer escadas, dançar, yoga, tai chi chuan entre outras. (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; MATSUDO, 2009; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

2.3.3 Envelhecimento Ativo na Longevidade

Okuma (1998) aponta a atividade física como essencial para ampliar o conhecimento do corpo, especialmente no caso dos idosos; entre os benefícios, pode-se citar o reconhecimento dos limites e especificidades do corpo envelhecido. Salieta ainda, com base em seus estudos, que o exercício físico pode auxiliar a autoestima, eficácia e percepção de si, sendo importantes fatores na reestruturação da imagem corporal. Balestra (2002) relaciona a atividade física às melhoras na percepção da imagem corporal em idosos, identificando-a como uma importante aliada para melhor compreensão por parte dos idosos sobre suas individualidades fisiológicas, psicológicas e sociais.

Matsuo et al. (2007) realizaram uma pesquisa para avaliar e comparar a imagem corporal de idosas praticantes (n=15) e não praticantes (n=17) de um programa de Educação Física. Pelos resultados, é possível notar uma diferença significativa entre os dois grupos quanto à silhueta atual. Apontaram que as idosas não praticantes de atividades físicas podem estar mais sujeitas à influência de estereótipos sociais, e apresentaram mais severamente os declínios biológicos comuns do envelhecimento. Federici (2004) em um estudo similar verificou além de uma melhor percepção do envelhecimento, modificações positivas na imagem corporal de idosos após frequentarem um programa de atividades físicas.

Outro estudo realizado por Roie et al. (2010) envolvendo 180 idosos sedentários distribuídos em três grupos (controle, exercícios supervisionados e não supervisionados) apontou que a supervisão dos exercícios físicos promove melhores ganhos na aptidão da força e capacidade funcional. Hernandes e Barros (2004) também encontraram o mesmo resultado com uma amostra de 20 idosos (61 e 77 anos) e ainda acrescentam como resultante sua pesquisa o fortalecimento da relação positiva entre a prática de atividade física e a melhoria em capacidades físicas e funcionais.

Existe uma forte associação do envelhecimento ativo, nas idades longevas, com indicadores de autonomia e mobilidade física (GIATTI; BARRETO, 2003). Uma pesquisa longitudinal (8 anos) realizada por Fujiwara et al. (2003) com idosos (n=814) na zona urbana do Japão constatou que o nível de envolvimento social e atividade intelectual pode influenciar na incapacidade funcional, bem como pode prever uma futura inaptidão na realização das atividades da vida diária pelos idosos longevos. Outro estudo com idosas (n=226) relacionou a fadiga contínua ou dificuldade entre 75 a 80 anos a um significativo aumento do risco de declínio funcional e mortalidade entre os 80 e 85 anos de idade (AVLUND; PEDERSEN; SCHROLL, 2003).

A qualidade do sono também está relacionada à prática de atividades físicas. Li et al. (2004), estudando idosos praticantes de Tai-chi em sessões de 60 minutos, também observaram um efeito positivo sobre a qualidade de sono e constaram que o exercício físico pode ser utilizado como um método não farmacológico de promover a qualidade de sono na longevidade. O mesmo resultado foi encontrado por Borges (2006) ao avaliar mulheres (n=92) com 60 e 98 anos; verificando que o aumento do nível da atividade física pode proporcionar um melhor desempenho na vida diária, mantendo e ou melhorando a capacidade funcional e a qualidade de sono. Morgan (2003) evidenciou uma elevada associação entre idade longeva e o risco de insônia. O nível de atividade física habitual parece ser um protetor contra a insônia na velhice.

Entretanto, o envelhecimento não é e não pode ser entendido como sinônimo de incapacidade funcional, visto que podemos encontrar mulheres acima de 85 anos citando não ter dificuldades em realizar as atividades da vida diária (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Com o envelhecimento populacional manter o potencial das pessoas longevas é fundamental. Há um consenso que programas de atividades físicas e exercícios físicos supervisionados contribuem muito para a promoção da saúde. Um envelhecimento ativo promove um estilo de vida saudável. Vale ressaltar que no envelhecimento são necessários estímulos diferenciados para fazer com que a pessoa envelhecida se interesse por práticas corporais (RAUCHBACH, 2001).

A legislação brasileira o artigo específico da Lei nº 8.842/1994 – art. 10 – inciso VII, destaca a relação à atuação do poder público quanto "ao incentivo e à criação de programas de lazer, esporte e

atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade" (BRASIL, 2008).

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para todos. Fomentar intervenções de práticas de atividade física é uma meta a ser atingida por órgãos governantes ou não governamentais. É preciso educá-las para saber que podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países, mesmo estando aposentadas ou mesmo possuindo alguma doença ou necessidade especial.

Recomenda-se a prática de atividades físicas leves e moderadas, supervisionada e que estimule os idosos a se envolver em programas de exercícios e atividades físicas. Deve-se buscar a manutenção e recuperação das funções vitais do organismo que auxiliam as funções neurocerebrais e musculoesqueléticas (NETTO, 2004).

O programa de atividade física deve contribuir de maneira fundamental para a manutenção da independência e a autonomia em uma forma ampla, contribuindo para que a pessoa longeva continue a manter o controle sobre sua vida e possa exercer sua função de cidadão presente e atuante. O programa, portanto, deve ser um fator de qualidade de vida para as pessoas longevas.

Considera, portanto, que a manutenção de um estilo de vida ativo durante o curso da vida, sobretudo na fase longeva da vida, traz benefícios que não se restringem aos campos psicofuncional e mental das pessoas longevas, mas também contribuem na dimensão social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2009; ZAITUNE et al., 2007; NIEMAN, 1999), reduzindo os efeitos do processo natural do envelhecimento e melhorando de uma forma geral a qualidade de vida (MATSUDO; MATSUDO; MARIN, 2008; CARNES; OLSHANSKY; GRANH, 2003;) e reduzindo riscos e prevalência de morte prematura (HASKELL, 2007).

2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

2.4.1 A Participação do Idoso

A relação entre a prática de atividade física, envelhecimento ativo, qualidade de vida e a promoção, é cada vez mais discutida e analisada por profissionais da área da saúde (FARINATTI, 2008, OKUMA, 1997). A atividade física contribui para o aumento da funcionalidade física do cotidiano, prevenindo a incidência de doenças crônicas e controlando, que reflete em uma condição de bem estar e a inserção no contexto social (OKUMA, 2005).

Em 1994, Caspersen et al. compilaram informações de cinco grandes levantamentos realizados na população do sexo masculino maior de 65 anos na Inglaterra, Estados Unidos e Holanda. De acordo com as pesquisas, a caminhada foi uma das atividades mais realizadas, variando de 38% a 72%, seguida pela jardinagem, que foi prevalente entre 37% e 67%. Já atividades como correr, trotar, jogar tênis e golfe, entre cada dez idosos apenas um a realiza. Outro estudo envolvendo 2.783 homens e 5.018 mulheres maiores de 65 anos de idade, realizados em 1990 nos Estados Unidos, apontou uma participação em atividade física regular no tempo livre de 37% no sexo masculino e 24% no feminino. Mais uma vez a caminhada foi à atividade mais praticada, com 69% dos homens e 75% das mulheres praticantes, e a jardinagem a segunda mais praticada, com 45% dos homens e 35% das mulheres (YUSUF et al., 1996).

O nível de conhecimento em relação ao novo padrão da atividade física para a promoção da saúde mostrou ter um comportamento diferente de acordo com o sexo e o local analisado (ANDRADE et al., 1999). De acordo com ACSM o novo paradigma da atividade física para a promoção da saúde recomenda que as pessoas devam realizar atividade física de intensidade moderada, por pelo menos 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, de preferência todos, de forma contínua ou acumulada (NELSON et al., 2007).

Matsudo et al. (2002) identificaram que em pequenas cidades do estado de São Paulo, o padrão de conhecimento sobre o novo paradigma da atividade física foi positivo em 32% da população

feminina e em 35% da masculina. De forma similar, 36% das mulheres e 31% dos homens consideraram que a atividade física deveria ser feita de três a quatro vezes por semana e por mais de 30 minutos por sessão. Na Região Metropolitana e grandes cidades deste mesmo estado, o padrão foi relativamente melhor: praticamente 40% das mulheres e 51% dos homens responderam de acordo com o novo paradigma.

Destacam os autores que os dados mais interessantes foram encontrados na relação entre o nível de conhecimento e o nível de atividade física da população idosa. Nos dados das cidades mais populosas, menos de 23% daqueles que tinham conhecimento do novo paradigma praticavam atividade física de acordo com essas novas recomendações. Entre 25% (sexo masculino) e 32% (sexo feminino) deles eram irregularmente ativos, enquanto 48% das mulheres e 53% dos homens eram sedentários. Nas cidades menores, os dados são mais preocupantes: somente 14% das pessoas que têm conhecimento do novo paradigma praticam atividade física de acordo com estas recomendações. No sexo feminino, 34% eram irregularmente ativas e 41% sedentárias. No masculino, 25,2% eram irregularmente ativos e praticamente 40% sedentários (MATSUDO et al., 2002).

Estes dados corroboram a premissa de que o nível adequado de conhecimento não necessariamente reflete em um envolvimento regular com atividade física de acordo com os novos paradigmas. Assim, a promoção da atividade física nesta população deveria enfatizar não somente o incremento no nível de conhecimento, mas também as estratégias para superar as barreiras, o que facilitaria a adoção de um estilo de vida ativo. As evidências epidemiológicas, portanto, apontam para um decréscimo do nível de atividade física com o aumento da idade cronológica, tornando o sedentarismo um fator de risco de morbidade e mortalidade durante o processo de envelhecimento (MAZO, 2008; FARINATTI, 2008; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

A prática habitual de atividade física é caracterizada como importante componente do estilo de vida associado à promoção da saúde e a qualidade de vida da população idosa. A partir do momento que o idoso começa a participar de um programa de atividade física, pode-se identificar um passo significativo para uma mudança positiva de atitude (MAZO, 2008; NERI, 2007B; AMARO; JOHAN; MEIRA, 2007).

Apesar da veiculação na mídia de conhecimento evidenciando a importância das atividades físicas na manutenção e na busca destes benefícios, ainda não parece ser suficiente para sensibilizar a maior parte da população a participar de maneira regular desses programas de atividades físicas.

Porém, são necessários esforços por parte dos gestores e professores do programa para evitar o abandono, uma vez que há registros de desistência significativamente altos nos programas de exercício físico, especialmente, nos primeiros três a cinco meses (CARDOSO et al., 2008; RAMOS, 2001;).

As estatísticas apontam que cerca de 50% dos praticantes que iniciam um programa de exercício, abandonam definitivamente nos primeiros seis meses (BERGER, PARGMAN; WEINBERG, 2002). Em idosos é crescente o número dos que não participam de nenhum tipo de atividade física. A taxa de participação de idosos em programas de atividade física regular ainda é muito baixa (KOLT; DRIVER; GILES, 2004), sobretudo em pessoas longevas (LOLAND, 2004).

A participação de pessoas longevas em programas de atividade física nem sempre é uma decisão fácil, devido à desmotivação causada por alguma patologia ou alguma alteração no seu estado fisiológico (MOSCHNY et al., 2011; SOUZA; VENDRUSCULO, 2010; VIEIRA, 2004), sendo assim, é importante e necessário motivá-los para a melhora da qualidade de vida e da saúde dos idosos, mesmo com limitações (ZAMARIM et al., 2008; LANUEZ; JACOB FILHO, 2006).

Apesar dos benefícios sociais e fisiológicos decorrentes da prática de exercícios, a inserção e adoção de pessoas longevas a um programa de atividade física e ou esportiva ainda é restrita. Existem fatores que influenciam essa adoção e é importante que eles sejam identificados. Esse é o primeiro passo para que se possa intervir sobre eles e desse modo diminuir a restrição social, os riscos à saúde associados à inatividade e o sedentarismo (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009; OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007;).

2.4.2 Fatores Influenciadores para não Adoção à AF

A literatura nos mostra a existência de fatores que influenciam a prática de atividades físicas de forma positiva ou negativa. Quando estes fatores facilitam, oportunizam ou viabilizam a prática de

atividades físicas, são chamados “fatores facilitadores”. Ao contrário, quando atrapalham ou dificultam, são consideradas “barreiras”, são os motivos, razões ou desculpas declaradas pelo indivíduo que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão para a prática de atividades físicas, e podem advir da realidade objetiva ou subjetiva, ser fator abstrato ou material. A todo tempo e lugar é possível encontrar fatores que podem ser percebidos e utilizados como motivos de resistência e ou desistência, sendo assim é importante promover debates para melhor intervir. (MAZO, 2008; OKUMA, 2005; MOTA; SALLIM, 2002).

As barreiras podem ser reais ou percebidas e podem representar uma significativa influência negativa para a adoção à prática de atividade física pelas pessoas longevas. Wilcox, Tudor-Locke e Ainsworth (2002) apontam como barreiras o estado de saúde, o medo de quedas e das suas consequências, a falta de motivação ou de força de vontade. A falta de tempo é a barreira, em geral, mais citada pelos adultos. Para os idosos, o tempo não seria uma barreira, pois, com a aposentadoria, possui mais tempo livre. Essa falta de tempo pode estar associada aos problemas de saúde, tornando-se uma barreira para a atividade física.

Okuma (2005) destaca que mesmo sendo modestos os estudos sobre barreiras à atividade física para idosos, dentre as mais estudadas encontram-se as ligadas a fatores pessoais e ambientais. Os fatores pessoais estão ligados às variáveis sociodemográficas, cognitivas, psicológicas e o histórico pessoal da atividade. Por outro lado, as ambientais estão relacionadas ao ambiente físico e social. Segundo a autora, o maior foco de estudo está relacionado aos fatores pessoais.

Wilcox e King (2004) encontraram a influência negativa das perdas interpessoais para a desistência e a participação de idosos em programas de atividades físicas, principalmente em aquelas atividades realizadas fora de casa e especialmente nas mulheres. Da mesma forma, Guralnick et al. (2003) citam que as barreiras para a prática de exercício físico estão vinculadas aos hábitos e preferências das atividades, o impacto afetivo, as dores e limitações funcionais. Cohen-Mansfield, Marx e Guralnik (2003) e Cassou et al. (2008) acrescentam ainda como barreiras, o suporte social, falta de companhia para se exercitar, tipo de exercício ou programa oferecido, acessibilidade ao local de prática e conhecimento das facilidades e das aulas.

Pesquisa de Moschny et al., (2011) envolvendo pessoas com idade entre 72 a 93 anos de idade (n=1.607) também afirmaram que as três barreiras mais citadas foram problemas de saúde (57,7%), falta de companhia (43,0%) e falta de interesse (36,7%). Ainda alegaram que a falta de oportunidades para praticar esportes ou atividades de lazer e a falta de transporte.

Diferentes estudos apontam também a falta de percepção de competência (CROMBIE et al., 2004) e a presença de doenças e limitações físicas (NASCIMENTO et al., 2008; CASSOU et al., 2008; NEWSON; KEMPS, 2007) como barreiras para a prática de atividades físicas.

Estudo realizado por Andrade et al. (1999) envolvendo (n= 2.000) pessoas com mais de 50 anos encontraram como barreiras mais frequentes para ambos os sexos em cidades pequenas do interior do Estado de São Paulo a falta de material didático adequado, necessidade de repouso, falta de local, falta de clima adequado e falta de habilidade. Quando analisaram as barreiras na capital e nas cidades da região metropolitana encontraram que as barreiras mais frequentes foram: falta de equipamento específico, falta de tempo, falta de conhecimento, medo de lesão e necessidade de repouso. Foi claramente evidenciado que as barreiras diferem segundo o sexo e o tamanho da cidade, como também estão ligadas à condição de saúde e à vontade de cada pessoa.

Seeman et al. (2001) em sua pesquisa evidenciaram que os homens praticavam mais atividades físicas do que mulheres, as quais relataram mais envolvimento com as redes de contatos sociais. Nas análises comparativas da atividade física como variável categórica feitas no experimento de Ribeiro et al. (2009) verificou-se que 43,18% dos homens relataram praticar atividades físicas diariamente e que somente 15,32% das mulheres fazem essa atividade.

Também Satariano, Haight e Tager (2000), pesquisando 2.046 pessoas com mais de 55 anos encontraram em seus resultados que as mulheres apresentaram ter mais barreiras para a prática do que os homens e as razões médicas contribuem com o aumento da idade. As diminuições na velocidade de andar e sintomas de depressão figuram entre as razões não médicas citadas como obstáculos em homens e mulheres.

Um estudo de Aartsen et al. (2002) acompanhou por 6 anos 2.076 indivíduos residentes em Amsterdam na Holanda, todos com idade entre 55-85 anos, e ao avaliarem a participação desses em

atividades como serviços religiosos, associações de bairros, organizações de ajuda aos outros, cursos educacionais, esportes e atividades de lazer, constataram também uma significativa diminuição da participação dos idosos nas atividades com o passar dos anos.

O nível de escolaridade também foi evidenciado como barreira, pois Scarmeas et al. (2001), acompanhando durante sete anos 1.772 americanos com idade igual ou superior a 65 anos, encontraram relação estatisticamente significativa entre escolaridade e participação de idosos em atividades de lazer. Dessa forma, os indicadores sociais (renda e escolaridade) são vistos como determinantes importantes no estilo de vida. Kampuis et al, 2009 e Hallal et al. (2003) também relataram que o estado socioeconômico influencia a adoção de prática de atividade física.

Entre as primeiras cinco barreiras para a prática da atividade física nas mulheres foram citadas: a falta de companhia, a falta de interesse (mais comum nas mulheres de 65 a 74 anos), a fadiga, problemas de saúde e a artrite. Nas mulheres maiores de 75 anos de idade problemas de saúde e funcionais, como medo às quedas, foram as principais barreiras mencionadas (SATARIANO; HAIGHT; TAGER, 2000). Esses dados são similares aos já previamente reportados por Moschny et al , (2011) na Alemanha e Eiras et al, 2010 em Curitiba, Paraná. Desta forma a promoção da atividade física na terceira idade deve levar em consideração a falta de companhia e a falta de interesse, principais barreiras citadas, no momento de estabelecer políticas de saúde pública.

As barreiras para a prática de atividade física regular na terceira idade são superáveis e estratégias de políticas públicas de saúde podem ser implantadas para superar a falta de material didático, a falta de tempo e de conhecimento que são apontadas como as barreiras mais comuns. Dessa forma, é possível encorajar a adoção de um estilo de vida ativo durante o envelhecimento, sensibilizando a população sobre a possibilidade de ser fisicamente ativo sem precisar ter muito tempo e habilidades, conhecimentos ou equipamentos específicos (CASSOU et al., 2011; EIRAS et al, 2011; CARDOSO et al, 2008; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

2.4.3 Fatores Influenciadores para a Adoção da AF

Diferentes estudos vêm investigando os fatores determinantes para a adoção de pessoas idosas a programas de exercícios físicos. Dentre os principais resultados, aponta-se a saúde e aptidão física como fatores motivacionais para a prática de atividades físicas (FREITAS et al., 2007; MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006; KOLT; DRIVERI; GILES, 2004; KIRKBY et al., 1999), a sociabilidade (BENEDETTI; SCHWINGEL; TORRES, 2011; CARDOSO, 2009; CARDOSO et al., 2008), a autoeficácia (TANG; WONG, 2005) e o papel do médico e da família (OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Podem citar como “fatores facilitadores” os seguintes motivos: orientação médica – cada vez mais presente nas consultas – e a indicação de amigos e familiares (que estão praticando, que já praticaram ou mesmo sem praticar). A mídia é também um forte influenciador que tem contribuído para difundir o tema e o apresenta de forma positiva. Outro facilitador é a experiência positiva com a atividade física, aquele que a vivencia de forma agradável, terá sempre motivação para a continuidade (MAZO, 2008; MOTA; SALLIM, 2002).

Meurer (2010) em iniciantes de um programa de exercícios físicos envolvendo n=42 idosos detectaram como fatores motivacionais a saúde, o prazer pela prática e a sociabilidade, classificando-os como sendo de motivação alta ou média. Os fatores motivacionais encontrados foram classificados pelas autoras como de motivação intrínseca ou como fatores de motivação extrínseca de integração, representando comportamentos autônomos em relação à prática de exercícios físicos.

O estudo contribui para o avanço no entendimento da motivação de idosos para a inserção em programas de exercícios físicos por meio da teoria da autodeterminação. Os idosos iniciantes no programa elencaram três fatores principais de motivação para a adoção ao programa, sendo estes: saúde, prazer e sociabilidade.

A recomendação médica foi o fator responsável pelo ingresso de 82% dos idosos ao programa de exercícios físicos, todavia, quando observados os fatores de permanência, esse percentual caiu para 51%, evidenciando a necessidade de outros fatores motivacionais a serem

desenvolvidos (como o prazer pela prática) para que haja permanência no programa (MEURER; BENEDETTI, MAZO 2009).

Os agentes facilitadores no ambiente para o envolvimento regular com a atividade física é destacado por Matsudo et al. (2002) em ordem de prioridade, sendo: mulheres e homens maiores de 50 anos de idade realizavam atividade física por causa de: orientação médica (38,3% M e 50,3% H), amigos (33,3% M e 25,8% H), familiares e procura por companhia (10,4% M e 7,0% H). Os números evidenciam claramente a relevância do profissional da saúde, particularmente do médico, como vetor para o envolvimento regular com a atividade física nessa faixa etária.

De forma similar, Conceição et al. (2011), Freitas et al. (2007), Andrade et al. (2003) e Yusuf et al., (1996) ressaltaram a importância da orientação médica sobre o nível de prática de atividade física de adultos e idosos como uma forma não só da prevenção primária das doenças crônicas, mas também da prevenção secundária em pacientes com doenças cardiovasculares e outras enfermidades.

Mazo, (2003) com relação à prática de outra atividade física, aponta que 78,3% fazem outra atividade, em especial a caminhada (56,7%). Também cita que as atividades físicas mais praticadas pelas mulheres idosas de grupos de convivência também foi a caminhada e a ginástica. Quanto aos principais fatores motivacionais para o ingresso no programa de hidroginástica, assinala: a melhora na saúde física e mental (33,3%), problemas de saúde (18,3%) e indicação médica (16,8%).

Em outros estudos com idosos resultados similar ao de Mazo (2003) foram encontrados, sendo os principais: melhora da condição física e mental (DUARTE; SANTOS; GONÇALVES, 2002) recomendação médica (EIRAS et al., 2011; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001), manutenção da saúde (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009; ANDREOTTI; OKUMA, 2003), prevenção de doenças, gosto pela atividade e melhora da qualidade de vida (FREITAS et al, 2007; MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006; OKUMA, 2005).

O principal motivo segundo Mazo, Cardoso e Aguiar (2006) para que os idosos (n=60) permanecessem no programa foi o gosto pela atividade física no meio líquido e sentir-se bem (45%). Os outros motivos foram relacionados à melhora da saúde física e mental (26,7%) e ao convívio social, amizade e sociabilização (25%).

Outra pesquisa de Balbinotti, Capozzoli, (2008), Mazo, Cardoso e Aguiar, (2006) e Manz e Duarte (1999) revelaram que os motivos mais valorizados pelos idosos se relacionam com os aspectos ligados à saúde e ao bem-estar físico e psicológico. Também Meurer, Benedetti, Mazo, (2011) e Duarte, Santos e Gonçalves (2002), constataram que as pessoas continuam as atividades físicas em razão do bem-estar e da disposição proporcionada pela atividade.

Okuma, Miranda e Velardi (2007) elaboraram o Programa Autonomia para a Atividade Física (PAAF), criado com a preocupação de motivar pessoas idosas para a prática de atividade física (AF) de maneira sistemática. Após um período de 45 dias sem supervisão de professores realizou-se uma entrevista em grupo com os idosos (n=21). Os resultados apontam que novos conhecimentos e experiências que se proporcionam aos idosos não são suficientes para levá-los a serem praticantes permanentes, mesmo que tenham autonomia para isso. Isso significa afirmar que, quanto maior o tempo de intervalo entre a intervenção e a verificação das atitudes, maiores serão os aspectos internos e externos capazes de influenciá-los. Isso reforça a necessidade de programas permanentes de aconselhamento e ou de educação continuada quando se objetiva mudança de atitudes.

Rocha (2010) corrobora com o mesmo resultado, quando investigou homens (n=1559) de 20 a 76 anos com propostas de incentivo durante as práticas de atividades físicas. Os resultados mostraram que o grupo que recebeu mais incentivo (três vezes) obteve melhores resultados em relação aos níveis de atividade física que o grupo de homens que recebeu a proposta de incentivo por duas vezes. Estes resultados demonstram que a intervenção motivacional é uma ferramenta eficaz para a promoção da atividade física.

As experiências reais consideradas para motivar a adoção à prática de atividade física são categorizadas em seis estágios: conhecer as barreiras para praticar AF; vencer essas barreiras; necessitar do programa de AF para as interações sociais; fazer comparações com os outros; perceber o resultado da AF; as indicar a AF para outras pessoas (O'Brien, 2001).

Desta forma, os projetos de incentivo à prática de atividades físicas, visando alcançar as recomendações atuais da saúde entre as pessoas insuficientemente ativas, são extremamente importantes, especialmente entre as sedentárias, que são mais resistentes à mudança. Além disso, os resultados demonstraram que a intervenção motivacional

é uma ferramenta eficaz para promover a atividade física, principalmente quando realizada de forma contínua e por períodos prolongados. Assim sendo, programas de informação que explicam os benefícios de saúde do exercício e estimulam a atividade física regular são extremamente relevantes (ROCHA, 2010; OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007).

Portanto, os fatores de influenciam à prática de atividade física são multifatoriais e estão atrelados a um conjunto amplo de fatores, que podem variar em função do tipo, da intensidade da atividade física, do tempo de prática, entre outros. Mazo (2008) enfatiza que existe uma diversidade de fatores que podem contribuir para a participação de um programa de atividade física. Com base na literatura, enfatiza-se: história e socialização; discriminação por idade, autoeficácia e percepção do controle de comportamento; fatores sociais e ambientais; benefícios percebidos e expectativas de resultados; atitudes e conhecimentos. As atividades desenvolvidas de forma prazerosa, social, gradual, dinâmica, variada, entre outras, bem como as atitudes profissionais, são fatores influenciadores para a participação e continuidade em um programa. A adoção e a manutenção de uma pessoa longeva em um programa, portanto, está vinculada a desafios constantes de transpor barreiras, advindas do envelhecimento e, desta forma, buscar atitudes positivas, atividades prazerosas e diversificadas, apoio social e autoeficácia são intervenções que contribuirão para um envelhecimento ativo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Do ponto de vista dos objetivos propostos, esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Caracterizou-se em um primeiro momento como descritiva epidemiológica transversal e, em um segundo momento, em qualitativa participante.

Primeiro Momento:

No primeiro momento do estudo ocorreu o mapeamento de todas as pessoas longevas cadastradas nos grupos de convivência para idosos do município de Florianópolis/SC, bem como a identificação de suas características sociodemográficas, econômicas, condições de saúde, hábitos de lazer e de prática de atividade física, bem como os motivos que podem influenciar para adotarem a prática de atividade física e associaram estas variáveis as pessoas longevas cadastrados em grupos de convivência da Prefeitura de Florianópolis-SC. Assim a pesquisa caracterizou-se por ser quantitativa descritiva epidemiológica transversal.

“A pesquisa descritiva é um estudo de status, baseados na premissa de que os problemas podem ser melhorados por meio de observação, análise e descrição objetivas” (THOMAS; NELSON, 2002, p.280). Para Cervo e Bervian (2002), este tipo de pesquisa procura conhecer situações e relações que ocorrem na vida social, aspectos do comportamento humano, isoladamente ou em grupos, e comunidades mais complexas.

A abordagem epidemiológica se caracteriza pela distribuição do status de saúde, doenças ou problemas de saúde em relação à idade, sexo, raça, geografia, religião, educação, ocupação, comportamento, tempo, lugar, pessoa, entre outras (TIMMRECK, 2002). O estudo transversal tem sido o mais utilizado porque observa o fator e efeito em um mesmo momento histórico avaliando a mesma variável (APPOLINÁRIO, 2006).

Segundo Momento:

No segundo momento do estudo pretendeu-se identificar as pessoas longevas ativas e inativas fisicamente participantes de grupos de convivência cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC e suas percepções quanto aos fatores influenciadores (barreiras e facilitadores), para a prática de atividade física. Nesta etapa, a pesquisa caracterizou-se por ser qualitativo do tipo participante.

Godoy (1995) explicita algumas características principais de uma pesquisa qualitativa, a qual embasa este estudo. O autor considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; envolvendo um estudo de caráter descritivo, pois o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado. A análise dos dados é realizada de forma intuitiva e indutiva pelo pesquisador e não requer o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, tem como preocupação maior na interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados.

O referido autor afirma que a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Assim sendo, esta pesquisa utilizou uma abordagem de natureza participativa e, neste sentido, procurou-se fundamentá-la nas contribuições de Thiollent (1992), que a define como um tipo de pesquisa que tem base numa metodologia de observação participante, na qual o pesquisador estabelece relações comunicativas com pessoas ou grupos da situação investigada, com o intuito de ser mais bem aceito e, assim, em estreita associação, desenvolver uma ação ligada com a resolução de um problema coletivo. Destaca ainda, que o desenvolvimento da pesquisa participante é flexível, pois não segue uma série de fases rigorosamente ordenadas, existindo, no entanto, um ponto de partida e um ponto de chegada.

Quanto às abordagens serem qualitativa ou quantitativa, Minayo (2004) entende que a diferença entre elas está na natureza metodológica. Para a autora, a abordagem qualitativa permite ao pesquisador aprofundar-se no mundo dos significados das ações e das

relações humanas, um lado não perceptível e não captáveis em equações, médias e estatísticas. Ela afirma, no entanto, que o conjunto de dados qualitativos e quantitativos interage dinamicamente no processo de pesquisa. No entendimento da autora não existe dicotomia e exclusão entre os dados quantitativos e os qualitativos, mas eles se complementam reciprocamente no entendimento do fenômeno estudado.

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

3.2.1 População

A Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC possui 105 grupos de convivência para idosos cadastrados na Gerência de Ações Sócio Pedagógicas da Secretaria Municipal de Assistência Social envolvendo 4.509 idosos, desses 102 grupos possuíam 493 pessoas longevas distribuídas nos grupos convivência da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, pertencentes a um das cinco Regiões Sanitárias (ANEXO IV).

Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina é uma das três ilhas capitais do Brasil. Faz parte da região sul do Brasil, sendo que grande parte de Florianópolis (97,23%) está situada na Ilha de Santa Catarina, possuindo cerca de 100 praias. Segundo o Censo IBGE do ano de 2010, possui uma população de 421.203 habitantes e a região metropolitana 1.012.831 habitantes (FLORIANOPOLIS, 2011). Sua população expressa significativamente traços da etnia portuguesa de base açoriana, que exerce forte influência de seus costumes, religiosidade, pesca, agricultura, artesanatos e manifestações populares (CASCAES, 1983).

Em Santa Catarina já existem mais de 600 mil idosos, e na capital Florianópolis, mais de 48 mil (IBGE, 2010b; IBGE, 2009). Florianópolis corresponde a 20.551 longevos, desses 6.784 são do sexo masculino e 13.767 do sexo feminino. A população de pessoas longevas em Santa Catarina é de 80.737 e em Florianópolis é de mais de 7 mil. (IBGE, 2010b)

Para a pesquisa a utilização do termo pessoa longeva se deve pela idade cronológica de 80 anos ou mais e está referenciada em

diferentes estudos (CRUZ et al, 2004; MARAFON et al, 2003), que também utilizaram esta denominação e idade como marco.

3.2.2 Amostra

A pesquisa teve duas amostras para os dois momentos distintos do estudo.

Os sujeitos do estudo foram definidos por uma amostra não probabilística do tipo intencional, sendo realizada de forma adaptada por um procedimento de seleção dos elementos conforme os critérios de inclusão para os dois momentos da pesquisa.

Primeiro Momento:

O primeiro momento foi envolvido 351 pessoas longevas, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: idosos com 80 anos ou mais de idade; participantes de um dos 102 grupos de convivência existentes em Florianópolis/SC (ANEXO IV), cadastrados na Prefeitura Municipal no ano de 2010 (mesmo que fizesse parte de mais grupo participaria uma única vez do estudo) pertencentes a um dos cinco Distrito Sanitário (QUADRO 1); estavam presentes e se propuseram a participar da coleta.

Quadro 1: Divisão dos distritos sanitários no município de Florianópolis/SC.

| REGIÃO DE SAÚDE (REGIONAIS) | BAIRROS E REGIÕES |
|-----------------------------|---|
| Regional Centro | Agronômica, Centro, Prainha, Monte Serrat, Trindade |
| Regional Continente | Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Sapé e Vila Aparecida |
| Regional Leste | Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande |

| | |
|----------------|---|
| Regional Norte | Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieira, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratonas, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Pequena e Vargem Grande. |
| Regional Sul | Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Rio Tavares, Saco dos Limões, Tapera |

Fonte: Secretaria da Saúde Municipal de Florianópolis/SC, 2010.

Segundo Momento:

A escolha dos sujeitos para a segunda fase do estudo foi intencional e utilizou-se como critério de seleção a interpretação do nível de atividade física (por meio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, adaptado para idosos), aplicado na primeira etapa do estudo, baseado em recomendações de limiares de atividades físicas que resultam em benefícios para a saúde, classificando como “inativos” as pessoas que não praticam pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada ou vigorosa (MARSHALL, BAUMAN, 2001).

Foram formados dois grupos focais, ou seja, um grupo focal ativo e outro inativo, nas regiões Sul, Leste, Norte, Centro e Continente, conforme a divisão dos Distritos Sanitários por bairros do Município de Florianópolis/SC (Quadro 1 e Figura 1). Foram totalizados 10 grupos focais, 5 ativos e 5 inativos, que abrangeu as características regionais da população do município de Florianópolis/SC.

Figura 1. Mapa das regiões sanitárias de Florianópolis-SC



Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005, p.38), “o pesquisador pode compor pessoalmente sua amostra escolhendo todos os indivíduos conforme suas características que deseja estudar”. Esse pode proceder a uma escolha intencional dos sujeitos a serem pesquisados.

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

A formação dos grupos se deu pela idade (80 anos ou mais), pela participação nos grupos de convivência pertencentes a um dos cinco Distritos Sanitários, aceitação do convite e realizar mais que 150 minutos semanais de atividade física no domínio 4 (atividade física, recreação e lazer) do IPAQ. Para inclusão no Grupo Focal Ativo (GFA) será contato a participação regular semanal em Grupos de Atividade

Física (GFA) e para o Grupo Focal Inativo (GFI) a pontuação zero na soma total do IPAQ.

Esta seleção resultou em 69 pessoas longevas para o GFA e 89 para o GFI, pois teve regiões que não se obteve o número de participantes desejado (n=15) como: nas regiões sul (n=11), leste (n=13) e norte (n= 14) do GFA e a leste (n=9) do GFI, devido as pessoas longevas não atingirem os critérios de inclusão.

A meta pretendida era de envolver no mínimo 80 pessoas longevas distribuídas nos 10 grupos focais (8 pessoas longevas para cada grupo), mas em virtude da recusa das pessoas longevas em participar, bem como a mudança de endereço e telefone, sendo assim obteve-se no Grupo Focal Ativo (GFA) 39 longevas com média de idade de 82,51±2,90 anos e no Grupo Focal Inativo (GFI) 30 longevas com média de idade de 86,07±4,70 anos.

Assim sendo distribuídos em cada Distrito Sanitário (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul) tendo dois grupos focais (GFI e GFA), de acordo com suas especificidades (QUADRO 2).

Quadro 2: Distribuição da Amostragem na Composição dos Grupos Focais.

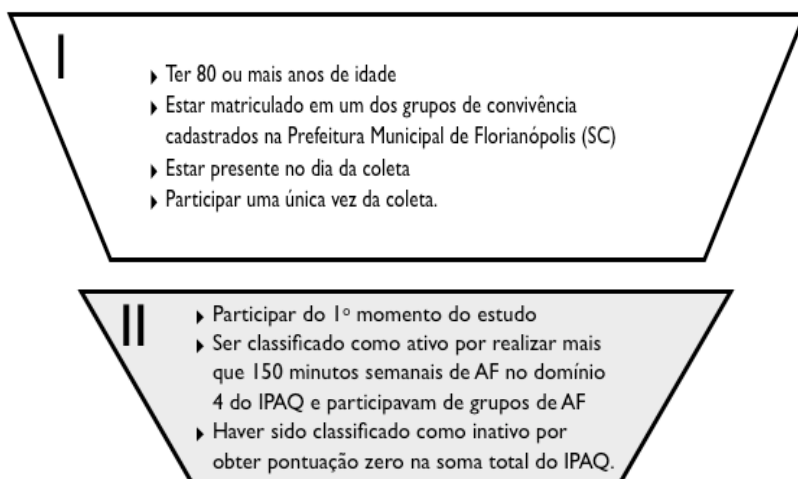
| TIPO DE AMOSTRAGEM | GRUPOS FOCALIS |
|---|---------------------------|
| Selecionada a partir da amostra da primeira etapa do estudo, das pessoas longevas pertencentes aos grupos de convivências que foram consideradas como inativas (pontuação zero na soma total do IPAQ) | Grupo Focal Inativo (GFI) |
| Envolveu o resultado da primeira fase do estudo e abrangeu as pessoas longevas, que realizavam mais que 150 minutos semanais de atividade física no domínio 4 (AF, recreação e lazer) do IPAQ e participavam de Grupos de Atividade Física regular e pertenciam aos grupos de convivência | Grupo Focal Ativo (GFA) |

A ocorrência da participação exclusiva do sexo feminino no segundo momento se deve a uma maior quantidade de mulheres frequentando os grupos de convivência para idosos da Prefeitura de Florianópolis, bem como foram essas pessoas longevas que se

adequaram aos critérios de inclusão e foram selecionadas para este momento do estudo.

A figura 2 aponta os critérios para inclusão das pessoas longevas no primeiro e segundo momento do estudo.

Figura 2 - Critérios de Inclusão/Exclusão de amostras



A composição dos grupos focais ativos e inativos, bem como as pessoas longevas envolvidas na segunda etapa do estudo estão evidenciadas no Quadro 3.

Quadro 3: Relação do número de participantes e grupos de convivências envolvidos no estudo de acordo à sua localização (Regiões Sanitárias)

| Região Sanitária | Nº. de Grupos Convivência | Nº. de pessoas longevas cadastradas | Nº. de pessoas longevas entrevistadas | Nº. de mulheres longevas inativas fisicamente | Nº. de pessoas longevas inativas selecionadas para 2o. momento | Nº pessoas longevas ativas selecionadas para 2o. momento | Nº de pessoas longevas que participaram do grupo focal | |
|------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|--|-----|
| | | | | | | | GFI | GFA |
| Centro | 31 | 168 | 102 | 52 | 20 | 15 | 6 | 9 |
| Leste | 9 | 45 | 37 | 12 | 9 | 13 | 4 | 7 |
| Sul | 18 | 86 | 68 | 41 | 20 | 11 | 6 | 9 |
| Norte | 16 | 75 | 56 | 24 | 20 | 14 | 8 | 7 |
| Continente | 28 | 119 | 88 | 44 | 20 | 15 | 6 | 7 |
| Total | 102 | 493 | 351 | 173 | 89 | 68 | 30 | 39 |

3.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados neste estudo foram distintos conforme as etapas do estudo: no primeiro momento foi utilizado o banco de dados da Prefeitura de Florianópolis/SC, ficha diagnóstica utilizada no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e o questionário que avalia o nível de atividade física – IPAQ, versão longa e adaptada para idosos. Na segunda etapa, dentro dos grupos focais foram utilizados: observações, documentação fotográfica e entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e filmadas.

Primeiro Momento:

a) Banco de dados Gerência do Idoso da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC – onde se identificou o local de funcionamento e telefones das coordenadoras dos 105 Grupos de Convivência, sendo verificado a existências de pessoas longevas em 102 dos grupos.

b) Entrevista semi-estruturada – utilizou-se com roteiro de perguntas fechadas e abertas preocupando-se em estruturar um roteiro que contemplou as questões norteadoras dos objetivos a serem

alcançados neste estudo. Para Alberti (1990) a elaboração do roteiro individual é o momento de sistematização do conhecimento adquirido sobre o tema da pesquisa, de forma que as respostas sejam mais espontâneas e menos dirigidas possíveis e estejam sempre se referindo ao tema sob o qual se deseja que o indivíduo fale.

A entrevista semi-estruturada é importante nesta etapa do estudo, pois, conforme Cunha (1992), ela baseia-se na intenção de captar as falas do entrevistado e, assim, as representações e os símbolos de uma cultura ou subcultura, inclusive as de conteúdo afetivo.

A entrevista foi baseada na ficha diagnóstica utilizada no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID/UEDESC). A ficha foi constituída com perguntas direcionadas às características sociodemográficas, às condições de saúde (doença e medicamentos), à prática de atividade física, aos hábitos de lazer e motivos (facilitadores e barreiras) que influenciam a prática de atividade física (ANEXO I).

c) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) - versão longa e adaptada para idosos (BENEDETTI et al., 2007; BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004), (ANEXO II), para se verificar o nível de atividade física (ativos e inativos fisicamente) das pessoas longevas dos grupos de convivência da região Centro de Florianópolis - SC. Esse é um instrumento que permite estimar o dispêndio energético semanal de atividades físicas relacionados ao trabalho, lazer, transportes, tarefas domésticas, e na posição sentada, com intensidade moderada ou vigorosa, por 10 minutos contínuos, durante uma semana normal (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; MARSHALL; BAUMAN, 2001). Apresenta 19 questões distribuídas em cinco domínios e/ou seções:

Seção 1. Atividade Física no Trabalho: apresenta cinco questões sobre as atividades físicas no trabalho remunerado ou voluntário, fora de casa.

Seção 2. Atividade Física como meio Transporte: apresenta cinco questões sobre as atividades físicas realizadas no deslocamento de um lugar para o outro, utilizando meios de transporte (ônibus, carro, metrô, bicicleta, entre outros) ou a pé.

Seção 3. Atividades Físicas Domésticas na Moradia: trabalho, tarefas e cuidar da família. Apresenta três questões sobre as atividades físicas realizadas dentro e ao redor da habitação (casa ou apartamento).

Seção 4. Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer: apresenta quatro questões sobre as atividades físicas de recreação, desporto, exercício ou lazer.

Seção 5. Tempo Gasto Sentado: apresenta duas questões sobre o tempo em que a pessoa permanece sentada, em diferentes locais, durante um dia da semana e fim-de-semana. Não é incluído o tempo passado sentado em meios de transporte.

O IPAQ proposto pelo Grupo Internacional para Consenso em Medidas da Atividade Física, constituído sob a chancela da Organização Mundial da Saúde, com representantes de 25 países, inclusive o Brasil. Trata-se de um instrumento desenvolvido com a finalidade de estimar o nível de prática habitual de atividade física de populações de diferentes países e contextos socioculturais (CRAIG et al., 2003).

A avaliação de idosos por meio de questionários (autoadministrados ou na forma de entrevista) é um procedimento particularmente difícil devido à imprecisão das informações fornecidas e a susceptibilidade a viés de registro ou de memória (PEREIRA, 2001). Outro problema é a inexistência de instrumentos que tenham sido adequadamente construídos ou adaptados para utilização em pessoas longevas. Para utilização com pessoas desta faixa etária, nas questões do IPAQ foram incluídos exemplos de atividades que são comuns às pessoas desse grupo etário. Além disso, o campo para preenchimento das informações foi modificado, passando a ser requerido que o entrevistador registre o tempo médio habitual para cada dia da semana (segunda a domingo), ao invés de indicar apenas a frequência semanal e o tempo médio de realização dessas atividades físicas (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004).

Segundo Momento:

a) Observação participante: objetivou analisar as pessoas longevas ativas e inativas dos grupos de convivência para idosos de Florianópolis - SC, e suas percepções quanto aos fatores influenciadores, ou seja, às barreiras e os facilitadores para a adoção de prática de atividades físicas. Para Wittrock (1989), a observação é uma técnica em que o investigador se introduz no mundo dos sujeitos estudados, observa e averigua o que significa ser membro desse mundo. Já para Melchior (1994), observar é um mecanismo natural, por meio do

qual o indivíduo fica informado sobre o seu contexto, para nele situar-se.

Carneiro e Sarmiento (1991) salientam que ao observar percebemos todo um conjunto de estímulos e informações que nos permitem inteirar e ajustar os fatos vivenciados. No entanto, é importante realçar que o ser humano não possui condições de reter todos os estímulos e informações oriundas do mundo exterior. Assim, aos órgãos receptores cabe a função de realizar uma seleção entre toda a informação disponível, de acordo com as suas experiências, os seus objetivos e as suas capacidades de seleção.

b) Entrevista semi-estruturada com roteiro de perguntas, que estruturou o roteiro que contemplou questões que nortearam os objetivos a serem alcançados nesta etapa do estudo. Foi não diretiva e grupal, envolveu questões temáticas que nortearam o debate durante os encontros nos grupos focais. Foi utilizado um roteiro com perguntas abertas buscando enfatizar os fatores que facilitaram a adoção da prática de atividade física e as barreiras que impedem a continuidade ou o ingresso nesta prática. Estas foram aplicadas nos 10 grupos focais sendo gravadas e filmadas (ANEXO III).

d) Gravador- foi utilizado para registrar as intervenções nos grupos focais, a fim de possibilitar com mais fidedignidade a transcrição dos fatos e das falas ocorridas no transcorrer dos grupos focais. Reinaldo, Saeki e Reinaldo (2003) destacam que o registro por meio da combinação dos avanços tecnológicos, entre eles o gravador favorece ao conhecimento das experiências vividas na íntegra dos sujeitos do estudo em seus relatos orais.

Nos dois momentos do estudo foi utilizada a documentação fotográfica que foi realizada por uma câmera digital para registrar momentos importantes acontecidos nas duas etapas de realização. Silveira et. al. (2006), salientam que a utilização da documentação fotográfica pode auxiliar nas reconstruções da realidade na evolução de um estudo.

3.4 ESTUDO PILOTO

3.4.1 Averiguação e Validação dos Procedimentos de Coleta de Dados

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

Primeiro Momento:

Participaram 7 mulheres idosas, com idades entre 74 e 78 anos participantes dos grupos de convivência Novas Amigas, Recordações e GIPAN. Estes grupos se reúnem semanalmente no Conselho Comunitário do Pantanal, localizado no bairro Pantanal da região Leste do Distrito Sanitário de Florianópolis-SC.

O primeiro contato com esses grupos foi realizado por meio de seus coordenadores. Posteriormente, foi entregue um documento da instituição pesquisadora para oficializar o estudo e para apresentar os pesquisadores. Logo após foi explicado o objetivo da pesquisa, a sua relevância para a população em geral e principalmente para as pessoas mais longevas, a importância de sua colaboração e participação. Foi esclarecido também sobre o retorno que se dará a comunidade após o termo do estudo. Também foi explicado sobre a confidencialidade dos dados e o direito de cada pesquisado a qualquer momento desistir da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nos dias dos grupos de convivência durante a reunião dos mesmos que ocorrem das 14h00min horas as 17h00min horas. Os idosos apresentaram-se bem receptivos e cooperativos com as entrevistas. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, que foi entregue em duas vias, ficando em posse dos pesquisadores e pesquisados. A coleta aconteceu de forma tranquila sem nenhum tipo de interferência.

O tempo médio para aplicação da ficha diagnóstica e do IPAQ, foi de aproximadamente 15 minutos.

Segundo Momento:

Foram selecionadas 6 mulheres por meio da aplicação do IPAQ versão longa e adaptada para idosos, sendo 3 consideradas na categoria ativa e 3 inativas. A estruturação do grupo focal, que consistiu na aplicação das questões norteadoras da temática fatores influenciadores para a participação ou não de práticas regulares de atividades físicas, foi realizado com 4 mulheres idosas, sendo 2 consideradas ativas e 2 inativas fisicamente, com idades entre 74 e 78 anos, em um dia previamente agendado. Duas faltaram no dia por motivo de viagem e doença. Esse foi realizado no Centro de Convivência do Pantanal, no bairro Pantanal, na região leste do Distrito Sanitário de Florianópolis-SC. Esta técnica metodológica e seu instrumento utilizado levaram aproximadamente 35 minutos para ser aplicado.

Em relação à clareza e compreensão dos instrumentos 100% das pessoas idosas disseram que as questões dos questionários (ficha sócio-demográfica e IPAQ versão longa e adaptada para idosos) e do roteiro para entrevista (grupo focal) eram muito claras, sendo que as perguntas que compunham estes instrumentos foram feitas calmamente e sem induzir os resultados.

3.4.2 Resultados do Projeto Piloto

Primeiro Momento:

Nesta etapa do estudo piloto onde se aplicou a ficha diagnóstica e o IPAQ versão longa e adaptada para idosos, verificou-se que das 7 idosas participantes, 3 realizavam menos de 150 minutos semanais de atividades físicas, sendo consideradas assim inativas fisicamente e 4 realizavam mais que 150 minutos semanais de atividades físicas semanais sendo portanto ativas fisicamente.

Segundo Momento:

Nesta etapa utilizou-se a técnica de grupo focal, que aplicou o roteiro de entrevistas semi estruturada, participaram 4 mulheres, sendo 2 ativas e 2 inativas fisicamente. Como resultado obteve-se que as principais barreiras para adoção de prática de atividades físicas regulares foram: a comodidade, preguiça, fofocas entre colegas do

grupo de atividades físicas, doenças, distância do local da prática de atividades físicas até a sua casa, a pouca segurança do local onde é realizada a atividade física, problemas com o meio de transporte que a leva ao local (dificuldade de subir e descer do ônibus) e a parte financeira.

Os fatores facilitadores evidenciaram: o bom relacionamento com os professores, gostar de fazer atividade física, os benefícios para saúde, amizade com os demais.

Após a realização deste estudo, sentiu-se necessidade de um aperfeiçoamento na aplicação e análise de dados da técnica de grupo focal, buscou-se um treinamento com o professor Dr. Rodrigo Otavio Moretti-Pires, DDS, MPH, PhD Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFSC) Professor Adjunto - Departamento de Saúde Pública/UFSC.

3.5. COLETA DE DADOS

Primeiro Momento:

Contatou-se o setor das Ações Sócio Pedagógico da Gerência do Idoso da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC onde se obteve informações sobre a existência de 105 grupos de convivências, bem como o acesso aos locais de funcionamento com seus respectivos endereço e o contato (nome e número telefônico) das coordenadoras.

A etapa seguinte foi à localização das coordenadoras dos grupos de convivência, por meio de telefone, o qual se buscou esclarecer os objetivos do estudo e indagar da existência de pessoas longevas no grupo. Posteriormente foi solicitada a permissão e a indagação sobre a quantidade de pessoas longevas existentes no cadastrados dos grupos de convivência de sua coordenação. A seguir foi marcada a visita (dia e horário) aos grupos de convivência, de acordo com a possibilidade da coordenadora.

Assim sendo, foi realizado um cronograma para atingir os 102 grupos, sendo iniciado em outubro de 2010 com alguns grupos de convivência das regiões: leste, centro, continente e norte. Foi interrompido em dezembro em função do término dos trabalhos e reiniciado em fevereiro, sendo finalizado em março de 2011.

A abordagem com as pessoas longevas ocorreu por meio de um convite para participarem do estudo sendo esclarecidos sobre os objetivos a serem atingidos, bem como a importância de sua participação na pesquisa. As pessoas longevas que se fizeram presentes nos grupos de convivência, no dia destinado a coleta dos dados e que aceitassem participar da pesquisa, onde assinaram o termo de consentimento livre (Apêndice1), ficando de posse do pesquisador e do participante. Os instrumentos (ficha diagnóstica e o IPAQ versão longa adaptada para idosos) foram aplicados com as pessoas longevas, de acordo com a disponibilidade, sendo escolhido de preferência um local tranquilo e sem interferências de outras pessoas.

Segundo Momento:

A partir da finalização da etapa anterior foram selecionadas as pessoas longevas para participarem nos grupos focais (GFI e GFA), de acordo com as especificidades de cada grupo. Foi feito o convite individualmente por telefone, sendo esclarecidos sobre a proposta de trabalho e os objetivos a serem atingidos no grupo focal que participariam.

Foram formados dois grupos focais: ativos e inativos. Segundo Lervolino e Pelicioni (2001), a técnica de trabalho de grupo focal evidencia como se forma e difere as percepções, opiniões e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. A essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher informações a partir da discussão focada em tópicos específicos e não diretivos. Por meio desta técnica se buscou identificar e explorar os fatores facilitadores e barreiras que podiam influenciar na prática de atividade física e de lazer nos idosos longevos. Neste trabalho o grupo focal foi utilizado para evidenciar a opinião e as percepções das pessoas longevas ativas e inativas fisicamente, quanto aos fatores influenciadores de adoção ou não (barreiras e facilitadores) à prática de atividade física.

Para a aplicação do grupo focal Marconi e Lakatos (1996) e Trad (2009) explicam que existem três fases: Fase 1: convite aos participantes em potencial e preparação do encontro; Fase 2: o encontro e o mapeamento dos participantes quanto aos fatores influenciadores de aderência (barreiras e facilitadores) para a prática de atividade física;

Fase 3: a transcrição das fitas, organização das informações e compilação dos dados.

Salienta Trad, (2009), que a técnica de grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação por meio de um tópico a ser explorado, podendo abordar um tema e um grupo específico, a fim de entender em profundidade o comportamento de um determinado grupo (MARCONI; LAKATOS, 1996).

Para dar início as intervenções nos grupos focais elaborou-se um cronograma, que iniciou em março e finalizou em maio de 2011, pois a preocupação dos pesquisadores era finalizar antes do início do inverno em virtude da fragilidade das pessoas longevas.

Foi marcado um horário e local para realização dos 10 grupos focais, de acordo com a proximidade das longevas selecionadas, para melhor acesso das mesmas. Para as pessoas longevas que morassem longe do local do encontro do grupo focal, o traslado de ida e de retorno foi responsabilidade dos pesquisadores.

É importante registrar a dificuldade dos pesquisadores para obter o número desejado de pessoas longevas nos grupos focais, pois os mesmos utilizavam vários argumentos para não participar ao ser contato por telefone, sendo esta uma fase da pesquisa muito árdua pelos pesquisadores.

Foram realizados 10 grupos focais, sendo distribuídos um GFA e GFI em cada região sanitária (centro, continente, norte, sul e leste). Buscou-se nos encontros propiciar um ambiente agradável, bem como oferecer lanches e brindes pela colaboração na pesquisa.

Ao dar início aos Grupos focais era esclarecido o objetivo estudo e do encontro, bem como a importância da colaboração para a efetivação da pesquisa.

Pela dificuldade de reunir as pessoas longevas pela a idade avançada e a fragilidade inerente a idade, bem como as respostas obtidas durante os encontros que contemplaram os objetivos do estudo optou-se por realizar apenas um encontro em cada um dos 10 grupos focais.

Aschidamini e Saupe (2004) afirmam o número de encontros varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa, podendo ser alterado após análise conjunta (do moderador e observador) dos dados coletados. Portanto, o número de sessões dos grupos focais aconteceu de acordo com a necessidade do estudo em questão.

As referidas autoras ainda salientam que o observador deve cultivar a atenção, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais, estar atento à aparelhagem audiovisual. Deve ter facilidade para síntese e análise e capacidade para intervenção. No final de cada sessão (ou nos dias seguintes) foi realizada avaliação acerca das discussões, sentimentos e sensações promovidas naquele encontro, sendo elaborado um quadro geral das idéias preponderantes e traçar estratégias para as próximas reuniões do Grupo Focal ou finalizar com um relatório das atividades ocorridas.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Variáveis e Categorias para Análise do Estudo

No quadro 4 apresenta-se as variáveis do estudo, os critérios de categorização, os instrumentos de pesquisa.

Quadro 4: Variáveis e categorias para análise dos dados

| Variável | Crítérios de categorização | Instrumento ou técnica utilizada |
|---|---|----------------------------------|
| <i>Características sociodemográficas:</i> | | |
| <i>Idade</i> | Anos completos. | Ficha diagnóstica |
| <i>Estado civil</i> | Solteiro, casado ou juntado separado/divorciado, viúvo e outros. | Ficha diagnóstica |
| <i>Escolaridade</i> | Analfabeto/sem escolaridade, fundamental incompleto/1 a 7 anos, fundamental completo/ 8 anos, médio incompleto/9 a 10 anos, médio completo/ 11 anos, ensino superior completo, pós-graduação completa (especialização, mestrado e doutorado). | Ficha diagnóstica |
| <i>Forma de morar</i> | Sozinho, cônjuge, filhos (as), netos | Ficha diagnóstica |

| | | |
|--|--|--|
| | (as), outros. | |
| Religião | Católico, evangélico, espírita, sem religião, ateu, outros. | Ficha diagnóstica |
| Etnia | Caucasiano/branco, asiático mulato, pardo, afrodescendentes/negro. | Ficha diagnóstica |
| Ocupação atual | Aposentado, pensionista, aposentado e pensionista, aposentado ativo, pensionista ativo, aposentado, e pensionista ativo, remunerado ativo, não remunerado ativo. | Ficha diagnóstica |
| Renda média mensal familiar (R\$) | < 1salário mínimo (menor que 510,00), 1—2 (510,00 a 1019,00), 2—3 (1.020,00 a 1.529,00), 3—4 (1.530,00 a 2.039,00), 4—6 (2.040,00 a 3.059,00), + de 6 (+ de 3.060,00). | Ficha diagnóstica |
| Condições de saúde | | |
| Estado de Saúde atual | Ótimo, bom, regular, ruim, muito ruim. | Ficha diagnóstica |
| Saúde atual dificulta a prática de AF | Cansaço, falta de ar, tontura e dor. | Ficha diagnóstica |
| Doenças diagnosticadas | Diabete, cardíaca, artrose, osteoporose, dislipidemia, depressão, entre outras. | Ficha diagnóstica |
| Toma medicamentos | Sim e não. | Ficha diagnóstica |
| Motivos de adoção à AF | Ao ingressar, não ingressar, permanecer. | Ficha diagnóstica |
| AF como meio de transporte | Minutos por semana de AF moderada ou vigorosa | IPAQ versão longa e adaptada para idosos |

| | | |
|--|---|---|
| <i>AF em casa, tarefas domésticas atenção a família</i> | Minutos por semana de AF moderada ou vigorosa | IPAQ versão longa e adaptada para idosos |
| <i>AF de recreação, esporte, exercício e de lazer</i> | Minutos por semana de AF moderada ou vigorosa | IPAQ versão longa e adaptada para idosos |
| <i>AF</i> | Categorias: envelhecer ativamente, atividade física que realizam, quais mais gostam. | Grupo Focal, entrevista não diretiva e grupal |
| <i>Barreiras para a prática de AF</i> | Categorias: o que impedem de praticar AF, o que faz faltar à prática de AF. | Grupo Focal, entrevista não diretiva e grupal |
| <i>Fatores facilitadores para a prática AF</i> | Categorias: o que impulsiona a praticar AF, o que mais gostam de praticar, o que fez ingressarem. | Grupo Focal, entrevista não diretiva e grupal |

Conforme o quadro 4 as variáveis e categorias do estudo foram tratadas em dois momentos distintos:

Primeiro Momento:

Os dados provenientes da ficha diagnóstica e do IPAQ versão longa e adaptada para idosos foram organizados no EXCEL 2007 e após foram analisados por estatística descritiva.

O tratamento estatístico dos dados em cada instrumento de coleta de dados foi realizado a partir de:

a) Formulário com os dados de identificação, sociodemográficos e com as condições de saúde (doença e medicamentos), a prática de atividade física, hábitos de lazer e dos fatores motivadores que influenciam a adoção da prática de atividade

física. Foi utilizada a estatística básica, mediante a frequência de ocorrências e percentuais relativos e absolutos.

b) Para a interpretação do nível de atividade física regular das pessoas longevas por meio do IPAQ, forma longa, foi utilizado o somatório dos tempos (minutos por semana) das atividades físicas moderadas e vigorosas nos seus diferentes domínios (trabalho, lazer, transporte e tarefas domésticas). Craig et al., (2003) classifica as pessoas em quatro níveis ao trabalhar com o IPAQ:

- SEDENTÁRIO: quem não realiza nenhuma atividade física por, pelo menos, 10 minutos contínuos durante a semana.

- INSUFICIENTE ATIVO: quem realiza atividade física por, pelo menos, 10 minutos por semana, atingindo um dos critérios da seguinte recomendação: (a) frequência de 5 dias por semana e ou duração de 150 minutos semanais e (b) não atingiu nenhum dos quesitos do item (a). Para realizar essa classificação, somam-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividade (caminhada + moderada + vigorosa).

- ATIVO: cumpriu as recomendações (a) atividade vigorosa ≥ 3 dias por semana ≥ 20 minutos por sessão, (b) atividade moderada ou caminhada ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão e, (c) qualquer atividade somada ≥ 5 dias por semana e ≥ 150 minutos por semana (caminhada + moderada + vigorosa).

- MUITO ATIVO: cumpriu as seguintes recomendações: (a) vigorosa ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão ou (b) vigorosa ≥ 3 dias por semana e ≥ 20 minutos por sessão + moderada e/ou caminhada ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão;

Para melhor compreensão dos resultados a variável nível de atividade física, avaliada pelo IPAQ foi dicotomizada em dois grupos: pessoas longevas inativas (sedentárias e insuficientemente ativas) que realizam menos de 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas e ou vigorosas, e pessoas longevas ativas (ativas e muito ativas) que realizam mais de 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas e ou vigorosas. Optou-se neste estudo pelas pessoas longevas consideradas inativas fisicamente que tiveram a pontuação zero (0) no somatório dos 4 domínios (trabalho, transporte, tarefas domésticas, atividade física, recreação e lazer) total do IPAQ.

Segundo Momento:

Para a interpretação das informações que foram obtidas por meio das entrevistas e das observações que foram realizadas nos grupos focais utilizando a análise de conteúdo temática.

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

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

A utilização da análise de conteúdo prevê três etapas principais (MINAYO, 2008):

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

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

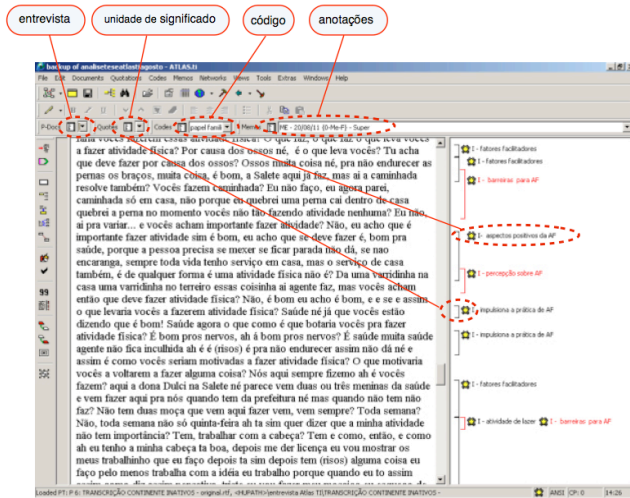
3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – fase onde os dados são lapidados tornando-os significativos, sendo que esta etapa de interpretação deve ir além dos conteúdos manifestos nos documentos, buscando descobrir o que está em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas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

Para o tratamento dos resultados buscou-se inicialmente a transcrição do áudio das entrevistas realizadas com os 10 grupos focais e os relatórios foram redigidos no programa Word. A seguir, foram introduzidas no software o ATLAS TI (Qualitative Research na

Solutions)¹, para análise de dados qualitativos, o que favoreceu a codificação dos momentos significativos evidenciados. Tendo como base o referencial teórico e a experiência da pesquisadora, buscou-se então relacionar as respostas com as ocorridas nos grupos focais.

Ao ser introduzido no programa as falas transcritas foram denominadas de unidades de significado, a seguir foram agrupadas codificadas, surgindo assim às categorias e subcategorias de análise (Figura 3).

Figura 3. Tela principal com o trabalho do ATLAS TI 5.0



¹ O nome do programa é uma sigla que significa: *Non –numeric and Unstructured Data- Index Searching and Theorizing*, isto é dados não numéricos e não estruturados, que se possam indexar, o programa é projetado de modo a permitir o armazenamento, a exploração e o desenvolvimento de idéias e/ou teorias sobre os dados (JUSTICIA, 2004).

O software Atlas TI permitiu analisar os resultados e estabelecer três etapas progressivas de redução e estruturação teórica da informação: 1ª) segmentação e identificação das unidades de significado e agrupamento em subcategorias; 2ª) construção de núcleos temáticos emergentes ou metacategorias; 3ª) interpretação dos dados à luz da fundamentação teórica levantada.

Na primeira etapa, partiu-se da leitura de todas as transcrições (entrevistas) e conhecimento dos resultados evidenciados. Da segmentação dos dados se obteve as unidades significativas, que refletiu da percepção e experiência de vida dos pesquisados acerca da temática do estudo, o que resultou na categorização dos dados.

Uma vez identificadas todas as unidades de significado, que faziam alusão a mesma idéia, buscou-se selecionar as mais relevantes para os objetivos do estudo, sendo descartadas as que não se adequavam. Portanto as categorias foram surgindo à medida que foram sendo analisadas as unidades de significados.

Depois de várias leituras e codificação, emergiram vinte subcategorias nos Grupos Focais Ativos (GFA) e dezessete nos Grupos Focais Inativos (GFI), sendo que apenas três foram encontradas no GFA. As subcategorias, por meio do método de comparações sistemáticas, foram constantemente refinadas, modificadas, depuradas e redefinidas em função do surgimento de novas unidades. O processo de construção final do sistema categorial ocorreu quando se observou a saturação das categorias, ou seja, quando se efetuou uma nova leitura e constatou-se a inexistência de novas informações que gerassem novas categorias. Portanto, como processo final se obteve 986 unidades de significados relevantes para os objetivos de investigação, que foram agrupadas em 20 diferentes subcategorias selecionadas a partir dos GFA e GFI.

Em uma releitura final, fundamentada com a referência teórica encontrada foram agrupadas em um conjunto de significados mais amplos ou categorias. No capítulo 4 apresentam-se as três categorias elegidas: *“envelhecendo na percepção das longevas”*; *“identificando as barreiras no processo de envelhecer”*; *“conhecendo dos fatores facilitadores no processo de envelhecer”*. Desta forma, os resultados e discussões evidenciam e contextualizam as categorias, subcategorias e unidades de significados suscitadas dessa pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 APRESENTANDO AS PESSOAS LONGEVAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O contingente da população idosa brasileira, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,79 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) são idosas e 44,5% (9.156.112) são idosos, sendo que 61% do contingente de idosos são pessoas acima de 80 anos o que corresponde a 2.935.585 pessoas longevas (IBGE, 2010a).

Sendo assim, buscou-se retratar nesse estudo, a população longeva de Florianópolis. A pesquisa envolveu 351 pessoas longevas participantes de grupos de convivência para idosos de Florianópolis/SC, com média de idade de 84,1±3,9 anos.

A seguir, apresentam-se a tabela 2 com as características sociodemográficas (sexo, estado civil, com quem mora, escolaridade, religião, etnia, ocupação e renda) das pessoas longevas que fizeram parte da presente pesquisa.

Tabela 2. Características sociodemográficas e econômica das pessoas longevas

| Características Sociodemográficas e Econômicas | F | % |
|--|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 28 | 8 |
| Feminino | 323 | 92 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro (a) | 19 | 5,4 |
| Casado (a) | 49 | 13,9 |
| Separado (a) | 12 | 3,4 |
| Viúvo (a) | 271 | 77,3 |
| Mora sozinho (a) | 120 | 34,2 |
| Mora acompanhado (a) | 231 | 66,8 |
| Etnia | | |
| Branco (a) | 329 | 94 |
| Afrodescendente | 20 | 5,5 |
| Não respondeu | 2 | 0,5 |
| Religião | | |
| Católico(a) | 319 | 90,9 |
| Espírita | 6 | 1,7 |

| | | |
|------------------------------------|-----|------|
| Evangélico (a) | 17 | 4,8 |
| Sem religião | 3 | 0,9 |
| Ateu (atéia) | 4 | 1,1 |
| Outros | 2 | 0,6 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto (a) | 45 | 12,8 |
| Fundamental incompleto | 196 | 56 |
| Fundamental completo | 48 | 13,6 |
| Médio incompleto | 5 | 1,4 |
| Médio completo | 43 | 12,2 |
| Ensino superior | 13 | 3,7 |
| Pós-graduação | 1 | 0,3 |
| Renda Familiar | | |
| < 1 salário mínimo | 40 | 11,4 |
| 1 a < 2 salários mínimos | 106 | 30,2 |
| 2 a < 3 salários mínimos | 57 | 16,2 |
| 3 a < 4 salários mínimos | 30 | 8,5 |
| 4 a < 6 salários mínimos | 44 | 12,6 |
| > 6 salários mínimos | 67 | 19,1 |
| Não respondeu | 7 | 2 |
| Fonte de Renda | | |
| Aposentadoria/pensão | 339 | 96,6 |
| Aposentadoria/pensão/ativo | 5 | 1,4 |
| Não respondeu | 7 | 2 |

Legenda: frequência (F) e percentual (%) da amostra

A Tabela 2 apresenta o sexo das pessoas longevas. Observa-se que dos 351 entrevistados 92% eram mulheres (T.2), resultado que vem a corroborar com os estudos realizados por Zibetti et al. (2010) e Schmidt et al. (2009), com pessoas idosas e também com o de Hagberg e Samuelsson (2008), que ao estudarem idosos centenários do Brasil, encontraram uma alta proporção de mulheres (82%).

Para Salgado (2002), as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens, resultando em um aumento no contingente de idosas nessa faixa etária. A expectativa de vida dos sexos foi de 7,6 anos, cabendo ao sexo masculino uma esperança de vida ao nascer de 69,06 anos e, ao sexo feminino, 76,66 anos (IBGE, 2008a).

Esse fato foi apontado pelo IBGE (2010b) no censo de 2010, o qual destaca que a população de Florianópolis de mulheres longevas é de 13.767, praticamente o dobro da população de homens longevos

(6.784). Essa representação feminina resulta de uma série de fatores, dentre os quais vale destacar: a maior expectativa de vida para as mulheres, o acompanhamento médico mais contínuo ao longo de suas vidas, bem como a maior mortalidade masculina por mortes violentas (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Outros fatores ainda são apontados para essa diferença, como: as doenças, que se apresentam de forma diferenciada entre homens e mulheres, bem como o comportamento das mulheres de procurarem mais os serviços de saúde do que os homens, o que explicaria uma maior longevidade com relação aos homens (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

O fato de que as mulheres viverem mais do que os homens contribui, portanto, que as mesmas se tornem viúvas, como podemos perceber também na tabela 2 que apresenta o estado civil dos pesquisados.

Ao avaliar 129 pessoas longevas residentes no município de São Geraldo/MG, Nogueira et al. (2010) corroboram com os achados desta pesquisa que a maioria era viúvos.

O aspecto da viuvez nos instigou a investigar com quem as pessoas longevas viviam.

Observa-se ainda na Tabela 2 que a maioria das pessoas longevas vive acompanhada, mas existe um expressivo número de pessoas longevas morando sozinha (34,2%). Neri (2007b) corrobora salientando que há mais mulheres com mais de 70 anos morando sozinhas dos que homens. Afirma ainda que na região sudeste e do sul as mulheres que vivem sozinhas representavam aproximadamente 20% e em Porto Alegre sobe para 28,5%. Percebe-se, portanto, que em Florianópolis existe um número significativo de pessoas longevas morando sozinhas.

O último censo de 2010 destaca que dos 15.068 idosos brasileiros com 75 anos ou mais, 15,7% moravam sozinhos. Destes, 2.314 pertenciam à região sul e 17,4% residiam sozinhos (IBGE, 2010b).

Para uma melhor caracterização das pessoas longevas dos grupos de convivência para idosos de Florianópolis, buscou-se identificar a etnia das pessoas longevas.

Quanto à etnia, verificou-se que 94% das pessoas longevas são brancas (T.2). No estudo do EpiFloripa (2009) verifica-se que entre as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos de terem pele

branca (85,5%). Estudo de Santos, Lopes e Neri (2007) apontam que o percentual de brancos é maior e de negros é o menor nos grupos mais velhos.

Esse resultado evidencia as diferenças regionais brasileiras com relação à raça, os dados brasileiros demonstram que 56,2% dos idosos com 75 anos ou mais são brancos e 35% pardos, já na região sul este percentual eleva para 82,4 % dos brancos (IBGE, 2010b), esses dados vêm ao encontro com os achados neste estudo, pois Florianópolis fica na região sul.

A religiosidade das pessoas longevas foi outro aspecto pesquisado. A Tabela 2 identifica as religiões mais praticadas pelos participantes da pesquisa.

Verifica-se que 90,9% são católicos (T.2). Isso também foi observado no estudo feito por Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004), dentre as religiões mais praticadas pelos idosos a católica mereceu destaque com 78,6%.

Quanto ao nível de escolaridade das pessoas longevas dos grupos de convivência de Florianópolis constata-se, na Tabela 2, que 69,6 % conseguiram estudar de 1 a 8 anos e apenas 13,6% concluíram o ensino fundamental.

A realidade brasileira com relação ao nível de escolaridade de idosos com 65 anos ou mais foi identificada no censo de 2010 e destacam que dos 15.083 entrevistados a média de anos estudados foi de 3,8, destes 34,4% não tinham instrução ou menos de um ano de estudo e 51% estudaram de 1 a 8 anos, já na região sul 62,7% conseguiram realizar de 1 a 8 anos. Schmidt et al. (2009) pesquisando 65 idosos longevos do município de Siderópolis (SC) verificaram que 83,01% tinham de 1 a 8 anos de estudo.

Observa-se na Tabela 2 que 82,4% tinham cursado o ensino fundamental, sendo que 31,2% conseguiram completar o ensino fundamental. Discordando do estudo de Santos, Lopes e Neri (2007), que identificaram nas pessoas longevas pesquisadas que 63% iniciaram o ensino fundamental, mas apenas 3% o terminaram. Relatam ainda, que não houve registro de pessoa longeva que completasse o segundo grau e que uma minoria das longevas conseguiu completar.

Já os resultados encontrados (T.2) revelam que 16,2% das pessoas longevas entrevistadas completaram o segundo grau e destes 4% cursaram o ensino superior. Este achado reflete uma realidade diferenciada das outras regiões brasileiras onde o índice de

analfabetismo é de 30,7% (IBGE, 2010b), sendo este bem superior ao encontrado nesse estudo (12,8%). A escolaridade dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa.

Com relação à renda das pessoas longevas de Florianópolis/SC verificou-se que a maioria possui renda menor que 2 salários mínimos (41,6%). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009 pouco menos de 12,0 % das pessoas longevas viviam com renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados (IBGE, 2010a), esses dados vão ao encontro dos achados do estudo que evidenciam que 11,4% não recebem um salário mínimo.

É importante salientar que 31,7% vivem com mais de 4 salários mínimos e 19,1% possuíam mais de 6 salários, esse fato pode estar relacionado ao nível de escolaridade das pessoas longevas (F.2). Em consonância com o estudo, Santos, Lopes e Neri (2007) apontam que é nítida a relação entre o nível de renda e escolaridade, pois as pessoas longevas que ganhavam mais de 10 salários mínimos, 46% cursaram o ensino superior e os que nunca foram à escola ou tinham o segundo grau incompleto apresentando rendimentos mais baixos.

Na Tabela 2 verifica-se que 96,6% dos entrevistados são aposentados e/ou pensionistas, porém não estão mais ativos no mercado de trabalho. O estudo do EpiFloripa (2009) vai ao encontro com os resultados encontrados que evidenciou um índice também elevado de idosos aposentados (78,2%).

Também se observam que poucas pessoas longevas eram consideradas aposentadas ativas no mercado de trabalho (1,4%). Segundo Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004) estudo realizado com pessoas a partir de 60 anos verificou-se que 40,2% destas pararam de trabalhar aos 51 a 60 anos e que 20,3% se mantinham economicamente ativas, ou seja, no mercado formal ou informal de trabalho. A maioria estava aposentada e não possuía outra atividade, corroborando com o fato de que as maiores formas de sustento dos idosos são a aposentadoria e pensão do esposo (a).

O nível de atividade física das pessoas longevas foi outro aspecto analisado neste estudo. A Tabela 3 apresenta os diferentes níveis de atividades físicas nos domínios do IPAQ, sendo eles: trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer.

Tabela 3. Nível de atividade física das pessoas longevas

| Características dos Domínios do IPAQ | F | % |
|---|----------|----------|
| AF no Trabalho | | |
| Inativo (a) | 342 | 97,4 |
| Pouco ativo (a) | 7 | 2 |
| Muito ativo (a) | 2 | 0,6 |
| AF no Transporte | | |
| Inativo (a) | 149 | 42,5 |
| Pouco ativo (a) | 146 | 41,6 |
| Muito ativo (a) | 56 | 15,9 |
| AF Doméstica | | |
| Inativo (a) | 216 | 61,4 |
| Pouco ativo (a) | 87 | 24,8 |
| Muito ativo (a) | 48 | 13,7 |
| AF no Lazer | | |
| Inativo (a) | 230 | 65,5 |
| Pouco ativo (a) | 61 | 17,4 |
| Muito ativo (a) | 60 | 17,1 |

Observa-se na tabela 3 que as pessoas longevas são muito inativas (97,4%) nesse domínio de atividades físicas. Corroborando com o presente estudo Benedetti, Mazo e Barros (2004), ao estudarem idosos mais jovens de Florianópolis/SC, identificaram que 93% eram inativos no domínio do trabalho. Jardim (2007) menciona que o mercado de trabalho é o primeiro a excluir o velho por considerá-lo defasado e com menor capacidade produtiva, tratando-se de pessoas em idade mais avançada essa realidade é mais presente. Esse fato pode estar relacionado ao elevado número de pessoas longevas serem aposentadas e/ou pensionistas, bem como o baixo número que realizavam trabalho remunerado ou voluntário (T.3).

No domínio AF no transporte, conforme a Tabela 3, as pessoas longevas representam em sua maioria inativa (42,5%) e pouco ativa (41,6%). Resultados semelhantes foram encontrados por Cardoso, Mazo e Japiasú (2008), onde identificaram alto índice de sedentarismo (71,2%) no quesito transporte entre idosos acima de 60 anos. As dificuldades de transporte tornam-se maiores na medida em que se envelhece, devido ao surgimento de morbidades e incapacidades dessa faixa etária.

A Tabela 3 demonstra que no domínio AF doméstica, 61,4% das pessoas longevas eram inativas. Estudos que utilizaram o mesmo instrumento identificaram que a atividade doméstica correspondeu a 40% do total de atividades físicas praticadas pelos idosos (CARDOSO; MAZO; JAPIASÚ, 2008). Já o estudo de Mazo et al. (2005) contraria os resultados apontando 91,5% de idosos ativos nas atividades domésticas.

Com relação ao nível de AF das pessoas longevas no lazer, ou seja, as atividades de recreação, desporto, exercício ou lazer que executam habitualmente numa semana normal, a tabela 3 assinala que no domínio lazer a maioria foi considerada inativa (65,5%).

Fazendo uma comparação entre os domínios do IPAQ (trabalho, atividade doméstica, transporte e lazer) o nível muito ativo predominou na atividade de lazer (17,1%) e o nível inativo foi no domínio trabalho com 97,4% (T.3). Já Binotto, Borgatto e Farias (2010) ao observar os diferentes domínios com idosos acima de 60 anos, constataram que há predominância das atividades físicas de lazer e recreação (42,01%) sobre os demais domínios.

Para melhor análise buscou-se verificar o número de pessoas longevas que praticavam regularmente AF no tempo de lazer, sendo representado no Gráfico 1.

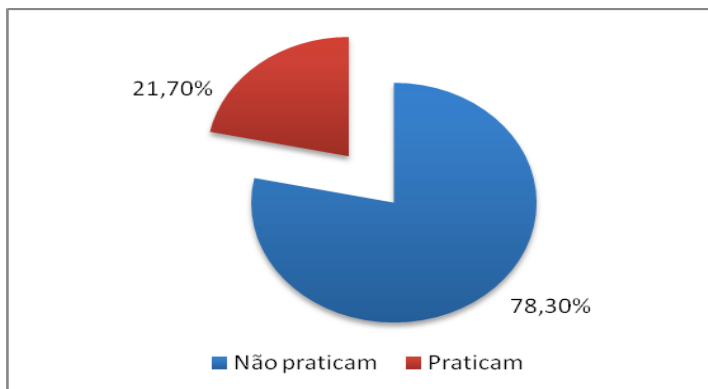


Gráfico 1. Prática de atividades físicas de lazer (%) de pessoas longevas (n=351)

Observa-se no Gráfico 1 que apenas 21,7% realizam atividade física regular no tempo de lazer das pessoas longevas pesquisadas. O alto índice de sedentarismo nas atividades físicas praticadas no tempo

de lazer pode ser devido à sociedade brasileira possuir muitas barreiras que influenciam o idoso a não praticar atividades físicas, como as condições do meio de transporte (LEHR, 1999).

Corroborando com os achados neste estudo os dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde dos Estados Unidos de 1992, com idosos acima de 65 anos, indicaram que apenas 37% dos homens e 24% das mulheres entrevistadas praticavam atividades físicas no tempo livre por três ou mais vezes por semana e por mais de 30 minutos nas últimas duas semanas (YUSUF et al., 1996). Em estudo sobre o perfil do idoso de Florianópolis/SC, em que foram avaliados 875 idosos de ambos os sexos com idade a partir de 60 anos, Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004) verificaram que 74,3% não realizavam qualquer atividade física no tempo de lazer, em conformidade com os resultados encontrados no presente estudo (78,3%).

Também Zaitune et al. (2007), a partir de amostras representativas e de base populacional, em seus estudos realizados em São Paulo apontam que a prevalência de inatividade física está em torno de 70%. Da mesma forma, Matsudo et al. (2002) também evidenciou dados parecidos em São Paulo ao estudarem 202 mulheres com idades entre 50 e 69 anos e 52 mulheres com mais de 70 anos e concluírem que o nível de atividade física destas mulheres era 32,1% e 34,6% respectivamente.

Em consonância com os achados do estudo no sul do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Pelotas, a prevalência da inatividade física foi observada por Hallal et al. (2003), ao analisar 183 mulheres com idades entre 60 e 69 anos, onde 43% das pessoas estudadas eram insuficientemente ativas fisicamente, sendo que com o avançar da idade estes valores foram ainda superiores, atingindo 69,1% nas mulheres com mais de 70 anos.

O Gráfico 2 representa a somatória dos domínios anteriormente revelados.

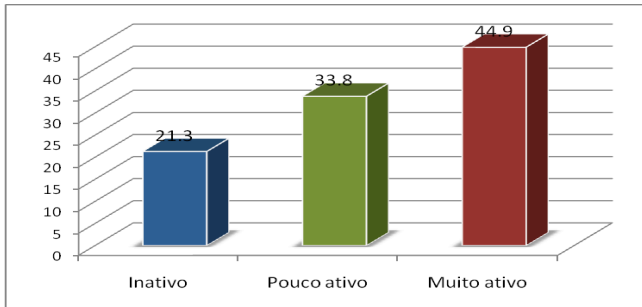


Gráfico 2². Somatório do domínio do IPAQ (%) das pessoas longevas (n=351)

Na soma de todos os domínios do IPAQ, pode-se afirmar que 44,9% das pessoas longevas do estudo eram muito ativas fisicamente (G2). Estudos com idosos mais jovens apontam para uma maior somatória dos domínios. Mazo et al. (2005) em seu estudo com mulheres idosas (n=198) com 65 anos ou mais de idade (M=73.6 anos), que participavam de grupos de convivência para idosos de Florianópolis/SC, constatou que 66,2% das idosas pertenciam ao nível de AF mais ativo. Binotto, Borgatto e Farias (2010), com idosas (n=234) de 60 a 84 anos de idade também participantes de grupos de convivência de Florianópolis/SC, observaram 82,1% foi considerada como mais ativas.

Essa diferença de valores nos níveis totais de AF desses estudos, citados anteriormente, pode ser devido aos critérios de inclusão na amostra, apesar de todos serem feitos em grupos de convivência para idosos de Florianópolis/SC. Binotto, Borgatto e Farias (2010) estudaram idosas com idade de 60 a 84 anos; Mazo et al. (2005) utilizou uma seleção aleatória estratificada de idosas com idade variando de 65 a 80 e/ou mais anos. Já o presente estudo envolveu pessoas longevas (80 ou mais anos de idade). Outro fato que pode ter contribuído para essa

² Neste gráfico não foi utilizada a categoria sedentário, pois não foi identificada nenhuma pessoa longeva nesta categoria

diferença de resultado pode ser o aumento da idade cronológica, as idosas tendem a diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas (BINOTTO; BORGATTO; FARIAS, 2010). Percebe-se que 55,1% das pessoas longevas consideram-se inativas e pouco ativas (G.2).

Nesse sentido, Moschny et al. (2011), Eiras et al. (2010), Lees et al. (2005), Benedetti, Petroski e Gonçalves, (2003) e Hallal et al. (2003) explicam que o aumento da inatividade física é influenciado por muitos fatores, sendo a idade um deles, ou seja, na medida em que a idade aumenta, a pessoa tende-se a tornar-se menos ativo.

4.1.2 Participantes dos grupos focais

Dando continuidade a caracterização das pessoas longevas do estudo, apresenta-se a seguir os participantes do segundo momento da pesquisa que atuaram nos grupos focais. O contingente populacional de pessoas longevas de Santa Catarina que é de 80.737, destes 7 mil são pessoas longevas. Florianópolis corresponde a 20.551 idosos, desses 6.784 são do sexo masculino e 13.767 do sexo feminino (IBGE, 2010b). O que caracteriza Florianópolis como uma cidade de mulheres longevas contribuindo a feminilização da população catarinense e brasileira.

Esse dado pode ter influenciado para que, no segundo momento do estudo, a coleta de dados tenha acontecido apenas com mulheres longevas. Outro fato é que são poucos os homens idosos frequentando grupos de convivência. Essa participação efetiva das mulheres nos grupos de convivência para idosos também foi assinalado por Zibetti et al. (2010) e Schimidt et al. (2009), em suas pesquisas envolvendo pessoas longevas com idade igual ou superior a 80 anos.

Aquini (2010) também em seu estudo encontrou 92% mulheres idosas participando de grupos de convívio e evidencia que há uma tendência dessas participarem de ações coletivas. Os homens são em minoria nos grupos de idosos (TRENITI et al, 2005). As idosas são mais frequentadoras de grupos de convivência, movimentos sociais, viagens e oportunidades de lazer e ainda as que mais se dedicam a trabalhos remunerados temporários e trabalhos voluntários. Elas são mais conectadas socialmente (NERI, 2007b).

O estudo em questão envolveu 69 mulheres longevas participantes de grupos de convivência para idosos de Florianópolis/SC. Destas 30 participaram do Grupo Focal Inativo (GFI) com média de

idade de $86,07 \pm 4,70$ anos e 39 participaram do Grupo Focal Ativo (GFA) com média etária de $82,51 \pm 2,90$ anos. Sendo esses distribuídos nas cinco microrregiões de Florianópolis (centro, norte, leste, sul e continente).

O estudo realizado por Lee et al (2005) com seis grupos de foco ($n = 66$): três com praticantes de AF ($n = 37$) e três com não praticantes ($n = 29$), com idade a partir de 65 anos e 57 eram mulheres, corrobora com o número de pessoas longevas participantes dos GF.

Durante os encontros nos grupos focais foram evidenciadas algumas características próprias dessa população longeva de Florianópolis, que são descritas a seguir: acredita-se que essas características possam contribuir para uma melhor identidade dessas pessoas, portanto, busca-se focar as longevas em suas atividades ocupacionais e a participação em grupos de convivência para idosos e atividade física.

4.1.2.1 As longevas e suas atividades ocupacionais

Buscou-se identificar as atividades ocupacionais das longevas objetivando comparar entre as participantes dos GFA e GFI. As longevas inativas afirmam que tiveram que trabalhar muito para criar os filhos.

[...] trabalhei muito, lutei muito para criar os filhos (GFI7);

[...] criei meus filhos, quase todo o ano tinha um filho, lavava roupa fora de casa, não tinha água dentro de casa e levava um pote com água e um balaio no quadril e o pano nas costas, chegava em casa e tinha que pegar lenha para acender o fogo, era muito trabalho (GFI8).

Relataram que tiveram oportunidade de diversão antes de casar, iam aos bailões, após casarem essa atividade deixou de ser realizada: “[...] foi só casar, tive que lavar cuidar de neném, ralar mandioca no engenho, fazer beiju” (GFI9). Ao ficarem viúvas tinham que superar a defasagem salarial com novos trabalhos:

[...] quando fiquei viúva, tinha sete filhos esperando o oitavo, não saía para lado nenhum, não passeava, não sabia o que era uma festa, nem na igreja dava para ir. Saía de manhã para trabalhar nas casas como faxineira e chegava à tarde. Os filhos ficavam em casa, muitos dias eles esperavam por mim para poder comer (GF19);

[...] fiquei com cinco filhos, viúva, lavava para fora, costura e fazia renda para vender (GF110).

As ocupações eram intensas: “[...] nós tivemos venda catorze anos. Depois sete anos de padaria, oito anos de açougue e fora as vacas que nós tínhamos tiravam leite, eu lavava aqueles latões de vinte litros todo dia” (GF110).

As longevas inativas narraram também que faziam atividades artísticas: “[...] toquei violão desde os 12 anos, fazia domingueira antigamente” (GF16); “[...] fazia teatro, nós tínhamos um grupo que se reunia e ia as casas para encenar” (GF18).

Pode-se constatar que as ocupações do passado das longevas inativas eram bem diversificadas e intensas em sua maioria: “[...] cuidei da minha casa muito tempo, levando tudo para dentro de casa, para os filhos tudo, mas agora graças a Deus estou no céu!” (GF110).

Da mesma forma que as longevas inativas, as ativas também apresentaram uma ocupação intensa no passado: tiveram comércio, trabalhavam na roça em plantações e colheitas, trabalhavam no engenho de farinha, faziam todo serviço de casa de forma similar as inativas. Relataram que também se dedicavam a evangelização com trabalhos bíblicos na igreja católica.

As longevas inativas enfatizaram que tiveram relacionamento conjugal bom, o que não foi observado nos depoimentos das longevas inativas: “[...] pensei que tinha casado com um homem e ele depois mudou. Para aguentar com o marido até o final tive que trabalhar mais do que ele, pois ele não quis mais trabalhar e eu tive que sustentar a casa” (GF110).

Já as ativas trabalhavam sempre em parceria com o marido, mesmo sendo pobres lutaram juntos “[...] casamos, mas tivemos que lutar, colhia café, fazia farinha, cuidava dos filhos, da casa, lavava

roupa, criava galinha, casei pobre, mas vivi 33 anos e meio em um paraíso, meu casamento foi bom” (GFA2).

As longevas ativas, também, salientam que sempre foram muito ativas e tinham como hábito de caminhar muito:

[...] sempre fui ativa, desde menina morava na Barra de Aririu e ia até Santo Amaro da Imperatriz caminhando, era mais de 30 km (GFA3);

[...] sempre fui de andar muito, trabalhei até os 70 anos, aposentei por causa da idade, sempre andei muito, meu caminhar era quase correndo (GFA4).

As longevas inativas esclareceram que trabalhavam muito, mas gostavam muito do que faziam e ainda sentem falta dessas atividades *“[...] sinto muita falta do trabalho, de fazer renda de bilro, de vender banana e laranjas no mercado, graças a Deus ainda tenho saúde e vida” (GFA3).*

As longevas tiveram muita ocupação no passado. Profissionalmente foram na maioria do lar e trabalhavam na roça. As longevas inativas relataram que eram: professora primária, auxiliar de direção escolar, faxineira, empregada doméstica. Já as ativas tiveram como profissão: costureira, professora na escola profissional feminina, professora de arte culinária, professora aposentada como coordenadora local de Educação, telecomunicações, modista, funcionária pública, técnica de enfermagem e uma pertenciam a uma congregação missionária.

As atividades ocupacionais que as longevas estão desempenhando e gostam de fazer, na opinião das longevas ativas é participar dos grupos de convivência, grupo de ginástica e dança do CDS/UFSC, dançar nos bailes, fazer teatro no SESC, participar do grupo bíblico, cantar, fazer poesia. Os trabalhos manuais que gostam de fazer é pintar em tecido, tricotar, bordar a máquina e a mão, fazer crivo, renda de bilro, fuxico. Realizam trabalhos voluntários nos asilos, visitam doentes como também gostam de ir ao shopping. O seu tempo é ocupado ao máximo com atividades prazerosas.

[...] tenho muitos grupos, de terça a sexta e ainda participo do grupo de Dança e a ginástica (GFA1); faço tricô, agora estou empolgada em fazer fuxico (GFA1);
 [...] tenho um grupo as quartas feira na SEOVE, nós trabalhamos como voluntárias com as vovós. Tenho outro grupo que se reuni uma vez por mês se chama 12 amigas, esse é só para bate papo (GFA3);
 [...] gosto de ir ao shopping olhar vitrines é bom (GFA5).

Já as atividades de lazer das longevas inativas se concentram nas atividades realizadas nos grupos de convivência para idosos que é o bingo e trabalhos manuais. O tempo é ocupado fazendo artesanato como mosaico, crochê, tricô e renda de bilro. Gostam também de costurar, ler, cantar e assistir a missa. Relatam:

[...] todo dia eu leio jornal, um trecho da Bíblia (GFI10);
 [...] ainda faço os meus mosaicos (GFI6);
 [...] eu gravei um CD com músicas que eu compus, eu que criei a música e a letra. Meu neto acompanha no violão (GFI10).

Como pode-se observar as longevas inativas realizam atualmente atividades de lazer de menor exigência corporal, pois se restringem as atividades que não exigem muito deslocamentos e com movimentos de baixa intensidade.

A ocupação semanal das longevas inativas se limita aos serviços de casa auxiliando familiares e trabalhos manuais, que lhe dá um retorno financeiro. Mas, a maioria alegou não fazer mais nenhum serviço pesado em casa, possuem uma faxineira ou familiares que fazem:

[...] faço toalha de crochê, fuxico, almofada, tapete, colcha (GFI6);

[...] hoje eu não faço mais nada, quando precisa de uma limpeza geral a filha vai lá e limpa [...] a única coisa que eu faço é lavar a louça do café, mais nada (GFI10).

Já as longevas ativas têm hábito de ocuparem-se em atividades domésticas e de lazer bem mais do que os inativos. Tem mais disposição para realizar as atividades da vida diária: “[...]6 horas da manhã já estou trabalhando, arrumo a minha casa e vou arrumar a casa de minha bisneta. Ela trabalha até as 17 horas [...] corto com machado, torro café, faço colorau, faço o que me parece” (GFA2).

Além das ocupações com o serviço de casa, diariamente se mantém ativas com trabalhos artesanais, voluntários, práticas de atividade física e práticas de lazer: “[...] estou a 26 anos na ginastica, dança e tudo mais” (GFA1); [...] “faço trabalhos manuais para ajudar as comunidades pobres, a gente faz manta, meias para os velhinhos do asilo” (GFA2).

As longevas ativas percebem que ainda tem potencial para continuar fazendo:

[...] tenho certeza absoluta que ainda posso trabalhar bastante (GFA3);

[...] trabalho para a filha, trabalho porque quero. Tenho sete mil saches para fazer esse ano, tudo costurado à mão, toda semana eu faço 200 a 300 saches (GFA3).

Alegam que se manter ocupado promove a saúde, e assim não têm oportunidade de pensar besteira:

[...] o trabalho faz você não ter tempo para pensar besteira (GFA5);

[...] acordo às 7 horas amanhã, faço salgadinho para fora, depois quando termino o salgadinho, vou escutar a missa, sou muito devota do pai eterno (GFA3).

4.1.2.2 Participação em Grupos

4.1.2.2.1 Participação nos Grupos de Convivência para Idosos

Os grupos de convivência para idosos brasileiros surgiram por meio de um projeto para desenvolver trabalhos com idosos elaborados por meio de uma equipe técnica do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1977 (BENEDETTI; LOPES, 2009). O primeiro programa para a terceira idade surgiu na década de 70, por meio do Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo. Desde então, os grupos de convivência para idosos vêm proliferando em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e instituições de ensino superior (COUTINHO; CARVALHO, 2005; FARIA JUNIOR, 2001, ARAÚJO). Esses grupos realizam atividades variadas, de cunho recreativo, cultural, social, educativo e de promoção da saúde. Segundo dados coletados junto a Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis, em 2010, estavam cadastrados 105 grupos de convivência para idosos que envolvia 4509 idosos.

Durante as exposições nos grupos focais, as longevas sempre pontuaram o grau de importância dos grupos de convivência para idosos em sua vida, destacando com muita satisfação a possibilidade de estar participando regularmente de todas as atividades. A criação desses grupos deu novos rumos ao envelhecimento na opinião das depoentes.

[...] tive oportunidade de viver em outros países e penso que uma das coisas que ajudou muito no mundo foi o grupo de terceira idade
[...] ganhei mais de quatro anos em minha vida depois que fui para o grupo de terceira idade
[...] é a melhor coisa que existe [...] a gente fica imaginando o que vai fazer amanhã, não fica pensando besteira, vai sair e encontrar as amigas, passear (GFA2);
[...] morava na Lagoinha não conhecia nada
[...] nunca pensei em conhecer lugares em minha vida como estou conhecendo agora (GFA4);

[...] eu só me acostumei aqui em Florianópolis, depois que entrei nos grupos. Antes disto eu achava horrível, muito parado, estava aposentada me sentia mal (GFA3).

Os relacionamentos positivos que aconteceram nos grupos de convivência evidenciados pelas longevas foi também identificada por Araújo, Coutinho e Carvalho, (2005) em João Pessoa, Paraíba ao estudar 100 idosos e também Borges et.al. (2008), que envolveram em seus estudos 197 idosos em Belo Horizonte, Minas Gerais. Ambos os estudos caracterizam o grupo de convivência como espaços de excelência, onde as práticas sociais desenvolvidas contribuem para que os idosos exerçam seu papel de cidadão.

As longevas inativas também consideram os grupos de convivência para idosos um meio de aquisição de novas amizades, novas conquistas pessoais. Além de oportunizar trocas de experiências entre as longevas, o reencontro de amigas e as conversas distraem e fazem com que tenham novas perspectivas de vida.

[...] O dia que a gente tem grupo, conversamos, distraímos, chega a hora do lanche, compartilhamos a comida, rimos, brincamos. Meu esposo hoje faz 5 anos que faleceu, se não fosse o grupo eu tinha caído em depressão. Minha prima me convidou para ir ao grupo, para me distrair. O médico disse que o grupo foi muito bom para mim (GF18);
[...] renasci depois que eu fui para os grupos de idosos (GF19).

São de fundamental importância os grupos de convivência para essa faixa etária, onde propicia a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo para evidenciar as potencialidades da pessoa com idade avançada e também, para o restabelecimento da auto-imagem positiva, uma vez que, em geral, o contexto familiar não favorece a utilização das potencialidades dos idosos (BORGES et al. (2008).

Esses grupos de convivência para idosos desenvolvem várias atividades que satisfazem o centro de interesse das pessoas longevas. Normalmente, em Florianópolis, esses grupos funcionam nos centros comunitários, salão paroquial, clube e associações. Possuem um coordenador ou presidente que, voluntariamente, com o apoio de outros membros, direcionam e desenvolvem várias atividades.

Afonso (2009), envolvendo 250 idosos salienta que o Núcleo de Atividades para a Terceira Idade da Universidade de Pelotas oferece atividades de lazer como: passeios, viagens, festas comemorativas, e palestras informativas e motivacionais.

Pode-se observar, com base nos depoimentos das longevas ativas, que apresentavam atividades bem diversificadas como: brincar de balão, dança na cadeira, da vassoura, com som ao vivo de uma sanfona, passeios, viagens, palestras. Outras se dedicavam a realizar mais trabalhos manuais como: crochê, tricô, fuxico, pintura em tecido, bordado e renda de bilro.

A atividade física era realizada duas vezes por semana, bem como jogos de salão, sendo o dominó uma atividade mais realizada pelos homens, mas a maioria dos grupos realizava o bingo envolvendo quase toda tarde.

[...] não tem nada programado, a gente conversa, passeamos no pátio, agora tem ginástica (GFA1);

[...] lá a gente dança na ginástica, brinca de laranja, viaja [...] lá no grupo de Pontas das Canas nos fizemos tapete, renda, bordamos, estamos fazendo bonequinhos de concha de marisco e de berbigão, trabalhamos bem lá (GFA3).

Uma longeva apontou que tem um grupo de convivência, o qual ela denominou de “particular”:

[...] também tenho um grupo de amigos, todos são amigos, mas eu tenho um grupo de amizade particular. Cada encontro é na casa de um componente, quando é em minha casa, eu

dou o lanche para todos. Quando é em outra casa, não levo nada, é um sistema de rodízio GFA3.

Com base nos depoimentos pode-se assinalar que os grupos de convivência promovem trocas de experiências que contribuem para um envelhecimento ativo para a pessoa longeva. As atividades que promovem são de fácil realização e de caráter integrativo o que têm favorecido ao envelhecimento ativo.

Ocupar o tempo livre com grupos de convívio e de AF foi sendo incorporado pelas pessoas longevas de Florianópolis. Algumas das longevas entrevistadas foram as precursoras dos grupos de convivência para idosos nas comunidades, ginástica, jogos adaptados e de dança. Sendo assim, a participação em grupos de convivência para idosos contribui para uma nova realidade do ser idoso e, também, estimula pessoas em idade avançada a investirem em um envelhecimento ativo.

A participação nos grupos de convivência para idosos e de AF vem contribuindo para se ocuparem com atividades que gostam de realizar e que favorecem a ampliação de seus laços de amizade, que para as longevas é primordial em sua vida.

[...] lá no SESC encontrei uma pessoa que foi cem por cento, eu vim de Porto Alegre e estava estranhando horrores a vida em Florianópolis, pensei até em voltar para minha terra, conversando comigo e me tranquilizando fez com que eu ficasse gostando. Estou completamente adaptada (GFA4);

[...] nos grupos temos oportunidade de rever amigas, que a gente não vê há muito tempo [...] não conhecia ninguém e entrando nos grupos é que fiz amigas, novas amigas (GFA2).

4.1.2.2.2 Participação na atividade física

O público da terceira idade em busca de atividade física para uma vida mais saudável e de qualidade passa a procurar atividades como: ginástica, caminhada, dança, jogos e grupos de convivência para idosos (LAURINDO, 2009).

O exercício físico, ao ser praticado regularmente, melhora aspectos físicos como a capacidade muscular, resistência, equilíbrio, mobilidade articular, agilidade, velocidade da caminhada e a coordenação geral, como também têm efeitos positivos no metabolismo, auxiliando na regulação da pressão arterial e no controle da massa corporal (HEIKKINEN, 2005).

No Brasil, entretanto, mesmo reconhecendo os benefícios de se praticar regularmente uma ou mais atividades físicas, o número de pessoas idosas que se exercitam regularmente ainda é baixo. Segundo relatório do Vigitel, 17,3% das pessoas com 65 anos ou mais pratica atividades físicas no lazer ou no deslocamento e 22,3% são inativas fisicamente (BRASIL, 2010).

Isso pode estar atrelado aos aspectos motivadores descritos na literatura como: atitudes e crenças sobre exercícios físicos; falta de interesse e de acesso; inexistência de suporte social; características ambientais (insegurança, ausência de espaços adequados, falta de iluminação, dentre outros) (CORSEUIL et al., 2011; SALVADOR et al., 2010; SALVADOR et al., 2009; REICHERT, 2004).

Na percepção das longevas ativas, atividade física é identificada como uma atividade regular que faz parte de sua rotina de vida semanal realizada quase que diariamente. Envolvem: caminhada, dança, ginástica, hidroginástica, natação, musculação, alongamentos e yoga.

[...] eu faço ginástica três vezes por semana e yoga duas vezes (GFA2);

[...] minha atividade física é a dança, eu sempre gostei de dançar (GFA1);

[...] gosto de fazer tudo quanto é exercício, gosto de dançar, pular, jogar futebol com os netos, fazer tudo que é brincadeira, sou bem ativa, [...] faço hidroginástica de segunda a sexta (GFA3);

[...] estou na hidroginástica, natação, ginástica, caminho e no SESC faço teatro e cinema (GFA4).

Nos depoimentos, percebe-se que as longevas buscam atividades físicas diferenciadas para se manter em plena atividade. Lorda (2004) corrobora salientando que o exercício físico objetiva aumentar os anos de bem estar. As atividades como recreação, jogos e a dança, levam o idoso a esquecer as tensões do ambiente e proporcionam uma opção para diversão e socialização com pessoas da mesma faixa etária (SALVADOR, 2005).

Os trabalhos domésticos também fazem parte das atividades da vida diária das longevas, tais como: fazer renda, varrer, cozinhar, limpar o pátio, fazer faxina na casa, lavar roupa; assim como, viajar e jogar com suas amigas: canastra, mexe-mexe, dominó.

[...] além da nossa ginástica, faço o serviço de casa, comida, lavo a roupa, tenho máquina, pouca roupa eu lavo na mão, [...] tirei toda roupa do varal da garagem, botei tudo no sol, fiz o almoço, recolhi antes de sair para chegar aqui no horário (GFA3).

Para Witter (2006), é importante que a pessoa longeva esteja em grupo e dê continuidade, fazendo com que supere as dificuldades biopsicossociais decorrentes da velhice. Uma das opções está relacionado ao lazer como, por exemplo: turismo, atividades manuais e sociais e a dança. Cabe lembrar que cada pessoa longeva se identifica com um tipo de atividade, ficando ao seu critério o que mais lhe proporcione prazer e bem estar.

4.1.2.3 Envelhecendo na Percepção das Longevas

O Envelhecimento é onipresente em nossa sociedade e se processa de maneiras diferentes e em ritmos diversos. Compreender os processos fundamentais que determinam a causa, bem como avaliar a

necessidade de procedimentos que possam prevenir, interferir e deter esse processo é essencial (SPIRDUSO, 2005).

Costa (2010), Mazo, Lopes e Benedetti (2009), Teixeira (2008) assinalam que as diferentes formas do envelhecimento humano se definem pelos fatores ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais entre outros. Corroborando nesse sentido, alguns desses fatores foram identificados ao se analisar o entendimento de envelhecimento nos depoimentos das pessoas longevas pesquisadas, neste estudo.

O envelhecimento é um processo natural e progressivo e, portanto, é comum a todos, envolvendo mecanismos debilitantes que afetam a capacidade de realizar diversas funções, desde as atividades básicas às instrumentais da vida diária (Heikkinen, 2005). Em sua totalidade, abrange a dimensão psicológica, biológica, social e existencial, sendo assim, o envelhecimento varia de pessoa para pessoa e é determinado pela genética, influências do estilo de vida e do meio ambiente e estado nutricional (VIEIRA, 2004).

Na visão das longevas ativas e inativas, o envelhecimento humano sofreu alterações ao longo dos anos. Destacam que o envelhecimento mudou, pois as pessoas mais velhas atualmente apresentam menos mudanças físicas oriundas do processo de envelhecimento.

[...] a minha mãe morreu com 72 anos, a gente ia fazer farinha e ela ficava ali sentadinha, o pessoal naquela época envelhecia mais rápido, eu estou com 81 anos, não estou nova, mais estou bem disposta (GFA2);

[...] antigamente para mim se envelhecia mais rápido, uma pessoa com 50 e 60 anos já não saía mais de casa (GFI8);

[...] quando me casei a minha sogra tinha 60 anos, já era uma velhinha, sou mais ativa aos 83 anos do que a minha sogra com 60 anos (GFI9);

[...] eu acho que o envelhecimento mudou no mundo (GFA2).

A mudança globalizada é algo percebido pelas longevas ativas, sendo contextualizada que essa mudança foi e é ocasionada porque o

idoso mudou: “[...] o mundo mudou, na verdade fomos nós que mudamos” (GFA2).

Ao longo da vida é possível identificar mudanças biofisiológicas entre as fases de desenvolvimento humano. A passagem da maturidade para o envelhecimento é fixada por muitas influências dos aspectos psicossociais e legais do que biológicos (NETTO, 2007).

As longevas observam o envelhecimento como um processo contínuo: “[...] tantas coisas boas que eu fiz. Fico realizada, porque eu não parei. Envelhecer não é parar, porque eu não parei esperando o tempo passar. Eu fui muito além” (GFA5).

Percebem que o envelhecimento exige mudança e cautela em suas ações: “[...] tudo tem que ser feito na medida do possível, não se deve exigir e querer fazer aquilo que realizava quando jovem, tem que se ter calma, faço sempre tudo devagarzinho” (GFA4).

As mudanças segundo Vieira (2004) são observadas no idoso como uma perda gradual da elasticidade do tecido conjuntivo, um aumento da quantidade de gordura no organismo, uma diminuição do consumo de oxigênio e da quantidade de água e uma diminuição da força muscular. À medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem, ainda ocorre à diminuição da atividade física que, conseqüentemente, facilita a aparição de doenças crônicas, que, contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento.

Mais que a doença crônica, é o desuso das funções fisiológicas que pode trazer mais problemas. A maioria dos efeitos do envelhecimento acontece por imobilidade e má adaptação e não por causa de doenças crônicas (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000). Sendo assim, a atividade física é uma grande aliada da longevidade, favorecendo para a diminuição do risco de aparecimento de doenças (PATRÍCIO et al., 2008).

4.1.2.4 Limitações Percebidas das Pessoas Longevas

Nesse momento do estudo buscou-se enriquecer as discussões intercalando resultados dos grupos focais com os encontrados no primeiro momento do estudo por meio dos gráficos 3 a 4. Observa-se no

Gráfico 3 que a existência de doentes crônicos dentre as 351 pessoas longevas que participaram do primeiro momento do estudo.

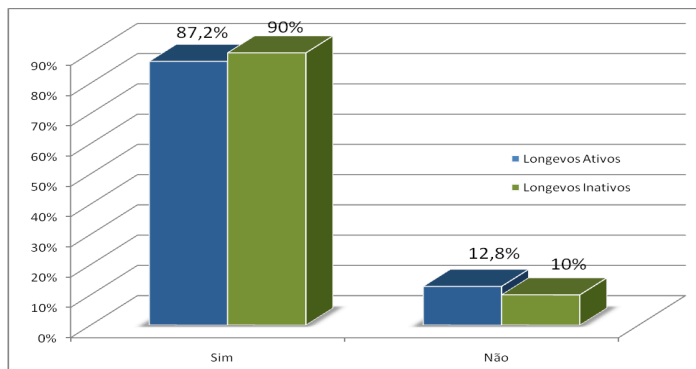


Gráfico 3. Existência de doença (%) das pessoas longevas (n=351)

A maioria das pessoas longevas possui uma doença crônica degenerativa, como é evidenciado no Gráfico 3, Moreira et al. (2007) relata que esse grupo etário tem tendência a maior prevalência de doenças. À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças e para aqueles de 75 anos ou mais, esta proporção cai para 19,7% (IBGE, 2010a).

É importante destacar que foram encontradas pessoas longevas ativas (12,8%) e inativas (10%) sem doenças nos grupos de convivência de Florianópolis. Pode-se dizer que envelhecer sem doença crônica é uma exceção, entretanto ter a doença não significa necessariamente exclusão social (IBGE 2009).

As limitações são sentidas e observadas, com o surgimento das doenças crônico-degenerativas como: diabetes, hipertensão, dislipidemias, doenças osteoarticulares, cardíacas, entre outras. As longevas buscam se adaptarem com essa nova realidade.

[...] tenho artrose e dor no pé. É, mas mesmo com dor eu faço minhas atividades, mesmo

mancando eu vou lá e faço. Isso não me impede, vou devagar, mas eu vou (GFA5);
[...] diabetes, pressão alta, colesterol alto. Isso é tudo doença de velho (GFI8);
[...] graças a Deus a minha cabeça está bem boa, tomo 12 comprimidos por dia, mas estou bem porque estou enxergando, falando, com boa memória aos 80 anos (GFI7).

Corroborando com os achados Schwanke et al. (2002) também encontraram entre os pesquisados que 60% das pessoas longevas apresentaram uma doença crônica, geralmente a hipertensão. As doenças comumente associadas a esta faixa etária de 80 ou mais são o AVC, câncer, doenças cardiovasculares (MOREIRA et al., 2007; XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004; MARAFON et al., 2003; SCHWANKE et al., 2002), hipercolesteromia (WERLE et al., 2009) e insuficiência renal crônica (SMELTZER; BARE 2006).

Chaimowicz (1997) acrescenta que além da possibilidade maior de desenvolver demências, os déficits cognitivos também têm grande prevalência nas pessoas longevas. De acordo com Schmidt et al. (2009), nessa faixa etária a maioria apresenta uma discreta perda de memória, pois os resultados de seu estudo realizado na cidade de Siderópolis/SC, 70,9% desses apresentaram algum tipo de perda de memória.

No estudo de Santos e Sicheri (2005) os idosos de idade mais avançada se comparados aos adultos apresentaram menor prevalência de obesidade. Isto é explicado pelos mesmos autores quando estes citam que o envelhecimento promove mudanças importantes na massa muscular e no padrão de distribuição de gordura corporal, alegam que o peso corporal diminui com a idade.

A utilização de medicamentos para controlar a doença é assinalada pelas pessoas longevas dos grupos de convivência como se observa no Gráfico 4.

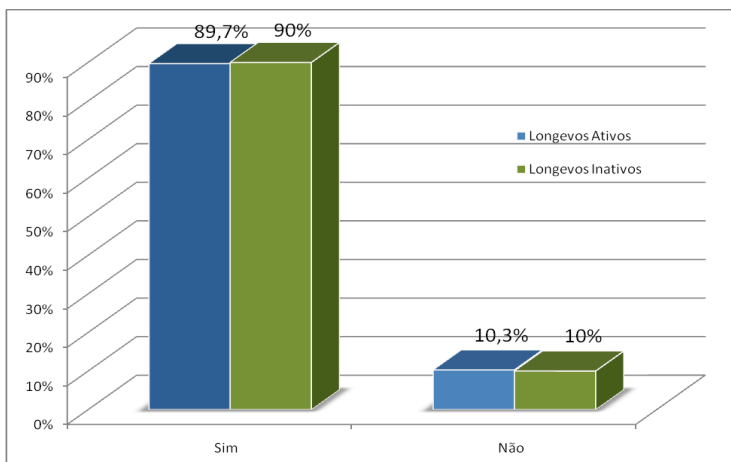


Gráfico 4. Consumo de medicamentos (%) das pessoas longevas (n=351)

As pessoas longevas utilizavam medicamentos para controlar suas doenças crônicas e que essa relação é condizente com as doenças apontadas. É importante salientar que o estudo encontrou pessoas longevas que não faziam uso de medicamentos (G.4)

Em um estudo feito por Benedetti, Petroski, Gonçalves (2004), que traçou o perfil dos idosos do município de Florianópolis/SC, observou que apenas 27% dos idosos (60 anos ou mais) do estudo não utilizavam medicamentos. Já as pessoas longevas desse estudo, evidenciado no Gráfico 4, apontam um percentual menor (10,3% ativos e 10% inativos) não utilizando medicamentos.

As doenças comuns do envelhecimento estão relacionadas às condições de vida, tais como a alimentação e estilo de vida (Kalache, 1996). As alterações funcionais próprias do envelhecimento, associadas à prevalência de doenças crônicas contribuem para a prevalência das incapacidades (MOREIRA et al., 2007; BALTES; SMITH, 2006; XAVIER et al., 2006; PASCHOAL, 1996).

As pessoas longevas evidenciaram por meio do Gráfico 5 sua percepção do estado de saúde

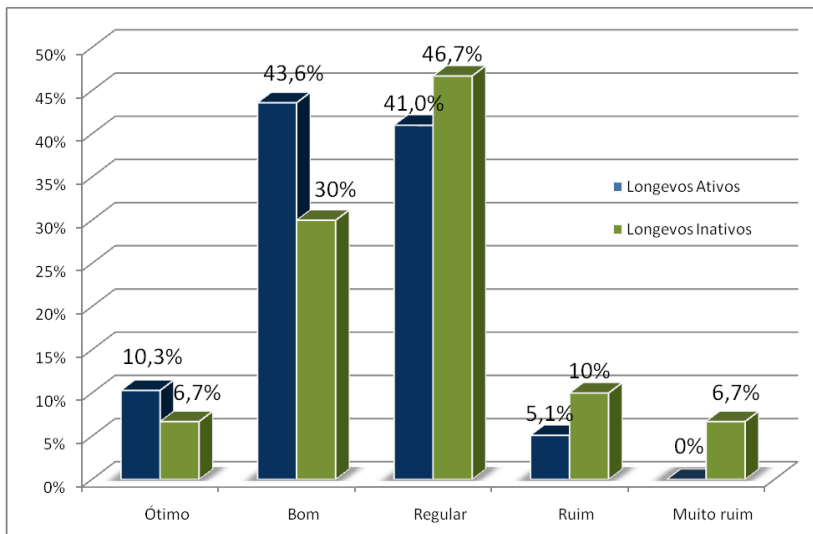


Gráfico 5. Estado de Saúde (%) das pessoas longevas (n=351)

Percebe-se que 53,9% das pessoas longevas ativas consideraram seu estado de saúde bom e ótimo, essa percepção é menos evidenciada pelas inativas (36,7%). Da mesma forma que 63,4% das pessoas longevas inativas opinaram que sua saúde não anda bem (regular, ruim e muito ruim, enquanto que 46,1% das ativas têm a percepção de regular e ruim. Assim sendo as ativas tem uma percepção mais positiva com relação ao seu estado de saúde.

Estudos com idosos mais jovens corroboram com esse resultado. No estudo Mazo et al. (2007) realizado com idosos (média de 70,85 anos) verificaram que a satisfação com a saúde costuma ser alta entre os mesmos. Da mesma forma, outro estudo sócio demográfico realizado no município de Florianópolis/SC por Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004) também constata que 56,6% dos idosos entrevistados consideraram o seu estado de saúde como bom.

Moschny et al. (2011), Souza e Vendruscolo (2009), Nascimento et al. (2008) e Hallal et al. (2003) salientam que a autopercepção de saúde é um fator que reflete sobre a inatividade física, tendo em vista que o idoso que relata uma saúde ruim, provavelmente irá praticar atividades físicas em nível menor.

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 consultando 15 milhões de idosos, que representavam 71% do conjunto de idosos residentes no País identificaram que o idoso continua ativo na sociedade, mantendo sua autoestima, é considerado “saúdável” pelos estudiosos. Nas avaliações sobre o seu estado geral de saúde, os idosos, além de considerar propriamente a doença, levam em conta, também, sua participação na sociedade (IBGE 2009).

Observa-se que a maioria das pessoas longevas apresenta doenças (G.16), mesmo assim tem uma percepção sobre seu estado de saúde positiva. Dados do censo de 2010 corroboraram com o estudo revelando que mesmo 77,4% dos idosos brasileiros tenham declarado sofrer de doenças crônicas a percepção subjetiva do estado de saúde e representada pela avaliação de 40% declararem seu estado de saúde como muito bom ou bom. Apenas 5,1% (ativas) e 16,7% (inativas) alegaram ter a saúde ruim ou muito ruim, em especial, os idosos com 75 anos ou mais, e os que viviam com renda familiar de até ½ salário mínimo. Tais dados mostraram que justamente aqueles com perfil esperado de maior vulnerabilidade têm, de fato, uma percepção do seu estado de saúde como ruim ou muito ruim (IBGE, 2010b).

Além de todos estes problemas já relatados anteriormente, as quedas e fraturas de colo de fêmur também têm altas prevalências nesta população (XAVIER et al., 2006; CRUZ et al., 2004). Além disso, as pessoas longevas têm uma condição maior de fragilidade se comparados a pessoas com menor idade (HAZZARD et al., 1994). No entanto, mesmo com todos estes problemas de saúde, Lehr (1999) cita que 60 a 70% dos idosos com idade superior a 80 anos têm uma boa saúde.

Envelhecer com saúde é a meta de todas as pessoas longevas. A percepção sobre a velhice e a transformação que se processa aos longos dos anos é sentida em alguns momentos da vida: “[...] *o meu envelhecimento está se agravando. Fui à minha médica e ela mandou tomar mais dois remédios, eu tomava quatro para o coração, quatro para diabetes, colesterol e reumatismo. Agora ela me receitou mais dois*” (GF110). Mas, em outros momentos esquecem a idade que tem.

[...] considero-me velha quando tenho algum problema de saúde, mas normalmente não me considero velha (GF110);

[...] às vezes não me sinto velha, não percebo a idade que tenho. Sinto que tenho dezoito, quarenta anos, mas não me sinto com oitenta e oito anos; [...] tem que deixar para trás a velhice porque se começar a pensar, é ruim, tem que pensar em coisas boas, o que faço é sair e distrair (GFI6).

A idade subjetiva que a pessoa sente ter, seja do ponto de vista mental, físico ou social, pode ser influenciada com o avançar da idade pelos papéis e situações a serem enfrentadas (SÉGUIN, 1999).

As pesquisadas percebem seu envelhecimento e apontam algumas causas que incomodam: o esquecimento, solidão, preocupação com familiares, doenças entre outras. Ramos (2001) salienta que o sentir só é um sentimento comum entre as pessoas longevas. Alegam [...] *“a pessoa na solidão envelhece mais rápido”* (GFI8). Mas, por outro lado, a aceitação do seu processo de envelhecimento contribuirá para uma vida melhor.

[...] tem que envelhecer e saber envelhecer, um dia a gente chega à velhice (GFI9);

[...] a pessoa tem que aceitar seu envelhecimento, sinto orgulho de ter 83 anos e quero chegar mais com saúde, pois tenho energia, [...] viajo, vou a outros lugares e não me canso, então eu acho que estou bem (GFI10);

[...] acho que a pessoa tem que envelhecer com saúde e alegria. Tem que ser alegre e não ter tristeza (GFI10).

Neri (2007b) salienta que, ao envelhecer, nos deparamos com novos desafios e atitudes relacionados às mudanças físicas e sociais, sendo assim pode-se observar que a aquisição de hábitos mais saudáveis ajuda a atingir a longevidade com mais qualidade.

Rodrigues (2000) aponta três ganhos positivos com o avanço da idade: a liberdade exterior e interior, o tempo ganho e a experiência de vida. Explorar esses ganhos é uma estratégia para que se possam diminuir os efeitos negativos do envelhecimento.

Na visão das longevas, o envelhecimento se processa diferenciadamente e destacam a forma de ser e de interagir no meio como um fator predominante para os diferentes envelhecimentos encontrados em nossa sociedade. Relatam que tudo é relativo:

[...] depende do organismo da pessoa, tenho uma irmã que é a mais nova de todas, está internada com um monte de doença, uma dura mais e a outra menos, uma tem doença e a outra não (GFI8);

[...] tenho uma irmã mais velha que eu, dois anos, ela não tem dor no joelho como eu tenho! Fico admirada! (GFA1).

Shephard (2003) diz que a magnitude de diferenças interindividuais no status funcional parece aumentar com a idade, no entanto não há um índice objetivo da idade funcional ou biológica de um indivíduo que se correlacione ao seu calendário etário. O envelhecimento humano, portanto, ocorre de forma diferenciada, podendo ter influência genética, psicológica, social, cultural, entre outros (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; SPIRDUSO, 2005. SHEPARD, 2003).

Cleto (2009) ressalva que as idades funcionais e fisiológicas diferem entre as pessoas e, portanto, não podem ser padronizadas. Na verdade, o que está em jogo é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios.

No mesmo sentido, Papalia e Olds (2000) salientam que alguns gerontólogos se referenciam à idade funcional como aquela que define o funcionamento da pessoa num ambiente físico e social em comparação a outras da mesma idade.

Outro aspecto evidenciado nas falas das longevas foi quanto às oportunidades vivenciadas que podem influenciar nas condições de vida. A pessoa ser calma e tranquila foram fatores destacados para a longevidade humana.

[...] minha avó viveu 100 anos porque ela era bem calma, pessoa do bem, instruída, tudo

para ela estava bom, era difícil se incomodar (GF18);
[...] a bondade, paciência, a fez chegar aos 99 anos. Ela viaja com a gente, não incomoda é uma pessoa fácil de lidar. Da mesma forma a pessoa que é ruim de gênio envelhece mais rápido: [...] a pessoa que é ruim de gênio envelhece muito rápido (GFA1).

A capacidade de administrar situações adversas como o humor, satisfação pessoal e a estabilidade conjugal são atributos favoráveis a longevidade (ZENG, 2003); PERLS et al., 2002b;

O envelhecimento do homem merece destaque, nesta análise, uma vez que as pesquisadas salientam que os homens morrem mais cedo, pois não se cuidam, são mais sedentários: “[...] *o organismo do homem é mais fraco, [...] são mais parados [...] os homens não se cuidam igual à mulher, fumam mais e as mulheres vão mais ao médico. O meu marido não gostava de sair, não dançava*” (GFA2). Esses são alguns dos motivos que justificam o número, significativo, de mulheres nos grupos de convivência.

A longevidade se faz mais presente nas mulheres do que nos homens. Estudos sobre a mortalidade no Brasil no período de 1991 a 2007 revelaram que o diferencial por sexo, em 1991, era de 7,70 anos, sendo que houve uma discreta diminuição em 2007, passando para 7,62 anos (IBGE, 2008a). Bodachne (1995) aponta que o segundo cromossomo X confere uma maior proteção à mulher, este somado ao importante papel que os estrógenos exercem, previne também as doenças cardiovasculares.

Embora as mulheres sejam mais suscetíveis a contrair doenças incapacitantes, essas estão mais preparadas para enfrentar as doenças do que os homens (PERLS et al., 2007).

Hayflick (1997) afirma que os homens têm uma propensão de 1,12 a sete vezes maiores do que a das mulheres em morrer em decorrência das seguintes causas: ataque cardíaco, derrames, câncer, doenças respiratórias, acidentes, cirrose hepática, suicídios, homicídio e AIDS. Como as doenças cardiovasculares matam quase tantas pessoas quanto todas as outras causas combinadas, e o número de homens em que incidem estas doenças são desproporcionalmente maiores do que as

mulheres, a prevenção e o enfrentamento podem reduzir a diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres.

4.1.2.5 Forma Positiva de Vivenciar o Envelhecimento das Longevas

A forma de vivenciar as transformações e as doenças adquiridas por causa do processo envelhecimento foi evidenciada pelas longevas destacando estratégias de ação que estabelecem para uma melhor adaptação de vida.

[...] tenho consciência que as atividades que me alegraram por muito tempo, agora não dá mais para fazer por causa de minhas limitações, mesmo assim prossigo pela vida, para que não seja um estorvo de ninguém, mas mesmo assim eu sou muito feliz (GFA1);

[...] a gente tem que lutar. Eu tenho uma artrose bem forte nos meus pés [...] nunca desanimar, sempre crer que a gente pode (GFA5);

[...] a norma é: se doer tem que mexer mais ainda, eu não tenho dor porque me mexo bastante (GFA5);

[...] sou feliz graças a Deus, tenho um pouquinho de saúde, porque ainda ando, estou com dificuldade de caminhar sozinha, já me deram uma bengala, ajuda muito, pois já tenho 85 anos (GFI10);

[...] não me entrego, uso bombinha quando estou meio cansada e aí estou pronta para fazer tudo (GFI9).

Estudos de Patrício et al. (2008), Santiago (1999) e Lopes e Siedler (1997) têm demonstrado que, mesmo sentindo as transformações que a vida impõe com a longevidade, o ser humano luta constantemente para viver mais e melhor. A adoção de um estilo de vida ativo pela pessoa longeva é parte fundamental para que esta envelheça com saúde. A prática de atividade física está associada também à

melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento (MATSUDO, 2009; ACSM, 2009, 2003; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001;).

As diferentes maneiras de se adaptar e transpor esses obstáculos, bem como as experiências de vida vem contribuindo para identificar as distintas formas de envelhecimento. As longevas assinalam que: “[...] a pessoa tem que viver, tudo é consequência do que viveu (GFA1). Destacam [...] que a vida está boa e que não está melhor porque sempre aparece algum problema” (GFII0).

Nesse sentido, Leite, (2000) afirma que, apesar das perdas funcionais, orgânicas e mentais, um idoso que tenha tido hábitos de vida saudáveis pode vir a ser uma pessoa com autosuficiência para tarefas diárias e com capacidade adaptada para manter relações intelectuais e sociais com o meio que o rodeia.

A contínua atividade intelectual, como a leitura, exercícios de memória, palavras cruzadas e jogo de xadrez contribuem para a manutenção da memória. Além disso, um estilo de vida ativa, como a prática regular de atividade física e uma dieta saudável são regras básicas para a manutenção da memória (BUSSE, et al., 2009 CARDOSO; CAVOL; VIEIRA, 2007; MATSUDO, 2001).

Pressupõe-se que o indivíduo terá tanto mais saúde e bem-estar quanto mais ele mantém um estilo de vida saudável. Praticar atividade física regular, ter uma alimentação adequada, controlar o estresse, manter relacionamentos positivos e investir em comportamentos preventivos são hábitos de vida fundamentais para se ter qualidade em nossas vidas (NAHAS, 2006; JACOB FILHO, 2006).

As pesquisas salientam algumas interferências do meio ambiente em que vivem para as pessoas estarem vivendo mais: “[...] a gente está vivendo mais por causa da alimentação, do modo de vida, participação nos grupos” (GF17); destaca uma longeva de 99 anos, que toma vinho diariamente e recomenda: “[...] tome vinho que não fica velho” (GF16).

As longevas relataram hábitos saudáveis de vida, com realização de atividades físicas, assim como nutrição com dieta hipocalórica, como a dieta mediterrânea rica em azeite de oliva, o que pode também ter contribuído para a sua longevidade, (CHAIM; IZZO; SERA, 2009; DIMITRI et al, 2005; HAYFLICK, 1997).

A aceitação de seu próprio envelhecimento, bem como administrar os seus sentimentos vem favorecendo os longevos a viver essa etapa de vida.

[...] olhar no espelho e se gostar, gosto de minhas rugas, de meus cabelos brancos, estou viva, estou podendo (GFA4);

[...] não quero guardar tristeza, nem sofrimento, quem já sofreu muito quando nova agora a vida esta boa, agora o que me resta é só alegria, amizade e passear (GFA1);

[...] se você não se gostar quem vai gostar! (GFA4).

Federici (2004) em um estudo similar verificou além de melhor percepção do envelhecimento, modificações positivas na imagem corporal de idosos após frequentarem um programa de atividades físicas.

O entendimento das transformações oriundas do processo de envelhecimento é um fator essencial para um envelhecimento bem-sucedido assim como: a prevenção de doenças, mudanças de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde, o estabelecimento de relações sociais, familiares e cultivo de um bom humor, contribuem significativamente para o aumento da qualidade de vida (NERI, 2007b; AMARO, JOHANN; MEIRA, 2007; VIEIRA, 2004).

4.1.2.6 Percepção de Mudança de Vida das Longevas

As longevas pesquisadas compreendem que houve muitas mudanças na forma de vida das pessoas comparadas aos tempos atuais, relatam que antigamente as mulheres não saíam de casa, só cuidavam da casa, dos filhos e maridos. Da mesma forma destacam que viviam para trabalhar. As atividades eram pesadas e que deixaram alguma sequela corporal em função do peso que carregaram em suas atividades diárias. Não existia máquina para ajudar no trabalho de casa: “[...] Não tinha máquina, as roupas eram lavadas sempre a mão, forçando o braço” (GFA5).

Na opinião das longevas, como se pode observar, ocorreram várias mudanças em sua trajetória de vida. Assinalam ainda o surgimento da água encanada, auxiliando no banho e limpeza da casa.

Quanto à energia elétrica ressaltam que: “[...] acendíamos a lamparina conhecida como pomboca e amanhecíamos com o nariz todo preto da fumaça inalada, tomávamos banho de banheira e todos comiam em uma única gamela onde era colocada toda comida para ser dividida” (GFI6). Apontam a abundância e a facilidade que se tem hoje, onde encontramos muito mais verduras e frutas em qualquer mercado, enquanto antes se tinha que plantar para ter em casa.

Da mesma forma, os meios de comunicação eram bem precários, não existiam televisão nem rádio, em consequência alegam que o tempo custava a passar. O relacionamento familiar e de vizinhos era diferente. Hoje falta respeito, confiança e amor entre as pessoas.

[...] não se tem mais confiança nas pessoas como antigamente (GFA3);

[...] não existe mais respeito, não respeitam mais os idosos (GFI6);

[...] existia mais amor entre família, foi ficando tudo longe um do outro. Tem pessoa, que a gente tem saudade, fica muito tempo sem se ver (GFI9).

No ponto de vista das longevas o casamento também era diferente: “[...] *casou, acabou, era muito sacrifício, a vida hoje é boa*” (GFI9). Comentam também que fugiam para depois casar. Quando ficavam viúvas dificilmente casavam novamente, alegando que casamento era somente o primeiro.

Afirmam que as pessoas longevas eram bem ativas: “[...] *meu pai morreu com cento e cinco anos, com mais de noventa anos ainda montava a cavalo, ia de Canasvieiras a Sambaqui. E a gente com essa idade agora não faz nada disso*” (GFI7).

Outra comparação que percebem é que hoje tem mais atividades e oportunidade de diversão para as pessoas longevas.

[...] nossas mães não tiveram o privilégio de ter as atividades para idosos que temos hoje (GFA5);

[...] a dança acontecia nos bailes e quando se era casada não dançava (GFA2);

[...] hoje a pessoa de idade se diverte mais que antes, não saiam e não se divertiam. Não tinha as condições de hoje (GF18);

[...] antigamente não tinha ginástica, caminhada e grupo de idosos (GF18).

Todas essas mudanças de vida apontadas e contextualizadas nos grupos focais fazem refletir sobre como estas possibilidades, que se encontra nos dias atuais, promovem uma vida com mais qualidade: “[...] usufruir de todas as regalias que temos hoje em dia você tem um grupo, viaja, conhece lugares e pessoas. Dorme e levanta bem, não tem preocupação de filho em aula e prestações de contas” (GF17). Assim sendo, declaram ser mais felizes nos dias de hoje.

4.1.2.7 Envelhecimento Ativo e as Longevas

O Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança para o bem estar biopsicossocial ao longo do curso de vida envolvendo a sociedade. A assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid de 2002, aponta para uma mudança cultural e da prática ao definir mudanças dos estereótipos ligados às concepções retrógradas das pessoas (OMS, 2002).

A participação efetiva de pessoas longevas em atividades de lazer caracteriza um hábito de vida ativa que deve ser estimulado, pois segundo Mazo (2008) com o avançar da idade identifica-se estereótipos de que na velhice promove a redução de movimentos corporais. O envelhecer de forma ativa e ocupar-se com atividades prazerosas favorecem as pessoas longevas a uma vida com mais qualidade. Dumazedier (2008) assinala que a pessoa deva se entreter espontaneamente com atividades ocupacionais que favoreça a sua participação social voluntária, bem como a sua capacidade criativa, sejam essas para repousar, divertir-se ou recrear-se.

Manter-se em plena atividade diferencia as pessoas longevas: “[...] a pessoa ao entrar no grupo, conversa, conhece outras pessoas, adapta-se a sua realidade e idade” (GFA1).

Existe uma forte associação do envelhecimento ativo, nas idades longevas, com indicadores de autonomia e mobilidade física (MOSCHNY et al, 2011; LEE et al., 2005; GIATTI; BARRETO, 2003).

Declararam as longevas ativas que são muito ativas e que não param nunca. Entre as atividades que fazem, pode-se destacar: pular corda, fazer ginástica, caminhada, natação, hidroginástica, viajar, passear, participar de grupos de convívio, fazer cálculo de cabeça. Estar em plena atividade as deixa com mais disposição para continuarem fazendo e vivendo intensamente.

[...] é não parar, movimentar-se, fazer alguma atividade, nem que seja dentro de casa, lendo, escrevendo, cantando, falando, tendo novas amizades. É andar, fazer ginástica, é viver ativamente (GFA4);

[...] É não ficar parada só dentro de casa, é procurar oportunidades nos grupos, o que puder fazer para não ficar atrofiada (GFA3);

[...] considero-me uma pessoa ativa, gosto do trabalho que faço e pretendo continuar trabalhando, não consigo me imaginar ficando sentada em casa sem ter o que fazer, eu tenho muitas coisas para fazer (GFA4);

[...] faço tudo, todas as voltas e pagamentos, isso é uma atividade muito grande e me sinto feliz por estar com 82 anos bem, andando, trabalhando, calculando de cabeça e rápido (GFA4);

[...] vou para a praia sozinha, tomo banho de mar e passo o dia lá (GFA5).

Como as evidências epidemiológicas sustentam o efeito positivo de um estilo de vida ativo para saúde da pessoa idosa, a atividade física vem sendo considerada como um integrante fundamental dos programas de promoção de saúde na velhice (FARINATTI, 2008; FREITAS; KOPILLER, 2006; GOBBI; VILLAR; ZAGO, 2005).

Laurindo, Nadai e Vieira (2009) afirmam a que o idoso busca atividade física para uma vida mais saudável, procura atividades como: ginástica, dança, caminhada, grupos de convivência. Essas opções também foram mencionadas pelas longevas dos estudos.

Da mesma forma que as longevas ativas, as inativas também apontam que não se deve ficar parada. Alegam que: “[...] *trabalham em casa e que devem fazer alguma coisa, ficar parada dormindo não dá*” (GFI6). “[...] *a gente precisa, não pode parar tem que se mexer, pois senão a gente fica enferrujada*” (GFI7). Entre as atividades que gostam de realizar, pode-se citar: participar de grupos, palestras, passear, viajar, sair de casa, andar, pintar, bordar, crochê, tricô, tapete e jogos de canastra.

Manter-se ativo, mais do que nunca, passou a ser um dos fatores mais determinantes para a promoção de saúde dos idosos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; FARINATTI, 2008). A promoção de saúde é considerada um processo que permite às pessoas o controle e a gerência de seus problemas. Tratando-se de idosos, a prioridade depende das necessidades e das opções de vida (FARINATTI, 2008).

Percebe-se que o centro de interesse em relação às atividades realizadas que perfaz o envelhecimento ativo das longevas se diferenciam, pois as longevas ativas destacaram realizar atividades com intensidade moderada, já as inativas relataram atividades de baixa intensidade.

As atividades que realizavam em comum foram passeios, viagens e participação nos grupos de convivência. Relatam as longevas que “[...] *ser comunicativo com todo mundo, participar de grupos de convívios, passear, ver coisas diferentes, animam a pessoa e promove o envelhecimento ativo*” (GFI6).

Possivelmente um dos maiores preditivos para uma velhice bem-sucedida provém de um envelhecimento saudável e socialmente engajado. Idosos com altos níveis de co-morbididades e acometidos por enfermidades que limitam a interação com o ambiente apresentam maior dificuldade para adaptação e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; NERI, 2007b; DOLL, 2007).

A autonomia de realizar atividades sozinhas, tomar decisões e administrar sua vida independentemente foi enaltecido pelas longevas ativas. Ficam satisfeitos por ter essa possibilidade. “[...] *faço muitas coisas sozinha, cozinho, passo a minha roupa, não dependo de ninguém*” (GFA1); “[...] *moro sozinha, tenho um monte de filhos, mas faço tudo sozinha, resolvo todos os meus problemas*” (GFA4). Realizam também atividades de lazer: “[...] *o que nós fazemos é sair, dançar,*

fazer ginástica, viajar, encontrar as amigas, ir ao cinema, teatro” (GFA1).

As longevas revelam que se manter em atividades é um hábito de vida, que as fazem felizes. Têm como interesse: cozinhar, levantar cedo, deixar a casa limpa antes de sair, mas não se prende na limpeza de casa. Gostam de estar na rua em companhia de suas amigas, viajam, passeiam, ocupam seu tempo com atividades que promovam distração. Mantêm hábitos de seu interesse e não se preocupam com o que os outros pensam ou dizem: “[...] gosto de bater perna, minha vizinha diz: *mulher que Deus te ajude e te dê bastantes anos de vida, eu gosto de sair*” (GFA2); “[...] quando enivre e comecei a caminhar, fui muito criticada no meu lugar” (GFA4).

Rigo, Pardo e Silveira (2007) salientam que toda produção de hábitos de vida e as regras podem ser trabalhadas e vencidas.

Cabe lembrar que cada pessoa longeva se identifica com um tipo de atividade, ficando ao seu critério o que melhor lhe proporciona bem estar. O importante segundo Witter (2006) é que o idoso esteja em grupo e dê continuidade, fazendo com que supere as dificuldades biopsicossociais decorrentes da velhice. Diversas atividades são sugeridas como lazer como: turismo, atividades manuais e sociais como a dança.

Gostam de cuidar de seu visual: “[...] não sei sair sem brinco, sem colar não sei sair sem nada, meus netos me chamam de *“Hebe Camargo”* (GFA4). Revelam que gostam de se cuidar: “[...] sempre me cuidei muito, o melhor remédio é fazer ginástica, sempre é muito bom fazer ginástica e caminhar” (GFA4).

O auto cuidado, evidenciado pelas longevas ativas, confirma o papel do exercício físico na relação com o aumento da alegria, da autoeficácia e do autoconceito. Observa-se assim, que atividades físicas podem promover ao indivíduo uma sensação de sucesso, e desta forma, reforçam a autoimagem e uma autoestima positiva (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006).

As longevas têm como hábito caminhar regularmente, utiliza a caminhada como meio de locomoção e muitas vezes preferem caminhar a utilizar um meio de transporte: “[...] gosto de ir ao grupo a pé, eu fiz em meia hora” (GFA4) “[...] vou de minha casa até o grupo a pé, vou e volto a pé, eu gosto de ir de pé” (GFA2).

A caminhada é um esforço físico seguro, pois apresenta reduzidos riscos de lesões cardiovasculares e ortopédicos, por ser uma

atividade de simples execução, de fácil adaptação, e de utilizar pouca técnica e equipamentos, permitindo assim, uma melhor aceitação por parte das longevas (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009). A caminhada, segundo Lima (2001), é uma atividade física que utiliza o movimento básico automatizado pelo homem.

Promover um envelhecimento ativo é um fato constatado nos depoimentos durante os grupos focais; manter-se ocupados durante toda a semana com atividades que lhes faz bem.

[...] gosto de atividade, ao amanhecer tomo café, depois vou para a máquina de costura ou para máquina de lavar, quanto tem ginástica vou fazer, depois volto, faço almoço e a tarde faço jantar para filha e a espero chegar do serviço (GFA3);

[...] segunda, terça, quarta, quinta e sexta, estou na rua só sábado e domingo e às vezes eu saio com meu filho (GFA4).

A meta das pessoas longevas é promover uma vida saudável e com qualidade. Para tanto, cultivam atitudes para se relacionar bem: “[...] *tem que ter paciência. Tem hora que a gente quer explodir, mas se controla. Devendo saber escutar e respeitar*” (GF19); “[...] *É importante animar as amigas e não desanimar nunca*” (GFA3).

As pesquisadas enfatizam que devem manter-se ativas: “[...] *acho que nós necessitamos tanto do exercício físico como precisamos da alimentação para sobreviver*” (GFA2).

Pode-se observar que a aquisição de hábitos mais saudáveis ajuda a atingir a longevidade com mais qualidade. Neste contexto Dias (2004) salienta que a atividade física relacionada à saúde só será percebida por meio da experiência pessoal.

4.2 IDENTIFICANDO AS BARREIRAS NO PROCESSO DE ENVELHECER

O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano. As diferentes formas de vivenciar o envelhecimento são peculiares aos hábitos de vida adquiridos durante a trajetória de vida de cada pessoa. Durante essa trajetória, muitas barreiras surgem e a forma como são trabalhadas e resolvidas é determinante neste processo de envelhecimento (NERI, 2007b; BALTES; SMITH, 2006).

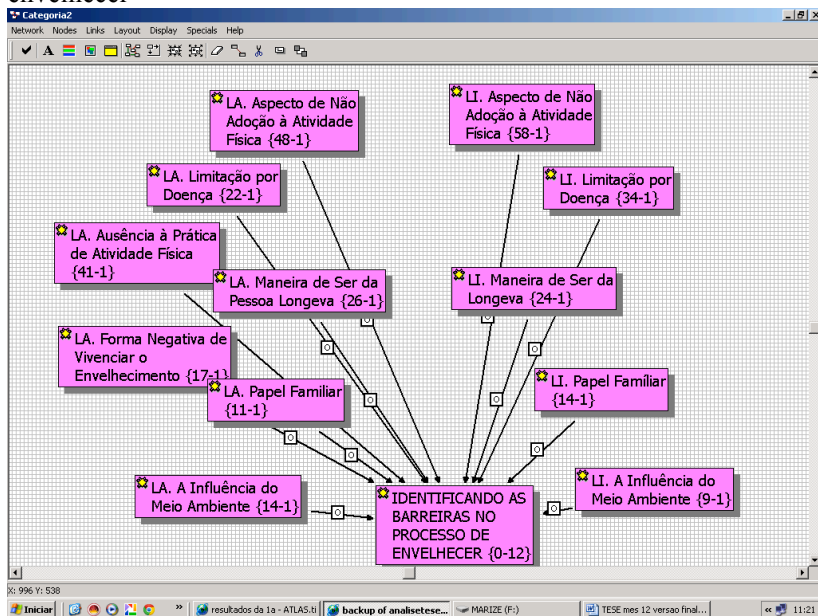
As barreiras vivenciadas levam as diferentes formas de se envelhecer em nossa sociedade. Na capacidade funcional, essas diferenças interindividuais parece aumentarem com a idade, no entanto não há um índice objetivo da idade funcional ou biológica de um indivíduo que se correlacionasse ao seu calendário etário (SHEPHARD, 2003).

Reconhecer as “barreiras” que contribuem para a diminuição de práticas de atividade física é fundamental para a efetivação de longevos aos programas de atividades físicas (MICHELI, 2007). Compreender e conhecer os fatores que impedem as pessoas longevas de participarem de programas de atividade física pode contribuir para propor e sustentar estratégias no intuito de facilitar a adesão, bem como a aquisição de comportamentos e hábitos para um envelhecimento ativo e saudável (OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007; ANDREOTTI; OKUMA, 2003).

Partindo desta compreensão, identificar as barreiras que a pessoa longeva encontra em nossa sociedade para manter uma vida saudável e continuar tendo hábitos foi um dos objetivos deste estudo.

Sendo assim, apresenta-se a seguir a Figura 4 que mostra as barreiras que surgiram das falas das participantes dos grupos focais, sendo essas destacadas em 7 subcategorias, destas as longevas inativas assinalaram 5 subcategorias, já as longevas ativas apontaram mais duas subcategorias.

Figura 4 – Identificando as barreiras no processo de envelhecer



Legenda: LA- longevas ativas, LI- longevas inativas

A Figura 4 identifica as 7 subcategorias apontadas pelas longevas. As mais assinaladas foram: aspecto de não adoção de à AF, papel da família, limitação por doença, maneira de ser da longeva e influência do meio ambiente. As longevas ativas ainda destacaram: a forma negativa de vivenciar o envelhecimento e ausência à prática de AF.

Para uma melhor análise optou-se em apresentar inicialmente as barreiras pertinentes às longevas ativas e inativas.

4.2.1 A maneira de ser da pessoa longeva

As experiências vividas influenciam nas atitudes diárias das longevas. A maneira de ser e de viver interfere diretamente na compreensão do envelhecimento ativo, na visão das longevas:

[...] são pessoas amargas, vivem só reclamando [...] é uma pessoa de mau humor, triste, é uma pessoa ruim não quer conviver com outras pessoas (GFA1)

[...] ficam ranzinzas, estão emburradas, não gostam de nada, criticam tudo que a gente faz, [...] estão de mal com a vida. (GFA4)

A forma de ver e encarar o mundo que a rodeia foi outra barreira percebida pelas longevas ativas para não participação de suas colegas em práticas regulares de AF, como se pode verificar nos depoimentos: “[...] são pessoas acomodadas, elas dizem que já trabalharam bastante, que chega [...] a maioria é preguiçosa” (GFA1).

Por outro lado, percebe-se que as longevas inativas têm a percepção que poderiam praticar AF, mas a preguiça as impedem. Consideram-se malandras, enferrujadas, com dificuldade de achar disposição:

[...] eu sou malandra, as filhas brigam comigo (GFI7);

[...] é eu também sou malandra, é muito ruim de sair de casa sozinha (GFI6).

Lees et al. (2005) verificaram que a inércia foi a segunda barreira mais frequente por idosos não praticantes de exercício físico, os autores caracterizam inércia por passividade, entediado e preguiçoso.

Ainda declararam as longevas inativas que:

[...] o cansaço é que faz a gente parar, mesmo que a gente seja velha e não tenha possibilidade de fazer a AF. A gente pode continuar, mas nem sempre a gente tenta (GFI9);

[...] Eu me sinto melhor quando me movimento. Aquela senhora que era do grupo, depois que saiu não anda mais. Às vezes a gente chega lá na casa dela às cinco horas da tarde, já está dormindo. Ah, Deus me livre [...] esta sempre na cama. Ela tem oitenta e seis anos. Tu achas que uma mulher dessas pode ter saúde? Ela não pode ter saúde (GFI10).

Percebeu-se com esses depoimentos que a falta de persistência das longevas inativas é uma barreira agravante para sua participação, pois mesmo sabendo que movimentar-se lhe traz saúde continuam acomodados. A falta de motivação ou de força de vontade apontada pelas pessoas longevas como barreiras também foi encontrada por Wilcox, Tudor-Locke e Ainsworth (2002), como barreiras.

Na percepção das longevas inativas, movimentar o corpo os faz sentir-se bem: “[...] *eu não posso fazer AF, mas eu não saio da minha cama sem me mexer*” (GFI9).

As barreiras evidenciadas pelas longevas incidem nas razões ou desculpas declaradas que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão para a prática de atividades físicas, e podem incidir na realidade objetiva ou subjetiva (MEURER, BENEDETTI; MAZO, 2011, MAZO, 2008, REICHERT et al., 2007; LEE, et al., 2005; MOTA; SALLIM, 2002).

A maneira de ser e de interagir da pessoa longeva com o meio em que vive interferirá na maneira de processar o seu envelhecimento (NERI, 2007b). Segundo Beavoir (1990), a sociedade destina ao idoso o seu lugar, o seu papel de acordo com a sua idiossincrasia individual, sua impotência e experiência.

4.2.2 Aspecto de não adoção à Atividade física

A não adoção à atividade física é um fato constatado com o avançar da idade, existindo, portanto, a probabilidade de que as pessoas longevas serem menos ativas (COMBRIE et al, 2004; MAZO et., 2005; AARTSEN et al., 2002). A inatividade física atinge tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009, MATSUDO, 2009; OMS, 2005). Nos Estados Unidos, 70 a 80% da população é inativa fisicamente (ALLSEN;

HARRISON; VANCE, 2001). Haskell et al. (2007) constataram dados parecidos, onde menos da metade dos adultos americanos fazem atividade física regularmente. Segundo Werle (2009) 12% da mortalidade dos Estados Unidos são relacionadas à inatividade física.

Estudo realizado na Alemanha com 1.607 idosos (72 a 93 anos de idade) os participantes (83%) afirmaram que eram suficientemente ativos fisicamente (Moschny, 2011).

Monteiro et al. (2003) investigaram o nível de atividade física no tempo de lazer no Brasil, no período de 1996 a 1997, e concluíram que a prevalência de inatividade física no tempo de lazer parece ser até 10 vezes maior no Brasil do que em países desenvolvidos como os Estados Unidos e os países europeus.

Cassou et al (2008) salientam que o entendimento dos fatores influenciadores para a adoção à Atividade Física para as pessoas longevas ainda é limitado. Uma das barreiras bem significativa destacada nos grupos focais foi o desinteresse pela atividade física:

[...] têm algumas pessoas que ignoram a existência dessas atividades. (GFA3);

[...] não se interessam, vão ver novela [...] existem longevos que têm receio de ousar e sair da rotina [...] tem medo de fazer ginástica, ainda é daquele tempo. É importante destacar que o desconhecimento das atividades pode estar contribuindo para essa acomodação e até mesmo se acharem incapazes para realizá-la [...] falta energia para fazer AF (GFA4).

O avanço da tecnologia influencia muito a inatividade física. A televisão faz com que as pessoas fiquem muito paradas dentro de casa, o automóvel e o ônibus substituem as caminhadas, o elevador evita a subida de escada e muitas das profissões levam o trabalhador há passar muitas horas na posição sentada (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; NAHAS, 2006).

Entretanto Siqueira (2007) salienta, com base em seu estudo envolvendo idosos com 60 anos ou mais de idade, que tem idosos (59%), que gostariam de realizar outras atividades de lazer, mas não as

realizam em virtude de problemas de limitações financeiras e físicas. Revela ainda que as atividades de lazer, que a maioria realiza prevalecem as de casa, sendo a primeira assistir televisão seguida por escutar rádio.

Segundo relatório do Vigitel, a realidade brasileira reflete um número insignificante (17,3%) de pessoas com 65 anos ou mais praticando atividades físicas no lazer ou no deslocamento (BRASIL, 2010). Este fato pode estar relacionado com o próprio desconhecimento sobre os benefícios da AF e o medo do desconhecido como enfatizam as longevas de Florianópolis.

Outro aspecto para não adoção é o não gostar de praticar atividade física. Quando não se tem prazer e interesse pela atividade essa influenciará diretamente na participação há um programa de AF. Possibilitar atividades que satisfaça o centro de interesse da pessoa longeva favorecerá diretamente no querer participar:

[...] tem pessoas que não gostam de caminhar, gostam de ficar em casa. Eu acho que isso vai de cada um. A prefeitura deveria ter um lugar mais apropriado, que promovesse o incentivo para os idosos (GFA2);

[...] não gosto de fazer AF (GFI6).

Talvez o fato de não gostar esteja vinculado a nunca terem adquirido hábitos de praticarem AF no lazer:

[...] eu buscava lenha para queimar, [...] não se tinha hora de lazer no nosso tempo. Era do colégio para casa, da casa para o colégio. Depois fazia o serviço da casa. [...] fazia renda e artesanato para vender (GFI6);

[...] para mim não é só dor nas pernas, eu nunca fiz atividade física (GFI8).

Guralnick et. al. (2003) citam que as barreiras para a prática de exercício físico estão vinculadas aos hábitos e preferências das atividades. Em idosos, é crescente o número dos que não participam de nenhum tipo de atividade física. A taxa de participação de idosos em

programas de atividade física regular é muito baixa (KOLT; DRIVER; GILES, 2004), sobretudo em pessoas longevas (LOLAND, 2004).

É importante considerar que o desconhecimento dos efeitos benéficos da AF vem desestimulando as longevas inativas a realizarem práticas corporais e, conseqüentemente, desistindo das mesmas. Dentre estas: falta de interesse e de acesso; atitudes e crenças sobre exercícios físicos; inexistência de suporte social e características ambientais (CORSEUIL et al., 2011; SALVADOR et al., 2010; SALVADOR et al., 2009; REICHERT, 2004).

Os depoimentos reforçam o que a literatura acima destaca:

[...] Gosto da hidroginástica, mas já fiz umas quinze vezes mais ou menos. Foi tempo perdido. Para mim não dá (GFI6);

[...] a gente queria caminhar mais, fazer ginástica, mas não consegue, porque os pés não ajudam a coisa não vai adiante, a gente não sente melhora (GFI7).

Os programas que atendem ao centro de interesse da pessoa longeva contribuem para a melhoria ou manutenção dos componentes da aptidão física, buscando manter e prolongar a independência e autonomia, proporcionando a participação efetiva, a integração e socialização dos idosos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009).

Ao oferecerem AF, os programas vão ao encontro do interesse das pessoas longevas, o que facilitariam sua inclusão. Assim sendo, conhecer o tipo de AF de maior interesse dessa faixa etária implicaria em adequar as atividades que serão oferecidas nos grupos de convivência para idosos e de AF. Leite (2000) assinala que a adequação do programa de atividades físicas deve estar de acordo com as diferenças individuais de cada participante.

O bingo é uma das atividades que mais é realizada nos grupos de convivência para idosos pesquisados. Isso pode ser constatado na maioria dos 102 grupos de convivência pesquisados. Um fato interessante de destacar é que as depoentes ressaltaram que participavam dessa atividade, porque não tinham outra atividade para realizar:

[...] eu jogo bingo, mas eu não gosto [...] eu tinha uma venda a 20 anos na minha casa [...] tinha um fogão de lenha, eu tinha que comer naquele fogão de lenha porque na minha casa era bingo na sala, era bingo na cozinha, era bingo na varanda, era bingo no rancho que tinha isto aconteceu durante 16 anos [...] aquilo me enjoou, eu vejo bingo, vejo aquela venda na minha cabeça [...] eu vou ao grupo, mas tem hora que nem marco, eu não gosto de bingo (GFA2).

As longevas relataram algumas atividades que não gostam de realizar sendo elas: jogos, leitura, cozinhar, passar roupa, costurar, arrumar a casa:

[...] não jogo bingo, não gosto de rifa, não gosto de jogo, [...] eu sei ler, mas não leio muito, [...] não gosto de ler (GFA2);
 [...] passar roupa a ferro tu gosta? Detesto passar roupa a ferro, mas eu faço, [...] nem pensar (risos) eu também detesto (GFA3).

Realizar atividades prazerosas que gostam e que lhes dêem satisfação deve ser incentivado, pois contribui para um envelhecimento saudável. Na percepção das longevas inativas, com o avançar da idade suas atividades vão se limitando:

[...] com idade é assim, até aos 87 anos eu andava perfeitamente sozinha, ia ao banco, para onde eu fosse eu não queria ninguém, mas depois dos 90 anos... (GFI7);
 [...] com quase 100 anos não dá mais para fazer nada, só para passear (GFI8).

A diminuição ou perda da capacidade funcional leva à incapacidade funcional, sendo estas, muitas vezes, conseqüências do processo de envelhecimento e da diminuição da atividade física que pode levar as perdas importantes na condição cardiovascular, força

muscular e equilíbrio, sendo estas responsáveis em grande parte pelo declínio na capacidade funcional e a manifestação de diversas doenças. Neste sentido, tem sido enfatizada a prática de exercícios como estratégia de prevenir as perdas nos componentes da capacidade funcional (BONDOSF, 2010; ACM, 2009; MECHLING; NETZ, 2009; TUNA ET AL, 2009; MATSUDO, 2001).

Na percepção das entrevistadas o meio de transporte esta contribuindo para essa acomodação.

[...] a gente agora não caminha mais. Agora as pessoas fazem tudo de carro ou de ônibus! Até na minha família para ir à padaria, que fica perto da casa, mas para comprar um pão tem que ir de carro, ali na esquina e não vão a pé (GFI7).

O sedentarismo, que tende a acompanhar o envelhecimento, vem sofrendo influência do avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, sendo este um importante fator de risco para as doenças crônico-degenerativas, especialmente as feccões cardiovasculares, que é a principal causa de morte nos idosos. A prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física da pessoa longeva, seja na sua vertente da saúde, como nas capacidades funcionais (ALVES et al., 2004). A adoção de hábitos de vida saudáveis é importante para o envelhecimento saudável (TUNA et al. 2009; CASSOU et al. 2008; NELSON et al., 2007; COSTA; BARRETO, 2003).

4.2.3 As limitações por doenças

As doenças oriundas do processo de envelhecer também foram salientadas pelas longevas como uma barreira limitante que impede de serem mais ativas e de praticarem AF. Dentre as doenças apontadas, as longevas inativas destacaram: a hipertensão, diabetes, bronquite, osteoporose, artrose, bico de papagaio, dislipidemia e labirintite.

[...] o que me impede é que quando estou andando, de repente caio. Não sei como é que

eu caio, não sei. Eu tenho uma dor por aqui assim (GFI7);
 [...] a única coisa que está me atrapalhando um pouquinho é a minha cabeça, ando bastante esquecida das coisas e também tenho um dor em minhas pernas (GFI8);
 [...] eu tenho bronquite, mas o problema nas pernas é o pior, [...] eu nem posso passear por causa da perna (GFI9).

A presença de doenças e limitações físicas em longevas é facilmente presenciada e é um fato constante na vida. Estudos apontam a presença de doenças crônicas e limitações funcionais (CASSOU et al., 2011; COSTA, 2010; NEWSON; KEMPS, 2007, NASCIMENTO et al., 2008, LEE, et al., 2005) como sendo barreiras para a prática de atividades físicas.

O problema de saúde também foi apontado pelas longevas ativas como uma barreira para a prática de AF, contudo isso não impede que continuem praticando, apesar das dificuldades encontradas. As doenças apontadas foram: dores nas pernas, joelhos e coluna; pressão alta; tumores; câncer; perda de visão; acidente vascular cerebral (AVC) e problema cardíaco:

[...] tenho problemas que são bem grandes em minha vida, por causa de meus problemas de saúde [...] eu tenho dificuldade de concentração por causa de um AVC que já tive, tive dois tipos de câncer, também sou diabética, mas não arredo o pé (GFA1);
 [...] eu tenho problema de joelho, tenho problema de asma, então quando estou com crise não vou. Quando estou com dor na coluna eu não agüento caminhar e não posso ir, mas às vezes eu estou que não me agüento, mas saio mesmo assim, porque me faz bem (GFA2).

A persistência está muito presente na vida das longevas ativas, mesmo com os comprometimentos de saúde, não gostam de se ausentar

das práticas de AF ou dos grupos de convivência que participam. Alegam que só faltam em última circunstância: “[...] só falta à dança principalmente se eu estiver doente, porque, do contrario, eu vou de qualquer maneira, vou dançar, faça chuva ou faça sol, eu vou dançar” (GFA5).

Outro fato importante de destacar são as dores existentes no cotidiano das longevas. A dor constantemente presente dificulta movimentar-se e realizar as atividades do cotidiano. Salientaram as dores nas pernas, braço e coluna, dormências, problemas de circulação e quedas constantes:

[...] tenho dores, às vezes, quando deito, sou obrigada segurar o braço com a minha mão e trazê-lo [...] meu Deus, só tomando remédio passa a dor [...] a dor é do quadril até o joelho [...] se eu não tivesse esses problemas eu poderia prosperar (GFI7).

Lee et al. (2005), Guralnick et al. (2003) e Grossman e Stewart, (2003) citam que as barreiras para a prática de exercício físico estão vinculadas as dores e limitações funcionais. Estudo realizado por Lacerda, Godyl e Bachion (2005) com idosos Goianos corroboram com esse estudo, pois dos 40 investigados 62,5% apresentam dor crônica e a predominância dessa dor estava na coluna dorsal (48%) e membro inferior (24%)

Da mesma forma, o medo de cair impede muitas vezes as pessoas longevas de participarem das AF (LEE, et al., 2005). As quedas devem ser evitadas pelas consequências que trazem ao idoso. Sabe-se que a perda de equilíbrio é um processo complexo, envolve vários fatores bem como múltiplas patologias, como problemas visuais e vestibulares (WESTHOFF; STEMMERIK; BOSHUIZEN, 2000). A queda é algo que se faz presente no cotidiano da pessoa longeva:

[...] quebrei o pé caindo da escada. Eu não sinto aquele pé, então é por isso que não tenho firmeza (GFI7);

[...] cada tombo era uma fratura, tenho seis ou sete fraturas, sou toda cheia de coisa quebrada (GFI8).

O medo de quedas e das suas consequências foi também relatado pelas longevas. Estudos como Andrade et al (1999) envolvendo (n= 2.000), bem como a pesquisa (n=2046) de Satariano, Haight e Tager (2000), identificou nas mulheres maiores de 75 anos de idade problemas de saúde e funcionais, como medo às quedas, foram as principais barreiras mencionadas. Da mesma forma que Cassou et al. 2011, Lees et al. (2005), Wilcox; Tudor-Locke e Ainsworth (2002) salientam estas barreiras.

Segundo McArdle, Katch e Katch, (2003), a perda na força contrátil do músculo no idoso é devida às perdas de unidades motoras e à atrofia das fibras musculares. Uma redução de 40 a 50% na massa muscular ocorre, em função disto, entre os 25 e 80 anos. Muitas vezes esta perda acontece em função da sua mobilidade e desempenho físico limitado. A fraqueza muscular pode prejudicar o equilíbrio e aumentar a incidência de quedas. O treinamento com exercícios, particularmente com os de resistência, facilita a síntese e a retenção de proteínas e abrandam a perda da força e massa muscular que ocorre com o envelhecimento.

Hoefelmann et al 2010, em seu estudo (n=40) envolvendo pessoas longevas (80 anos ou mais) também observaram que a AF tem o papel de prevenção da sarcopenia, mas não consegue impedir os efeitos deletérios sobre essa qualidade física, devido aos processos fisiológicos do organismo sobre a musculatura. Portanto diferentes tipos de treinamento físico são recomendados para pessoas mais velhas. (ACM, 2009).

Assim sendo, estimular as longevas a continuarem fazendo é de suma importância para que continuem com suas capacidades funcionais presentes em sua vida.

O receio de andar sozinho porque pode provocar quedas é destacado em vários momentos do estudo: “[...] *os meus médicos aconselham a não andar sozinha, mesmo que com bengala, porque tenho osteoporose*” (GF17) “[...] *é bom a gente andar, mas a gente tem medo de cair, e também dos carros*” (GF110).

O medo das doenças advindas do processo de envelhecimento ou de patologias também é identificado pelas longevas inativas: “[...] *para mim o problema maior que eu acho é que a gente pega mais doença, quando se fica mais velha. Sempre aparece mais, nunca está boa, sempre tem alguma coisa*” (GF17).

Costa, (2010), Cardoso et al. (2008), Brawley et al (2003) e Rauchbach (2001), corroboram afirmando que os problemas que mais angustiam o idoso são os de saúde e limitações físicas, porque a partir do momento em que este fica debilitado causa o temor de tornar-se dependente.

As doenças impedem de serem ativos até em suas atividades da vida diária que começam a se limitar:

[...] antigamente eu fazia tudo, todo o serviço de casa, mas depois que eu me machuquei e quebrei a coluna e não faço mais nada, e eu quero fazer, mas a minha filha não deixa [...] agora não tem mais nada (GF18).

O receio de ficar doente, de pegar peso com medo de uma lesão ou até mesmo um problema cardíaco, bem como os medos frequentes de quedas vão restringindo cada vez mais o espaço de locomoção das longevas “[...] agora parei de caminhar, só caminho em casa, quebrei uma perna, cai dentro de casa” (GF16).

Assim sendo, o mundo das longevas inativas se resume em atividades mínimas realizadas diariamente

[...] quando vou ao supermercado, eu faço uma forcinha e vou a pé, mas para voltar, tem que voltar de carro, não dá (GF19);

[...] eu fazia artesanato, mas agora não faço mais porque estou com problema de saúde (GF17).

Estudos apontam que possivelmente um dos maiores preditivos para uma velhice bem-sucedida provém de um envelhecimento saudável e socialmente engajado. Idosos com altos níveis de co-morbidades e acometidos por enfermidades que limitam a interação com o ambiente apresentam maior dificuldade para adaptação e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida (BONSDORFF; RANTANEN, 2011; COSTA, 2010; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; TEIXEIRA, 2008; DUMITH, 2008).

A adoção e a participação de pessoas longevas em programas de atividade física nem sempre é uma decisão fácil, devido à

desmotivação causada por alguma patologia ou alguma alteração no seu estado fisiológico (HOEFELMANN et al, 2011; MOSCHNY et al, 2011; VIEIRA, 2004). Sendo assim, é importante e necessário motivá-las para a melhora da qualidade de vida e da saúde, mesmo com as limitações físicas próprias do processo de envelhecimento (BONSDORFF; RANTANEN, 2011; HOEFELMANN et al, 2011; MECHLING; NETZ, 2011; ZAMARIM et al., 2008).

4.2.4 Papel da família

A família, segundo os depoimentos das longevas, também tem contribuído para a limitação de envelhecimento ativo, pois a superproteção pelo excesso de cuidado vem limitando as atividades e deslocamentos:

[...] olha eu não faço porque elas não me deixam mais pegar um ônibus, eu saio do portão, onde é que mãe vai? Eu tenho que andar um pouquinho, elas me prendem, onde é que a mãe vai? Onde é que a mãe pensa que vai? (GFI6);

[...] agora eu não faço mais nada, depois que levei um tombo a minha filha não me deixa fazer mais nada, até para tomar banho, ela é que me dá, tem medo que eu caia no banheiro.

[...] as minhas filhas não querem que eu ande sozinha, elas tem medo (GFI10).

Essa segregação social progressiva favorece a uma vida mais improdutiva e muitas vezes penosa para as pessoas longevas (AFONSO, 2009; DUMITH, 2008). Os afazeres diários que envolvem as pessoas longevas também contribuem para a não adoção de AF:

[...] tenho uma comadre que não sai nem para passear, tem uma porção de filhos casados e ainda faz comida para os filhos e noras. (GFA2);

[...] muitas tem marido, às vezes é ciumento e não deixa sair. (GFA3).

As longevas inativas se sentem ainda com potencial para continuar fazendo as atividades ocupacionais e gostariam de fazer. Essa superproteção da família, os incentivos para não fazerem mais atividades físicas dos médicos, cuidadores e familiares podem estar contribuindo para o sedentarismo deste grupo etário.

[...] quando meus filhos vão lá para casa eu faço almoço para todo mundo, [...] recebo elogio de minha neta: “vocês olhem bem, a vó com 95 anos faz um pastelão, faz isso, faz aquilo para nós. E você mãe? Tu não fazes nada!” É uma atividade que eu ainda faço com prazer. Às vezes eles começam a dizer: “ah não, a senhora já cozinhou muito, deixa que a gente faça”, mas se eu não fizer, eu me considero uma pessoa doente (GFI7);

[...] a minha roupa eu lavo, porque eu gosto de lavar no tanque. A filha leva para lavar na máquina esses cobertores, edredom, mas a minha roupa sou eu que lavo (GFI10).

Da mesma forma a perda do cônjuge também interfere na continuidade de participação nos grupos “[...] *agora que meu marido morreu, fiquei para baixo*” (GFI10).

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

Estudo de Aslan et al. (2008) realizados na Turquia envolvendo idosos (n=350) com 65 anos ou mais também reforçam os achados com relação o avançar da idade e evidenciaram também que a não adoção de

AF está associada, ao sexo, presença de doença crônica, aumento do IMC e tabagismo.

No mesmo entendimento, Cardoso et al (2008), Wilcox e King (2004), encontraram em suas investigações influência negativa das perdas interpessoais para a desistência e a participação de idosos em programas de atividades físicas, principalmente em aquelas atividades realizadas fora de casa e especialmente nas mulheres.

4.2.5 A influência do meio ambiente

O local para se praticar AF é importante para a participação das pessoas longevas, sendo assim, investir em locais adequados favoreceria para uma maior adoção e permanência na prática regular de AF. Tanto os ativos como os inativos evidenciam ausência de espaços adequados como barreiras.

Destacam as longevas que um local mais central ou perto da residência facilitaria a participação, sendo muitas vezes uma barreira para não participar: “[...] ali no centro deveria ter as AF, ou mais perto da casa” (GFA5).

Isso pode ser explicado pelos aspectos descritos na literatura onde destacam os aspectos ambientais como: insegurança, ausência de espaços adequados, falta de iluminação, dentre outros como barreiras para a prática de AF (CORSEUIL et al., 2011; SALVADOR et al., 2010; SALVADOR et al., 2009; DUMITH, 2008; REICHERT, 2004).

A prática de atividade física regular é um fato inexistente no grupo focal de inativos, os motivos para não fazer compreendem: a dor, a falta de ar, não ter mais condição, dificuldade de levantar do chão: “[...] tem gente que sente dor, vai fazer fica pior, porque não consegue nem respirar, vai mexer numa coisa, parece que aquilo te sufoca, não dá” (GF17).

A longeva sente desconforto e sem condições de realizar mudança de posição corporal: “[...] eu não tenho mais condições de fazer ginástica, porque se eu me deito, tem que ter duas pessoas para me levantar. Por isso é que eu saí de lá” (GF17).

Ainda foram enfatizadas nos grupos focais como barreiras para a continuidade da prática de AF: o horário da realização, a falta de companhia de uma amiga, os exercícios inadequados para as pessoas longevas. Corroborando, Guralnick et. al. (2003) citam que as barreiras

para a prática de exercício físico são preferencialmente as atividades e o impacto afetivo. Complementando Cassou et al. (2008), Lee et al. (2005) e Cohen-Mansfield, Marx e Guralnik (2003) acrescentam ainda: o suporte social, falta de companhia para se exercitar, tipo de exercício ou programa oferecido, acessibilidade ao local de prática e conhecimento das facilidades e das aulas. Essas barreiras também foram identificadas durante os grupos focais, por meio dos depoimentos das longevas:

[...] a gente não acompanha. Por isso que eu estou dizendo, é meio puxado, se fosse mais devagar eu fazia. [...] acelera o coração, [...] na verdade o exercício físico é pesado, [...] eles dão esse tipo de atividade, aqui no grupo de convivência, de abaixar e levantar, eu não posso fazer, [...] a última vez que o professor veio, todos ficaram abanando as mãos (GFI10);

[...] eu participaria do grupo de AF, só não posso deitar no chão, em pé eu faço tudo (GFI7);

[...] fiquei sozinha, me descuidei e relaxei, com a minha amiga eu fazia caminhada e fazia ginástica (GFI9).

Para compreensão das barreiras enfrentadas pelas pessoas longevas, buscou-se junto às 351 entrevistadas verificar a dificuldade de praticar e continuar praticando AF.

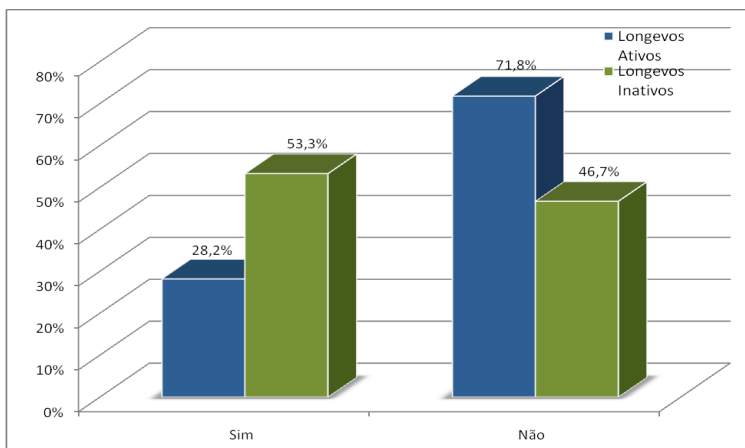


Gráfico 6. Dificuldade de praticar atividade física (%) das pessoas longevas (n=351)

Nota-se que 53,3% das longevas inativas apresentam dificuldades de realizar atividades físicas, enquanto que apenas 28,2% das longevas ativas afirmaram ter dificuldades.

Estudo comparativo com os dados da PNAD 2003, que investigou a proporção de idosos de 60 anos ou mais de idade que não conseguiam ou tinham grande dificuldade de caminhar 100 metros era de 12,2%, passando, em 2008, para 13,6%. Estes resultados confirmam o que os estudos vêm observando: à medida que os índices de esperança de vida crescem, há tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa. De fato, a maior frequência de declaração de incapacidade funcional foi verificada entre 27,2% de idosos de 75 anos ou mais de idade (IBGE, 2010a).

O estudo também evidencia que o gênero tem grande influência nessa questão, uma vez que 15,9% das mulheres tinham dificuldade de caminhar 100 metros, contra 10,9% dos homens. Não se pode esquecer que a esperança de vida feminina é superior à masculina (77 anos e 69 anos, respectivamente), o que torna as mulheres mais vulneráveis a esse tipo de dificuldade. Outro fato de igual importância evidenciado foi à renda per capita domiciliar, decrescendo a declaração de incapacidade à medida que aumenta a renda. Uma possível explicação para essa diferenciação reside no fato de que maiores níveis de renda permitem

aquisição de melhores serviços de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa.

O IBGE, por meio dos indicadores sociais e demográficos divulgados anualmente, vem alertando que a estrutura etária do País está mudando e que o grupo de idosos é o contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. Portanto, decorre uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (IBGE, 2010b).

4.2.6 Forma negativa de vivenciar o envelhecimento

Utilizar mecanismo de defesa para os novos desafios é algo inerente a todo ser humano, assim como utilizar também a idade para deixar de fazer AF. As evidências epidemiológicas, portanto, apontam para um decréscimo do nível de atividade física com o aumento da idade cronológica, tornando o sedentarismo um fator de risco de morbidade e mortalidade durante o processo de envelhecimento (MOSCHNY et al. 2011; SPIRDUSO, 2005; MATSUDO; MATSUDO, BARROS NETO, 2001; SHEPPARD, 1994). Como se pode constatar no depoimento, a seguir:

[...] o meu esposo está fazendo AF comigo e me acompanha, mas fazer AF foi um sacrifício. Botar na cabeça dele não foi fácil, ainda há dias que ele diz: nós não vamos hoje, e eu digo vamos sim! [...] Ele não tem doença que não possa ir caminhar, que não possa fazer exercício. Ele está com a perna boa e no mais está tudo bem, trabalha de manhã e chega em casa, almoça e deita, e se deixar ele assiste televisão e fica a tarde toda. Tenho que insistir quase sempre (GFA5).

Percebe-se, nos depoimentos, que muitas pessoas longevas se acomodam ao ponto de que, mesmo sendo incentivada por pessoas amigas, não saem de casa: “[...] mesmo com o incentivo, as pessoas são acomodadas” (GFA5).

Alguns depoimentos apontam à falta de incentivo, mas mesmo em seus relatos destacam que muitas vezes ignoram o estímulo recebido:

[...] dizem que não vão, não gostam, não tem quem a incentivem, ou quando têm, não querem sair de casa. (GFA2);

[...] é tola acha que ninguém convida, ou então as pessoas convidam, mas não quer ir. (GFA3).

A negatividade imperante no ser humano vem contribuindo para a não adoção em grupos de AF ou de convívio, pois o idoso de uma maneira geral utiliza muito o “*não*” para escapar de situações que o levem a ousar e sair do meio em que vive.

[...] é que as pessoas trabalham diretamente com a palavra não, a palavra não é negativa. Você me convidou para vir aqui, convidou minha amiga também pelo telefone, será que nós vamos? [...] Minha amiga disse para mim: eu só vou se você for, se você não for eu também não vou [...] eu já aprendi muito com essa palavra não (GFA3).

Alegam também as longevas que já trabalharam muito e agora querem descansar: “[...] dizem que já caminharam muito, já trabalharam muito, já brincaram muito, agora querem descansar (GFA5).

As atitudes negativas estão mais presentes nas mulheres do que homens idosos (WILCOX; TUDOR-LOCKE; AINSWORTH, 2002). Para Spirduso (2005), a discriminação por idade e a fragilidade sentida e observada favorece substancialmente para gerar comportamentos que geram barreiras para praticarem AF.

Lees et al. (2005) ao analisarem grupos de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico, por meio da técnica de grupo focal, verificaram que a inércia foi mais prevalente no grupo não praticante do que no grupo praticante.

A atitude pessoal negativa com relação ao envelhecimento ativo contribui para um comportamento desfavorável a participação

efetiva em AF (MOTA; SALLIS, 2002). A acomodação verbalizada pelas participantes da pesquisa deve-se ao fato do gostar de ficar em casa favorecendo, assim, o isolamento destas pessoas.

[...] muitas pessoas não gostam de sair de casa, muitas mulheres só gostam de estar em casa (GFA3);

[...] diz que em casa fica mais a vontade, deita um pouquinho no sofá, gosta do seu cantinho, quando quer toma café. Não gosta de sair, mas mesmo assim eu batalho por ela, só quer ir à missa [...] tem pessoa que não gosta de ficar junta com a outra, gosta sempre de estar sozinha (GFA1);

[...] eu não tenho mais essa disposição nem para passear, está difícil de achar disposição (GFI10);

[...] não gostam de estar juntos com outras pessoas [...] não se mistura com ninguém (GFA1);

[...] minha vizinha de porta, faz seis meses que eu não a vejo. A velhice é o desprezo, a pessoa ao envelhecer é desprezada (GFA2).

Pensar sobre a sua própria velhice é algo indesejável e que se traduz por pensamentos que nos chocam e, rapidamente são dissipados, pois trazem consigo um sentimento de desesperança, conformidade, passividade. Partindo desta compreensão parece que as pessoas vivem as suas vidas como se a finitude não se fizesse presente, é como viver sem envelhecer (GARCIA, 2005).

Essa visão identificada por um grupo focal reporta para os preconceitos existentes em nossa sociedade, onde os idosos são encarados como um peso para nossa sociedade (BRACIALI, 2009; NERI, 2007a; SANTANA, 2003;). Reforça ainda Ramos (2001), que a população rotula o idoso como incapaz, inútil e esclerosada, estigmas muito presente na sociedade brasileira.

Assim sendo, muitas vezes estes estigmas ficam incorporados e se traduzem em comportamentos presenciados em nosso cotidiano. Essa

imagem negativa do idoso perante a sociedade influencia muito a participação da pessoa longeva, refletindo assim na inatividade física dessa população mais velha (LEHR, 1999). Com isso a crença popular de que com o processo de envelhecimento deve-se diminuir a intensidade e quantidade de atividades físicas influencia muito na inatividade física das pessoas longevas (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; MECHLING; NETZ, 2009; JACOB FILHO, 2006).

4.2.7 Ausência à prática de atividade física

O envelhecimento favorece a implantação de um quadro de perdas e incapacidades na pessoa longeva sedentária, mas a regularidade da atividade física contribui diretamente para a manutenção e incremento das funções do aparelho locomotor e cardiovascular, amenizando os efeitos do desuso, da má adaptação e das doenças crônicas, prevenindo parte dessas perdas e incapacidades (MECHLING; NETZ, 2009; TUNA et al, 2009; SALIN, 2006; JACOB FILHO, 2006; SINGH, 2002).

Neste sentido buscou-se identificar os motivos que leva as longevas a se ausentarem de seus grupos. Os depoimentos ressaltam: a sua ida ou de o seu cônjuge ao médico; ter que fazer alguma coisa em casa; quando a filha precisa; ida ao supermercado; recebimento de visita em casa; estar chateada e aborrecida; com tontura; bem como as intempéries do tempo, como a chuvas: “[...] muita chuva já não dá pra caminhar. Tem umas que vão mesmo com chuva. Sair na chuva realmente não convém, pois pode pegar uma doença” (GFA5).

Outro motivo para se ausentar da AF é quando a longeva vai dormir tarde, porque foi a uma festa e chegou de madrugada: “[...] tem festas que a gente vai e chega às quatro e meia, no outro dia não consegue levantar cedo” (GFA2).

As longevas também salientaram a tendência que se tem para a ociosidade e de não levar a sério: “[...] as pessoas começam no grupo, se não levar a sério a participação e falta um, dois dias, [...] depois começa a falhar” (GFA5). Sabe-se que o processo de envelhecimento deteriora, inevitavelmente, essas funções, mas a regularidade de práticas de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis podem contribuir para combater os efeitos deletérios que acompanham o processo de envelhecimento, bem como manter a independência e ter uma vida

participativa na sociedade (MECHLING; NETZ, 2009; PORTO, 2008; JACOB FILHO, 2006; SALIN, 2006).

A regularidade estimula a continuidade na visão das longevas. Quando o cônjuge morre também possibilita o afastamento do longo dos grupos: “[...] *tem pessoas da minha idade ou mais, que o marido morreu ai tudo se acaba, não querem vir no grupo, não querem vir no Canto do Rio, não querem ir à igreja, a acomodação se apossou dela, tornou-se negativa*” (GFA3).

Percebe-se com base nesses relatos, contextualizados anteriormente, a identificação das barreiras para o envelhecimento ativo na percepção das longevas ativas dos cinco grupos focais pesquisados. Buscou-se da mesma forma suscitar, junto aos grupos focais das longevas inativas, o mesmo enfoque da temática. Para tanto, utilizou-se estratégias de ação que favoreceram o surgimento de barreiras nesse contexto. Assim, emergiu a doença como o maior empecilho para se ausentarem em suas atividades e as viagens que realizavam:

[...] eu, para faltar à ginástica, só se estiver com uma doença ou quando for viajar para longe. Eu não falto à ginástica, sou do grupo de convivência. Às três horas da tarde saio, nem tomo café para ir à ginástica [...] às vezes não vou passear para não deixar a ginástica para trás, [...] minhas amigas dizem assim: a ginástica faz outro dia, mas para mim não, é aquele dia. Sinto-me bem em fazer a ginástica e então eu prefiro não ir ao passeio, porque sempre cai na terça feira o passeio, eu não vou, pois é o dia da ginástica (GFA1).

Relacionando as barreiras encontradas com a literatura se observa que os resultados se coligam em vários momentos. Foram evidenciados problemas de saúde, como doenças e limitações físicas (NASCIMENTO et al., 2008; CASSOU et al., 2008; NEWSON; KEMPS, 2007; LEES et al., 2005; WILCOX; TUDOR-LOCKE; AINSWORTH, 2002) e a dor (GURALNICK et al., 2003), idade e sexo (CAVALLI; CAVALLI, 2009; ASLAN et al, 2008; BALBINOTTI; CAPOZZOLI, 2008; SATARIANO et al 2000).

Entre as barreiras subjetivas encontradas destacam-se à falta de motivação, de força de vontade (MOSCHNY, et al. 2011; SANTOS, 2006; LEES et al., 2005; WILCOX; MAZO, 2003; TUDOR-LOCKE; AINSWORTH, 2002), o medo de cair (LEES et al., 2005; MAZO, 2003; SATARIANO et al 2000), o suporte social, bem como os hábitos de vida, impacto afetivo (CASSOU et al., 2008; COHEN-MANSFIELD; MARX; GURALNIK, 2003) a falta de companhia e de interesse (MOSCHNY, et al. 2011; DERVANGAZE et al., 2003; ANDRADE et al., 2003; MATSUDO et al., 2002; SATARIANO; HAIGHT; TAGER, 2000), não gostar (CAVALLI; CAVALLI, 2009; DERVANGAZE et al., 2003).

Com relação às atividades inadequadas e a falta de vivência, as longevas evidenciam: a falta de experiência, e desconhecimento, exercícios inadequados, acessibilidade ao local de prática, falta de segurança e a necessidade de repouso (MOSCHNY, et al. 2011; CASSOU et al. 2011, 2008; COHEN-MANSFIELD; MARX; GURALNIK, 2003). Destacam ainda a dificuldade de sair de casa, como as atividades realizadas fora de casa, especialmente para as mulheres (WILCOX; KING, 2004). As barreiras climáticas também foram citadas pelas longevas, sendo evidenciada essa barreira por Eiras et al, 2010; Cassou et al, (2008), Teixeira, 2008 e Andrade et al. (1999), em seus estudos.

Corroborando ainda com os achados Cavalli e Cavalli (2009) ao estudarem 508 idosos de 60 a 96 anos de idade encontraram como motivos para não adoção de AF: problemas de saúde (31,85%), não ter vontade de praticar (17,81%) e não ter tempo para praticar (17,47%).

Os resultados ressaltaram ainda como barreira a própria maneira de ser das pessoas longevas. A identificação dessas barreiras, na percepção das longevas ativas e inativas, sugere novas metas a serem traçadas para atingir esse grupo etário. Desta forma, devem-se levar em conta as barreiras citadas acima no momento de se estabelecer para as pessoas longevas de Florianópolis, políticas de saúde pública para à promoção da atividade física na longevidade.

4.3 CONHECENDO OS FATORES INFLUENCIADORES NO PROCESSO DE ENVELHECER ATIVO

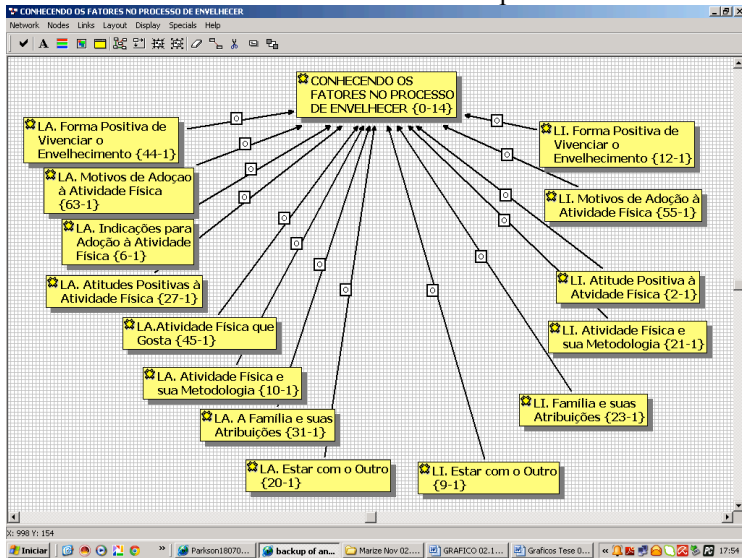
A prática habitual de atividade física é caracterizada como importante componente do estilo de vida associado à promoção da

saúde e a qualidade de vida da população longeva. A partir do momento que a pessoa longeva começa a participar de um programa de atividade física, pode-se identificar um passo significativo para uma mudança positiva de atitude (MAZO, 2008).

Neste momento do estudo buscou-se identificar os fatores influenciadores que permitem e promovem à pessoa longeva a manutenção de hábitos que proporcionem práticas regulares de AF.

A Figura 5 ressalta as subcategorias dos fatores facilitadores para um processo de envelhecer ativamente

Figura 5. Conhecendo os fatores facilitadores no processo de envelhecer



Legenda: LA- longevas ativas, LI- longevas inativas

Na presente pesquisa foram identificadas 8 subcategorias de fatores facilitadores para o envelhecimento ativo que foi assinalado distintamente por longevas ativas (n=8) e inativas (n=6).

As seis subcategorias relatadas pelas longevas inativas são idênticas às destacadas pelas longevas ativas, portanto optou-se por apresentar os resultados e contextualizá-los simultaneamente. A partir dessa revelação pretende-se abordar os pontos destacados pelas

entrevistadas sobre os fatores influenciadores que promovem a adoção do envelhecimento ativo.

4.3.1 Atitudes positivas perante a prática de AF

As atitudes tomadas com relação às mudanças comportamentais contribuem para adoção de um novo estilo de vida que se traduz em tomadas comportamentais e estratégias de ação que corroboram para um viver melhor. O ser humano nunca perde o desejo de brincar e se divertir e, isso o acompanha em toda etapa existencial. Portanto, cabe em cada um traçar sua própria estratégia e responsabilizar-se pelo seu desempenho perante a sua própria vida (BONSDORFF; RANTANEN, 2011; RYAN; DECI, 2008; NERI, 2007b; LORDA, 2004; BALTES; BALTES, 1990).

Assim sendo, a força de vontade e o querer fazer são estratégias de ação que favorecerão para a promoção de saúde e bem estar. Alegam as pesquisadas que, quando a pessoa longeva quer realizar AF, ela busca essa prática: “[...] *quando a gente quer, a gente faz atividade física*” (GFA3).

Apontam, também, que os hábitos adquiridos e a continuidade favorecem a regularidade de práticas corporais:

[...] quando se faz uma atividade durante 20 e 30 anos e depois pára, é claro que vão aparecer doenças. Mas quando a pessoa tem força de vontade, ela consegue realizar, mesmo que não seja da forma que era antes. Às vezes não é doença, é a falta de regularidade. Se as pessoas soubessem, nunca deixavam de fazer atividade física. Eu estou bem, gosto de caminhar e acho todas as atividades boas, mas a caminhada à melhor de todas (GFA3).

A percepção das longevas pelos benefícios que a AF proporciona tem contribuído em grande parte para a participação e a regularidade das longevas ativas nos programas de AF que realizam:

[...] a cabeça quer mais, o corpo pede mais movimento, nem que seja para um passeio, caminhada ou ir à casa do vizinho conversar, se você ficar sentada todo o dia fica doente, [...] movimentar-se promove saúde e bem estar [...] fazendo ginástica no outro dia estamos com o corpo melhor, sempre temos mais disposição (GFA3);
[...] somos privilegiados pelo fato da universidade oferecer para nós essa oportunidade de entrosamento, de exercício físico, de melhoria da saúde (GFA4).

Muitas evidências mostram que a realização de atividade física regular pode melhorar significativamente a saúde das pessoas, e esses benefícios são para a vida toda, tais como, a oportunidade de ter uma vida ativa com maior independência, autonomia e a melhoria da qualidade de vida (CHODZKO-ZAJKO et al.2009; JACOB FILHO, 2006).

Cachioni (2003) aponta que, no Brasil, a universidade proporciona programas para idosos que tem como meta promover a saúde, bem estar psicológico e social, desenvolvem também atividades intelectuais, físicas e sociais.

Lanuezl e Jacob Filho, (2008) pesquisando idosos sedentários (n=40) com 60 a 90 anos de idade verificaram relevância da prática regular de AF na de promoção de saúde do idoso

Hoefelmann et al 2011, ao estudarem 40 idosas com 80 anos ou mais, praticantes de atividade física de Florianópolis/SC, constaram que o processo natural de envelhecimento e/ou fatores a ele associados ocasionam perdas nas diferentes qualidades físicas. Porém, parece que a prática regular de AF pode reduzir os efeitos negativos do envelhecimento sobre as qualidades físicas, retardando a restrição à realização das AVDs e prolongando o tempo de vida ativa, independente e saudável de pessoas longevas.

Alegaram, ainda que programas de AF voltados para essa faixa etária podem ser uma importante alternativa para reduzir e retardara o declínio da aptidão funcional.

O idoso, ao ser beneficiado com novas aprendizagens, possibilitará ganhos significativos por meio de uma educação permanente e uma inserção no mundo que demandam novos aprenderes em um fluxo rápido e contínuo (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; DOLL, 2007; MAZO, 2003; OKUMA, 2002).

As percepções positivas da prática de atividade física aparecem nos depoimentos evidenciando os benefícios biopsicossociais:

[...] a ginástica é vida e saúde, em lugar da gente ficar mais velha ficamos mais jovens [...] quando a gente faz AF, não dá tempo para a gente ficar lembrando coisas ruins [...] dançar faz muito bem para gente [...] quando faço ginástica fico mais leve (GFA3);
[...] acho que realmente nós que estamos recebendo esses benefícios. Sabemos o quanto isso representa nas nossas vidas e se me sinto ativa, capaz de fazer tudo e esqueço que eu envelheci. Realmente esqueço, pois a gente faz atividade física, é porque tem ginástica e encontro com o grupo. É encontrar pessoas, conversar, sorrir, brincar, falar besteira, tudo isso acho que é super importante na vida da gente (GFA4).

A atividade física auxilia na reintegração do idoso na sociedade e melhora seu bem estar geral, pois os benefícios da mesma estão presentes nos aspectos biopsicossociais, uma vez que, com o processo de envelhecimento, as pessoas começam a apresentar comprometimentos, tais como: solidão, ausência de objetivos de vida e de atividades ocupacionais, de relacionamentos sociais e redução de atividades de lazer, artístico-culturais e físicas (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; MATSUDO, 2009; CAVALLI; CAVALLI, 2009; NERI, 2007b; DOLL, 2007; JACOB FILHO, 2006).

As longevas enfatizam que quando não podem fazer AF ficam doentes, ou com dores:

[...] fico doente e doída na segunda feira, quando sábado e domingo não tenho dança e nenhuma atividade [...] quando viajo não posso caminhar, parece que as dores voltam todas (GFA3);

[...] estou há 20 anos na ginástica, eu sofria muito de coluna só vivia na reabilitação pendurada naqueles ganchos. O dia que entrei aqui no Centro de Desportos da UFSC nunca mais sofri, nunca mais tive nada de coluna [...] eu também sou agora perfeita e agradeço aos profissionais do projeto que nos apóiam em todos os momentos (GFA4);

[...] a ginástica é tão importante em nossas vidas; quando chegam as férias e deixamos de praticá-las, meu Deus, a gente endurece e sente falta, dói tudo. São dores nas pernas, nas costas, reclamo o dia todo, é a falta da ginástica (GFA2).

Adicionalmente, os resultados parecem apoiar a definição de um modelo fatorial que considera o efeito positivo da satisfação da competência sobre cada uma das restantes necessidades psicológicas. Esta ligação, apesar de não ser proposta pelo modelo original da teoria da autodeterminação, merece alguma atenção futura. Estes resultados reforçam a importância dos praticantes sentirem-se competentes durante a prática de exercício e estão de acordo com os resultados de outras investigações que reportaram a elevada importância da satisfação da necessidade de competência sobre a obtenção de alguns benefícios de natureza psicológica (VLACHOPOULOS; MICHAILIDOU, 2006)

A atividade física regular pode beneficiar no tratamento e/ou prevenção de várias doenças como: cardiovasculares, vários tipos de câncer, diabetes, osteoporose, artrite, lombalgia, asma, problemas de infecção e imunidade, tabagismo, colesterol/lipoproteínas no sangue, hipertensão arterial, problemas nutricionais, sono, controle de peso e problemas psicológicos. Tanto nas crianças, jovens, homens, mulheres e idosos (TUNA et al. 2009; YATES et al. 2008; JACOB FILHO, 2006; NIEMAN, 1999)

Sendo assim, os programas de ginástica apresentam uma grande demanda de idosos, devido às suas vantagens no que se refere à melhoria da saúde, socialização, integração, novas amizades, estética, além do bem-estar físico e mental (CONCEIÇÃO et al, 2011; MEURER, 2010; SOUZA; VENDRUSCULO, 2010 MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; LANUEZ, JACOB FILHO, 2008; CARDOSO et al., 2008; MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006).

As interferências nos aspectos psicoemocionais são evidenciadas pelos depoentes em suas contextualizações:

[...] outro dia estava nervosa. Tinha uma leitura para fazer no grupo, percebi que minha mão e a folha tremiam, mas antes de ler fizemos ginástica da prefeitura, [...] quando eu fui ler, percebi que não tremia e li perfeitamente. Outro dia, comecei a prestar atenção, fizemos novamente ginástica, aí peguei a folha e até de cor li as homenagens. Portanto, percebi como a ginástica estava me curando do meu nervosismo (GFA4);

[...] a ginástica é meu segundo lar, porque quando eu perdi meu marido, a minha médica me apresentou ao programa do CDS/UFSC e foi meu remédio, fiquei com depressão, mas não tomei remédio, os professores, colegas da ginástica me fizeram esse bem na minha vida. Eu não conversava, tinha vergonha de tudo, hoje sou bem arteira e gosto de tudo (GFA3).

Observa-se por meio dos depoimentos a satisfação gerada pela prática continuada de AF, corroborando com os achados do estudo Meurer (2010), Matsudo (2009), Mazo, Cardoso e Aguiar, (2006), Matsudo e Matsudo (2001) que, por meio de uma revisão, salientam os aspectos positivos entre atividade física e o processo de envelhecimento. Esse estudo evidenciou também a melhora do autoconceito, da autoestima e da imagem corporal; diminuição do estresse e da ansiedade; melhora da tensão muscular e do sono;

diminuição do consumo de medicamentos; melhora das funções cognitivas e da socialização.

Outro aspecto ressaltado pelas entrevistadas é quanto à disposição física, pois mesmo com comprometimentos ainda gostam de andar e principalmente dançar. Alegam que descansam quando se sentem cansadas. Para Silva (2010), Mazo, Lopes e Benedetti, (2009) Leal e Hass (2006), Rocha e Romarco, (2005), Lopes, (2005, 1997), a dança é importante para o idoso, devido o bem estar biopsicossocial que ela é capaz de proporcionar. A dança tem um caráter social na qual motiva a pessoa, seja sozinho, em par ou em grupo e provoca um sentimento de bem estar.

4.3.2 Motivos de adoção à prática de atividade física

As atividades que gostam de realizar contribuem grandemente para a permanência em seus grupos. Realizar atividades que vão ao encontro do seu centro de interesse, na opinião das longevas ativas, faz com que pratiquem com gosto e prazer às atividades. As atividades devem estar associadas a um ambiente descontraído e adaptado as condições físicas e sociais do aluno idoso (EIRAS et al., 2010; AFONSO, 2009; FREITAS et al., 2007). Entre as atividades que gostam de realizar, destacam: passeios, viagens, caminhar, hidroginástica, dançar, ginástica, fazer exercícios, tricô, crochê, renda de bilro, bordar, artesanato, fazer o trabalho de casa, jogar bingo, baralho, dominó, ler, internet, palavras cruzadas, escrever poesia, cantar, trabalhar na natureza com galinha, plantas, tirar marisco, pescar na praia, cozinhar para família e visitar doentes.

Já as longevas inativas pontuaram como atividade que mais gostam de realizar: passear, ir à missa ou vê-la na TV, andar na rua, jogar bingo, ler, dançar, bordar, ponto cruz, renda de bilro, crochê, cantar.

Afonso (2009), Mazo, Lopes e Benedetti (2009) salientam que se deve ter uma grande preocupação em oferecer aos idosos atividades de lazer como: passeios, viagens, festas comemorativas e palestras informativas e motivacionais. Percebe-se uma diversidade de atividades em que as longevas ativas gostam de realizar regularmente. Notoriamente percebe-se que gostam muito de sair de casa, pois isto possibilita novas conquistas pessoais.

[...] gosto muito de sair, não paro em casa, é difícil de me pegar em casa (GFA1);
[...] eu gosto de andar na rua, eu não paro em casa (GF16);
[...] eu gosto muito de fazer tricô, crochê e muita coisa de mão (GFA2);
[...] gosto muito de mexer com plantas, mexo no meu quintal [...] quer ver eu feliz da vida, é estar pescando na beira do mar [...] gosto muito dos domingos, estar com a casa cheia de gente, fazer um monte de comida e botar na mesa para minha família (GFA3);
[...] eu gosto de jogar, jogo a tarde toda (GF16);
[...] eu gosto de ginástica, caminhar, dançar e viajar (GFA4).

Da mesma forma, as longevas inativas também percebem os benefícios da AF, mesmo não o realizando. Afirmam que é para não endurecer as pernas e os braços; para não encolher; para melhorar a silhueta da pessoa e ficar mais forte; para ter saúde; para o idoso é bom.

Buscando se aprofundar nessa temática foi questionado as longevas inativas se conheciam alguém da mesma idade que praticavam regularmente AF, todas responderam que sim. Apontaram os motivos que impulsionavam essas pessoas longevas a realizarem as AF como: porque gostam; tem força de vontade; tem possibilidade de locomover-se; tem companhia para fazer a AF; acham que é necessário; para ter uma vida melhor, para ter mais saúde; sentem prazer em fazer; porque o médico falou que ela não pode ficar parada.

Esta percepção de se sentirem bem favorece a continuidade para as atividades físicas. Uma das principais razões que faz com que sujeitos sedentários há anos, repentinamente, aos 70 ou 80 anos de idade, iniciem e mantenham a prática de exercícios físicos, é que muitas pessoas referem que se exercitam, porque “isso faz com que se sintam melhor”. Este fato se deve porque a atividade física se relaciona com a melhora da saúde, o aumento na produção de beta-endorfinas e aminas biogênicas que atuam no sistema nervoso, reduzindo a ansiedade e produzindo sensação de bem estar (SHEPARD, 2003).

A atividade física é uma fonte de satisfação e bem-estar (EIRAS et al. 2010; MAZO, MEURER; BENEDETTI, 2009; BALBINOTTI; CAPOZZOLI, 2008). As pessoas que fazem atividades físicas regularmente tendem a ter uma percepção de bem-estar psicológico positivo (SOUZA; VENDRUSCULO, 2010; MEURER, 2010; MAZO, 2008).

Como se pode observar, as longevas inativas percebem o papel fundamental da atividade física na promoção de saúde. A atividade física contribui para o aumento da funcionalidade física do cotidiano, prevenindo a incidência de doenças crônicas e controlando-as, o que reflete em uma condição de bem estar e inserção no contexto social (OKUMA , 2005). No estudo de Andreotti e Okuma (2003) manter e ou melhorar à saúde também foi motivo citado pelas longevas para a participação em um programa de atividades físicas para esta população.

[...] aquela não tem dor, não tem nada. Aquela faz mesmo porque gosta. É uma pessoa que caminha todos os dias, faz ginástica todos os dias e se sente bem. Aquela ama fazer ginástica (GFI9);

[...] Ah, é para durar mais [...] elas tem condições, Eu acho que elas são bem mais ativas do que a gente, são mais saudáveis (GFI6).

As longevas inativas alegam que a atividade que fariam se pudessem ou tivessem oportunidade é a ginástica e a dança. Evidenciam que esta deva ter movimentos leves e adequados e que não tenha movimentos de sentar e levantar do chão.

4.3.3 Estar com o outro

Estar com o outro possibilita aconchego e bem estar. Nesta perspectiva de buscar o contato humano é que as pessoas longevas participam dos grupos de convivência e de AF para se relacionarem com pessoas de sua idade, trocar experiências e afetividade.

A viuvez é um fato constante entre mulheres longevas. Sabe-se que as mulheres sobrevivem por mais tempo que os homens em todos

os países. A diferença entre os sexos, no ciclo da vida esta em torno de 5 e 9 anos” (SPIRDUSO, 2005; SHEPHARD, 2003). Constatase um processo de feminização da velhice, a medida que a população brasileira envelhece, mais feminina ela se torna. As mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2010a). Essa representação feminina resulta de uma série de fatores, dentre os quais vale destacar a maior expectativa de vida para as mulheres (em média vivem 8 anos mais que os homens) (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010; HAYFLICK, 1997).

Hayflick (1997) afirma que os homens têm uma propensão de 1,12 a 7 vezes maior do que a das mulheres em morrer em decorrência das seguintes causas: ataque cardíaco, derrames, câncer, doenças respiratórias, acidentes, cirrose hepática, suicídios, homicídio e AIDS.

Portanto, repercussões importantes dessas demandas refletem em nossa sociedade. Ao que tudo indica a maioria dessas mulheres, são viúvas, sem ou com pouca experiência de trabalho no mercado formal, reduzido grau de escolaridade, além de experimentarem piores condições de saúde (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004), ou seja, serem as maiores dependentes de cuidados necessitando o acompanhamento médico mais contínuo ao longo de suas vidas (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO: 2010).

Assim sendo, as pessoas longevas dos grupos de convivência são na maioria mulheres. As longevas que participaram do segundo momento do estudo nos grupos focais, a maioria era viúva e grande parte vive sozinha.

[...] todas aqui moramos sozinhas (GFA1);
[...] faço todas as minhas coisas sozinha, vou ao banco, moro sozinha e resolvo todos meus problemas (GFA4);
[...] sou um pouco doente, porque sou sozinha, já não saio mais, tem quer ser com uma bengalhinha ou num bracinho para ir aos grupos de idosos (GFI9);
[...] moro sozinha, meus filhos moram na frente, faço minha comida todo dia (GFI10).

A viuvez é um dos motivos para o ingresso nos grupos, pela situação de estar sozinha:

[...] quando eu fui para o grupo eu já não tinha mais marido, fui casada 60 anos (GFA2);
[...] depois que meu marido faleceu, comecei a participar dos grupos todos os dias. Tinha cinco grupos e ainda participava da ginástica 2 vezes por semana pela manhã e a tarde eu ia nos grupos de convivência (GFA4).

O convívio, a busca a partir de uma perda, é um desafio constante do idoso. Para Tafaro et al. (2008) e Lorda (2004), envelhecer significa adaptação a mudanças na estrutura e funcionamento do corpo humano e no ambiente social, que é dirigido pela personalidade. Ficar viúvo reflete uma nova situação de vida que gera, segundo o autor, um ajuste pessoal a essa nova realidade.

Um destes ajustes pessoais é a busca pela participação efetiva que, segundo Silva (2007), envolve a afetividade, sentimento de prazer em fazer coisas e na instrumentalização e eficácia ao realizar algo junto do que sozinho. A solidão, portanto, é um sentimento gerado pelo estado de viuvez e que pode ser vivenciado com muita perspicácia como as longevas salientaram:

[...] muita gente pergunta para mim como consigo gostar de ficar sozinha se tenho tantos filhos. Meu filho se preocupa, sempre perguntando se eu fico sozinha, respondo que não fico sozinha. Realmente eu não fico sozinha o dia inteiro, quando eu quero saio, nem que eu vá ao ponto de ônibus, próximo de minha casa e fico conversando com as pessoas, sai um e senta outro e assim vou conversando, não me sinto só (GFA4).

Vivenciar a solidão leva as pessoas a buscarem a companhia de novas pessoas levando-as a participarem de novos grupos oportunizando, assim, criarem novos laços de amizades e afetividade. As pessoas longevas tendem a perder parte de seu sistema de apoio, em consequente tendem a ser mais abertas a novos apoios compensatórios de outras fontes (BENEDETTI; SCHWINGEL; TORRES, 2011; EIRAS et al, 2010; LORDA, 2004).

Um aspecto importante observado em trabalhos sobre a interação social de participantes de grupos de atividade física, é que não se sabe até que ponto o bem-estar psicológico causado pela atividade física pode ser devido ao exercício em si ou às redes de relações afetivas proporcionadas pela prática. A distração, o divertimento e o pertencimento a um grupo, são aspectos importantes na vida das pessoas longevas, onde a solidão e o isolamento muitas vezes fazem parte do seu dia-a-dia (GUIMARÃES; CALDAS, 2006).

4.3.4 A família e suas atribuições

A família representa, segundo Aquino e Cabral (2002), uma rede de solidariedade, de entrelaçamento de afetos, que centraliza e intermedeia, e de proteção. Enfatiza que a família esta perdendo a sua centralização gradativamente, deixando de ser uma instituição única e total, apresentado cada vez mais parte de rede de relações sociais.

O papel da família também teve destaque para o ingresso da pessoa longeva e a continuidade das mesmas nos programas de AF. O incentivo dos filhos para uma participação mais efetiva para que se mantenha mais saudável são refletidos nos depoimentos:

[...] eu me sinto bem, às vezes estou no cantinho da casa fazendo renda, a minha filha está na casa dela me observando. Quando ela me vê fazendo renda diz para eu guardar, para ir passear e conversar com as amigas. Aí eu digo: a mãe esta fazendo renda porque gosta filha, quando eu me incomodar, eu me arrumo e saio. (GFA2);

[...] quando eu estava de férias, minha filha me olhou e disse mãe a senhora tem que fazer alguma coisa, senão a senhora vai ficar doida dentro de casa. Na verdade é isso mesmo, tenho que procurar uma atividade, aí eu vou fazer academia (GFA5).

As longevas apontam também que a família é muito importante para se sentirem bem. Ter um relacionamento harmonioso com o marido e filhos é algo que as deixam muito felizes. Algumas longevas disseram que tiveram um lindo relacionamento com seu marido, mesmo passando dificuldades souberam viver a dois de forma maravilhosa. Outras, ainda, estão casadas e vivem muito bem juntos.

[...] uma das coisas muito importante para minha vida é a convivência com meus filhos, tenho filhos e uma família que me adoram, eles são a minha vida, eu não saberia viver se não tivesse a convivência com eles, para mim é muito importante (GFA1).

O apoio e incentivo familiar favorecem a participação nos grupos.

[...] estou com 90 anos, agora a minha filha é que me acompanha, ela não quer que eu saia sozinha, então ela me acompanha (GFA5);

[...] eu fiquei muito doente, agora eu estou morando com a filha, eu antes morava sozinha, agora eu vou ao grupo, mas é minha filha que me leva as três vezes durante a semana (GFA4);

[...] em casa minha neta faz eu me movimentar, me puxa para lá, para cá (GFI6).

Eiras et al. (2010), Souza e Vendrusculo (2010), Mazo (2008) e Matsudo e Barros Neto (2001) enfatizam que a família tem um papel fundamental na decisão das pessoas idosas em aderir ou não em um programa de atividades físicas.

As longevas ativas gostam do apoio dos filhos, mas não permitem a interferência em sua vida. Gostam de se sentirem úteis e independentes, não permitindo a intromissão em seus afazeres diários.

[...] meus filhos não querem que vá ao banco, querem buscar o meu dinheiro, mas eu digo não. É muita preocupação. Deixa, quando eu não puder fazer mais nada, a cabeça já não ajudar mais, e nem conseguir caminhar, aí eu deixo vocês me ajudarem. Nós é que sabemos o momento, que já não dá mais, não são eles que sabem (GFA5).

Pela proteção dos filhos, muitas vezes as longevas ocultam de seus familiares o que faz durante o dia “[...] *eu minto para meus filhos, dizendo que vou para um lugar e vou para outro. Vou mais longe, meu filho diz que é perigoso para mim. Não tem perigo, sou mais eu. Gosto de ver gente*” (GFA1).

As pessoas longevas muitas vezes percebem que seus filhos, pelas suas atribuições diárias, não podem se comprometer em realizar alguma atividade com ou para a pessoa longeva. Assim sendo, a pessoa longeva tenta, no possível, manter sua vida com autonomia e em companhia de suas amigas.

4.3.5 Forma positiva de vivenciar o envelhecimento

No transcórre da pesquisa, buscou-se evidenciar o que estimulava a pessoa longeva a fazer AF. Foram obtidas várias respostas, como: gostar, sentir necessidade de fazer, ter força de vontade, ter e fazer novas amizades, ver e comunicar-se com as pessoas, sair de casa, ter mais disposição, saúde, preencher o tempo livre, não ficar sozinha em casa, ter amor pela vida.

Essas colocações mostram que os motivos vão ao encontro de uma vida de maior qualidade. Reforçam, afirmando ainda:

[...] vontade de viver (GFA3);

[...] a necessidade de ficar bem [...] ver gente, ficar em forma, não ficar na mesma [...] respirar outros ares, ver a natureza (GFA4); [...] é bom para a cabeça, para termos lucidez [...] A gente se sente bem melhor (GFA5).

De acordo com as pessoas longevas, manter-se ativa é um dos motivos que estimulam a praticar atividade física. A prática de atividades física retarda os efeitos deletérios do envelhecimento, preservando a autonomia do idoso (JACOB FILHO, 2006; ANTUNES et al., 2005), prevenindo também o declínio cognitivo (TUNA et al., 2009; HEYN; ABREU; OTTENBACHER, 2004; CHAIMOWICZ, 1997), e a diminuição do estresse, a depressão e os padrões de sono (NELSON et al., 2007; SHEPARD, 2003; MATSUDO et al., 2000).

Nelson et al., (2007), Spirduso, (2005) e Arent, Landers e Etnier (2000) destaca que a atividade física, se praticada regularmente, está associada com melhoras significantes do humor em pessoas idosas. Redimensionar a vida pelas transformações ocorridas favorece novas conquistas de papéis sociais (NERI, 2007b; LORDA, 2004).

Assim sendo, a arte de viver em uma idade longa e bem sucedida consiste em se aplicar novas estratégias. Além de políticas sociais e de saúde preventiva e curativa, as ações psicológicas são de suma importância no manejo da vida. A teoria da otimização seletiva com compensação foi articulada e testada por mais de 10 anos por Margareth Baltes, Paul Baltes e seus colaboradores, que fundamentam o princípio de que ao longo das etapas existenciais do curso de vida os meios e as metas vão se ajustando, por intermédio de mecanismos de compensação e otimização, revela-se fundamental para uma boa longevidade (BALTES; SMITH, 2006).

A OMS (2005) ressalta em seu documento que as pessoas idosas precisam praticar atividades físicas regularmente para ter uma boa saúde. Segundo Nelson et al., (2007) e Pate et al. (1995) a recomendação de atividade física para o idoso enfatiza quatro aspectos chave para a promoção de um envelhecimento saudável: atividades aeróbicas, que devem ser realizadas com intensidade moderada pelo menos 30 minutos diários em cinco dias da semana; o fortalecimento muscular: utilização de exercícios com peso realizados em uma série de 10-15 repetições, de 8 a 10 exercícios em dois a três dias não consecutivos; exercícios de flexibilidade, que devem ser realizados pelo

menos 10 minutos todos os dias; exercícios de equilíbrio, realizados três vezes por semana.

Matsudo, 2009, salienta que a atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas, melhora a mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. Portanto é importante enfatizar mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo, possibilitando um envelhecimento com saúde e qualidade.

4.3.6 Atividade Física de Preferência

A forma de se realizar a atividade física também foi foco de contextualização das longevas. Segundo elas, as atividades realizadas de forma prazerosa prendem sua atenção e as fazem realizar cada vez mais: a utilização de uma música agradável, exercícios adequados e criativos favorecem a continuidade, bem como o contato com a natureza e o tratamento que recebem pelos profissionais que atuam com elas.

[...] adorei a ginástica, as músicas, foram utilizadas garrafas cheias de pedras envolvendo atividade com peso foi ótimo (GFA3);

[...] caminhar todos os dias encontrar pessoas, passarinhos, flores [...] é muito importante (GFA1);

[...] os professores tratam a gente com muito amor e respeito, elas merecem nosso elogio, porque a gente se encontra e leva tudo que é bom para casa, chegando alegre [...] frequento a ginástica com muito prazer (GFA4);

[...] eu gosto de AF. São coisas alegres, porque a gente tem que viver num ambiente alegre (GFA5).

O prazer e o gostar pela prática de atividades físicas foram muito ressaltados pelas longevas como fatores de permanência a um programa de atividades físicas.

Freitas et al. (2007) ao estudar 120 idosos com idades entre 60 e 85 anos praticantes de atividades físicas, no mínimo por seis meses, nos projetos Máster Vida da Universidade de Pernambuco e Academia da Cidade da Prefeitura Municipal da cidade do Recife, detectaram que 66,7% se mantiveram nos programas porque gostavam de praticar atividades físicas.

Este mesmo resultado foi diagnosticado por Mazo, Cardoso e Aguiar (2006) onde encontraram “o gosto pela atividade física” como principal motivo para que os idosos (n=60) praticassem atividades físicas regulares. O prazer pela prática também foi um dos fatores influenciadores apontados pela maioria das pessoas longevas entrevistadas para permanecerem nos programas de atividades físicas no estudo realizado por Meurer, Benedetti e Mazo (2011).

Outro fator motivador para a regularidade de sua prática de AF, apontada pelas longevas, é ter bom professor. O acompanhamento das aulas por profissional especializado estimula os idosos a participarem mais efetivamente nos programas de atividades físicas (SHEPARD, 2003).

Mazo (2008) corrobora salientando que a permanência das pessoas longevas em um programa de atividades físicas contribui para o desenvolvimento de atividades físicas de forma prazerosa, social, gradual, dinâmica, variada, entre outras. Destaca também que atitudes profissionais, são fatores que facilitam a participação e continuidade da pessoa longeva em um programa.

Os profissionais de saúde devem trabalhar no sentido da capacitação da sociedade, procurando ajudar as pessoas a classificar seus valores, a adotar estilos de vida saudáveis, enfatizando o desenvolvimento da autoestima, que assume importância crucial no processo de autocapacitação considerada por vários educadores como determinante da saúde (CARDOSO; BORGES et al., 2008; FREITAS et al. 2007; D'ÁVILA, 1999).

4.4.7 Atividade Física e sua metodologia

A percepção de uma forma atrativa no desenvolvimento das AF tem agradado as longevas, o tratamento afetivo e respeitoso para com ele, bem como as aulas criativas e esclarecimentos dos benefícios dos

exercícios físicos têm obtido bons resultados na permanência das longevas no programa.

[...] o professor de Educação Física de minha academia me abraçou e me levou em uma turma e me tomou como exemplo de vida [...] e disse: vocês sabem quantos anos essa mulher tem? Ela é a mais velha da nossa turma. Ela tem 81 anos e nunca parou de fazer ginástica e Educação Física. Fiquei muito feliz em ser esse exemplo (GFA5).

A participação e a instrução adequada de profissionais da Educação Física faz-se necessária. Um profissional que goste de trabalhar com idosos e tenha interesse em aprofundar seus conhecimentos quanto às necessidades e problemas relacionados a esta faixa etária, proporcionará aulas adequadas aos interesses dos longevos (MAZO, LOPES, BENEDETTI, 2009, CARDOSO; BORGES et al., 2008; FREITAS et al. 2007; NADAI 1995). A Carta Brasileira de Educação Física salienta que o profissional da Educação Física deve lançar mão de todos os meios formais e não formais (exercícios, ginásticas, esportes, danças, atividades de aventura, relaxamento, entre outros) para educar o ser humano para a saúde e um estilo de vida ativo, (CONFEEF, 2000).

O acompanhamento por meio da instrução de profissionais especializados promove o envolvimento de pessoas idosas em programas de atividades físicas (SHEPARD, 2003).

Para que os benefícios da atividade física sejam contemplados, é necessária que a prática seja fundamentada em alguns princípios básicos, como a intensidade, a duração e a frequência (NELSON et al. 2007; NAHAS, 2006) ou seja, a prática regular de atividades físicas só proporcionará benefícios para saúde se esta for bem orientada e bem praticada. Neste sentido a atuação do profissional de Educação Física é fundamental para a adoção e a manutenção de um idoso em um programa de atividades físicas (MAZO, 2008), pois no estudo de Freitas et al. (2007), fatores como receber incentivos e receber a atenção do professor foram apontados por 62,5% e 57,5% respectivamente, como sendo causas importantíssimas para se manterem no programa.

Além do relacionamento afetivo e de incentivo, as longevas ativas salientaram fatores facilitadores como: a contratação pela prefeitura de profissionais especializados na área gerontológica, academias adequadas para as pessoas com idade avançada, ter um profissional da saúde para medir a pressão arterial e um local para esses profissionais ficarem.

[...] a prefeitura emprega um profissional que ministra aula de Educação Física para jovem, e esse profissional vai dar a mesma aula para nós idosos, a aula tem que ser mais leve. Hoje é difícil encontrar profissional especializado para atuar só com os idosos. E eu acho que seria ótimo ter um profissional assim (GFA5).

Quanto aos cuidados, Marquez Filho (1993), salienta que se deve estar atentos para movimentos bruscos, esforços máximos de curta e longa duração. Respeitar os idosos, seus limites, problemas, enfim suas individualidades é algo necessário e prudente.

Ter profissionais capacitados para atuar com pessoas longevas é um fato que deve ser almejado por programas que visam promover um envelhecimento ativo. Formar profissionais especializados favorecerá enormemente para atingir os ideais e as metas de gerontologistas e principalmente das pessoas longevas por necessitarem de um trabalho diferenciado: “[...] acho que se estou bem do jeito que estou aos 81 anos, não é por mérito meu, é um mérito de tantas pessoas especializadas, que me ajudaram a ficar bem” (GFA4).

Falsarella e Salve (2006) em seus estudos com 48 idosos evidenciam a qualidade de tratamento dos professores para com esse público, o que contribui para a motivação dos alunos na continuidade de seus programas de atividades físicas, o que interfere na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Nesse sentido, é passível a consideração, até mesmo, de uma íntima relação com a perspectiva ética da ação profissional, na qual não se pode garantir o espaço do exercício responsável de uma atividade, se é cerceada a liberdade do profissional optar, entre vários encaminhamentos possíveis, ou se lhe é direcionada a resposta que deveria apresentar (SORIANO; WINTERSTEIN, 2004).

A possibilidade de realizar a prática em um lugar seguro e de fácil realização também foi apontada como um fator facilitador:

[...] caminho todos os dias, faço yoga onde eu moro no meu condomínio. A professora dá aula para mim e mais duas [...] é mais seguro para gente não andar na estrada, evito muito de caminhar sozinha, mas gosto muito da minha caminhada (GFA5).

Destacam as longevas ativas que sempre estão aptos a novas aprendizagens: “[...] para aprender não tem idade” (GFA4).

As trocas de experiências presentes nos grupos facilitam a adesão das longevas nos grupos de AF “[...] no grupo quando uma participante está desanimada ou com problema, procura-se animá-la e incentivá-la, sendo muito bom para todos” (GFA5).

Muitos autores destacam que, em cidades onde foram implantados grupos organizados de idosos, com programas que incluem diferentes atividades sociais, culturais e esportivas, tem sido observado que o exercício físico é um excelente caminho para que as pessoas se libertem de preconceitos, percam complexos e redescubram a alegria e a espontaneidade, tendo constantes sensações de bem-estar e prazer. Sendo essa, uma forma de manter corpo e espírito jovens e de proporcionar a reintegração do idoso à sociedade (BENEDETTI, SCHWINGEL; TORRES, 2011; MEURER, 2010; ROCHA, 2010, MAZO; LOPES, BENEDETTI, 2009; LANUEZ; JACOB FILHO, 2008; MANIÇOBA; 2006; ALVARÉZ; MILLÁN, 2002; RAUCHBACH, 2001).

4.3.8. Indicação para adoção a prática de atividade física

Na opinião das longevas, o convite das amigas é que contribuiu para ingresso nos grupos: “[...] as amigas começaram a convidar uma, depois à outra e fomos entrando em vários grupos” (GFA2), “[...] as amigas convidaram até para formar um grupo, aí nós até fundamos um” (GFA1).

Outra forma de entrada nos grupos foi por intermédio de um apoio e convite de profissionais: assistente social, médico, enfermeira, familiares, bem como pela busca do próprio idoso.

[...] vim morar em Florianópolis, e não conhecia ninguém, vim do interior. Para mim os grupos foram muito importantes, eu não conhecia ninguém. A filha veio estudar e eu vim morar aqui, perguntei onde tinham grupos e fui atrás (GFA1);

[...] quando eu completei 60 anos, me aposentei e achei que dava para ficar em casa, só que não consegui ficar totalmente em casa. Eu não consigo nem hoje, então eu procurei grupos que tinham atividade e entrei na ginástica, comecei e me sinto muito bem aqui no grupo [...] assim que eu me aposentei primeira coisa que fiz foi me inscrever, antes mesmo de oficializar a minha aposentadoria, eu já pedi para me matricular, para eu começar na ginástica (GFA4).

A indicação por meio amigos, familiares ou profissionais na percepção das longevas também foi um motivo de adoção ao programa de atividades físicas (EIRAS et al. 2010, MAZO, 2008). Dentre os motivos elencados pelas longevas para aderirem ao programa destaca-se a indicação médica. O aconselhamento do médico para a adoção de um estilo de vida ativo é eficiente principalmente para pessoas previamente sedentárias (MAZO; MEURER; BENEDETTI, 2009; CARDOSO et al., 2008; CERRI; SIMÕES, 2007; SCHUTZER; GRAVES, 2004; CALFAS et.al., 1996).

A indicação médica também foi evidenciada por Meurer, Benedetti e Mazo, (2011) com todos os idosos do estudo, sendo que assinalaram que tiveram recomendação médica do centro de saúde para iniciarem o programa de atividades físicas do projeto Floripa Ativa – Fase B.

Na investigação de Cohen-Mansfield et al. (2004), onde foram analisados 324 idosos com idades entre 74 e 85 anos, foi constatado que quase 70% dos participantes foram influenciados pelo aconselhamento médico para praticarem atividades físicas regularmente. Contribuindo com esse resultado Cardoso, Mazo e Japiassú (2008), encontraram também a orientação médica, como motivo de adoção de idosos aos programas de atividades físicas.

Da mesma forma que evidências enfatizam o papel do médico e da família como facilitadores da prática regular de atividade física durante o envelhecimento (MEURER, 2010; EIRAS et al. 2010; CARDOSO et al., 2008; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

No entendimento das longevas, a manutenção de um envelhecimento ativo contribuirá para uma vida com mais qualidade:

[...] fiquei dois meses sem ir à musculação e senti falta. Porque eu tive muita gripe e tosse e os médicos me proibiram de fazer a musculação. Mas eu senti falta, porque não tinha mais aquele exercício, me doía mais e mais (GFA5).

Manter-se ativo fisicamente é uma necessidade percebida pelas longevas. A prática regular de atividade física pode minimizar os efeitos biopsicossociais ocasionados pelo envelhecimento humano, promovendo a saúde física e mental destes, além de melhorar a qualidade de vida e a independência do indivíduo idoso (LANUEZ; JACOB FILHO, 2008; NELSON et al, 2007; SALIN, 2006; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Uma prática de atividade física regular e moderada é uma das principais bases para a saúde das pessoas, junto à correta alimentação e ao estado emocional equilibrado. Participar de programas de exercícios e atividades físicas pode, além dos benefícios fisiológicos, gerarem efeitos psicológicos positivos, tais como melhora do humor, redução do estresse, aumento da autoestima e esquemas cognitivos que favorecem o raciocínio otimista (MORENO; CERVELLÓ; MORENO, 2008).

A atividade física é fundamental para a promoção da independência do idoso, oportunizando condições concretas de sobrevivência para este. A boa funcionalidade física é essencial para que a pessoa idosa e longeva possa atingir seus objetivos, realizar tarefas diárias, cuidar de si mesmo, socializar, e se engajar em atividades sócioeducativas (OMS, 2005).

Assim Meurer, Benedetti e Mazo (2011) sugerem que as percepções positivas advindas da prática de atividade físicas possibilitam que os idosos passem a valorizar mais o comportamento ativo.

Os fatores influenciadores evidenciados pelas longevas incidem nas razões declaradas que representam um fator positivo em seu processo de tomada de decisão para a prática de atividades físicas, e podem incidir da realidade objetiva ou subjetiva e ser fator abstrato ou material (MAZO, 2008, MOTA; SALLIM, 2002). Sendo assim, foram percebidos e utilizados nos depoimentos das longevas, motivos favoráveis a essa realidade.

Fazendo uma correlação entre os fatores influenciadores encontrados com a literatura se observa que os resultados se coligam em vários momentos. Foi evidenciado o papel da atividade física como promotora de saúde e aptidão física como fatores motivacionais para a prática de exercícios físicos (FREITAS et al., 2007; MAZO; CARDOSO; AGUIAR, 2006; KOLT; DRIVERI; GILES, 2004; KIRKBY et al., 1999). A experiência positiva com a atividade física e a vivência prazerosa contribuirão sempre para uma motivação continuidade (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2011; MAZO, 2008; MOTA; SALLIM, 2002).

As atividades físicas praticadas de forma prazerosa pelas longevas foram à dança, ginástica, caminhada, hidroginástica e yoga. Em conformidade com o presente estudo Mazo, (2003) salienta que as atividades físicas mais praticadas pelas mulheres idosas de grupos de convivência eram a caminhada e ginástica. Sendo também apontada a hidroginástica e a dança.

O gostar de prática da atividade (EIRAS et al., 2010; CARDOSO; MAZO; JAPIASSÚ, 2008; OKUMA, 2005) e o bem estar (CARDOSO; MAZO; JAPIASSÚ, 2008), também foram apontados como fatores influenciadores para a adoção de prática de atividade física.

Estar com o outro e o convívio em grupos foi também muito apontado pelas longevas, sendo esses fatores motivacionais para o ingresso no programa (EIRAS et al., 2010; CARDOSO; MAZO; JAPIASSÚ, 2008; CERRI; SIMÕES, 2007), bem como a autoeficácia (TANG; WONG, 2005).

É importante destacar que a grande maioria dos estudos envolveu idosos a partir dos 60 anos. Fazendo uma comparação das faixas etárias e os fatores influenciadores para adoção e não adoção observou-se que em todos os estudos há uma evidência nos aspectos de promoção da saúde e social. Buscou-se fazer um paralelo com as diferenças encontradas em alguns dos estudos da literatura pesquisada.

Nos estudos com idosos em idade mais avançada foram revelados os aspectos sociais como: engajamento social (BENEDETTI; SCHWINGEL; TORRES, 2011; CARDOSO et al., 2008), falta de companhia (CAVALLI; CAVALLI, 2009; SATARIANO et al. 2000) e compromissos familiares (EIRAS et al., 2010; CARDOSO et al., 2008); os aspectos fisiológicos como: idade (MOSCHNY et al., 2011; CAVALLI; CAVALLI, 2009), problemas de doenças (EIRAS et al., 2010; ASLAN et al, 2008) e a manutenção da mobilidade (CAVALLI; CAVALLI, 2009); os aspectos psicológicos como: medo de quedas (LEES et al., 2005; MAZO, 2003; SATARIANO et al. 2000), inércia e força de vontade (SANTOS, 2006; LEES, 2005; MAZO, 2003) e falta de interesse (CAVALLI; CAVALLI, 2009; SANTOS, 2006); e os aspectos ambientais como o meio de transporte e fatores climáticos (CASSOU et al, 2011; EIRAS et al, 2010 SANTOS, 2006).

Já os estudos a partir dos 50 anos retrataram os aspectos relacionados à AF como: informações sobre AF (FREITAS et al, 2007; SANTOS, 2006), falta de material didático (ANDRADE et al., 2003; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001) e desempenho com AF como: habilidade e competitividade (KAMPUIS et al., 2009; BALBINOTTI; CAPOZZOLI, 2008; ANDRADE et al., 2003); aspectos pessoais e de saúde como: a falta de tempo (KAMPUIS et al, 2009 LEES et al., 2005; ANDRADE et al., 2003) estética (CAVALLI; CAVALLI, 2009; BALBINOTTI, CAPOZZOLI, 2008) e controle do estresse (BALBINOTTI, CAPOZZOLI, 2008); e aspectos socioeconômicos (EIRAS et al, 2010; KAMPUIS et al, 2009).

Corroborando com os achados do estudo, Mazo, Cardoso e Aguiar (2006) que relatam que os idosos (n=60) permanecem no programa pelo gostar da atividade física no meio líquido e por sentir-se bem (45%), melhoria da saúde física e mental (26,7%) e o convívio social, amizade e sociabilização (25%).

Outra pesquisa realizada por Conceição et al., (2011), Manz e Duarte (1999) revelou que os motivos mais valorizados pelos idosos se relacionam com os aspectos ligados à saúde e ao bem-estar físico e psicológico. Também Meurer (2010), Rizarro (2010), Mazo, Cardoso e Aguiar (2006), Duarte, Santos e Gonçalves (2002), constataram que as pessoas continuaram as atividades físicas em razão do bem-estar e da disposição proporcionada pela atividade.

Segundo Silva, (2010), Cress (2006), Weinberg e Gould (2001), pessoas sentem-se motivadas para praticar atividade física

porque conhecem os benefícios fisiológicos e psicológicos que a mesma proporciona.

A indicação de amigos, familiares e médica com relação à adoção de idosos aos programas de atividades físicas foi encontrada no presente estudo. Estudos de Conceição et al, (2011), Meurer, (2010), Eiras et al, (2010), Mazo (2008), Matsudo, Matsudo e Barros Neto, (2001) identificaram esse resultado. A indicação médica foi encontrada também nos estudos de Cardoso, Mazo e Japiassú (2008) e de Cerri e Simões, (2007).

Sair de casa, ocupar-se, ter regularidade e rotina de participação também foram motivos para participarem das atividades físicas (BENEDETTI; SCHWINGEL; TORRES, 2011; TERRY et al. 1997). Os idosos, por serem em sua maioria aposentados e assim não terem mais compromissos com o trabalho, podem ocupar o seu tempo livre para praticar atividades físicas (TERRY et al. 1997). Garcia Ferrando (2006) complementa dizendo que as pessoas que estão na terceira idade praticavam atividades físicas para passar o tempo e para se divertirem, pois no seu estudo, 30% dos participantes relataram a adoção a um programa de atividades físicas por estes dois motivos. Weinberg e Gould (2001) acreditam que a prática de exercícios em grupo proporciona diversão aos seus praticantes.

Já no estudo de Freitas et al. (2007), 51,7% dos idosos consideraram o hábito de praticar AF um fator importante ou muito importante para adotarem um programa de atividades físicas.

Em consonância com o presente estudo, a atuação do profissional de Educação Física é fundamental para a adoção e a manutenção de um idoso em um programa de atividades físicas (MAZO, 2008), pois no estudo de Freitas et al. (2007) fatores influenciadores como: receber incentivos e receber a atenção do professor, foram apontados por 62,5% e 57,5% respectivamente, como sendo causas importantíssimas para se manterem no programa.

Mazo (2003) ressalta fatores motivacionais que podem interferir na prática de atividade física, tais como: autoeficácia e percepção do controle do comportamento, fatores sociais e ambientais, e benefícios percebidos e expectativas de resultado. Fato esse identificado por meio dos relatos das longevas.

No mesmo entendimento Meurer (2010) ao investigar iniciantes de um programa de exercícios físicos envolvendo n=42 idosos detectou como fatores motivacionais a saúde, o prazer pela

prática e a sociabilidade, classificando-os como sendo de motivação alta ou média. Os fatores motivacionais encontrados foram classificados pelas autoras como de motivação intrínseca ou extrínseca de integração, representando comportamentos autônomos em relação à prática de exercícios físicos. Aponta-se que o estudo contribui para o avanço no entendimento da motivação de idosos para a inserção em programas de exercícios físicos por meio da teoria da autodeterminação (TAD). Os idosos iniciantes neste programa elencaram três fatores principais de motivação para a adoção ao programa, sendo estes: saúde, prazer e sociabilidade.

Dessa forma, infere-se por meio da TAD que os motivos para a permanência das longevas nas atividades físicas estão relacionados tanto aos motivos extrínsecos (socialização, indicação de familiares, amigos e profissionais, ambiente e o professor) quanto aos intrínsecos (prazer, bem estar, gosto da atividade, saúde, novas perspectivas de vida, entre outras) e ainda ser amotivado pelas atividades realizadas durante as aulas.

Corroborando com o estudo Silva (2010) revela que os integrantes do Grupo de Dança da UFSC (n=20) com idade entre 62 a 82 anos, foco de sua pesquisa, permanecem no programa por um longo período, pelo prazer (motivos intrínsecos) proporcionado pela dança e a socialização e amizade por ela gerada (motivos extrínsecos). Neste contexto a dança torna a vida do idoso mais saudável desenvolvendo os domínios psicomotor, perceptivo, cognitivo e sócio afetivos.

Vale destacar ainda, que os sentimentos de prazer, alegria e diversão estão relacionados às conquistas pessoais e as trocas de experiências proporcionadas no convívio dos grupos de atividade física e convivência. Acredita-se que o papel agregador do trabalho em grupo poderá ser um fator influenciador à promoção de um envelhecimento ativo na longevidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o propósito de desvendar a realidade das condições de vida e saúde, bem como as atividades físicas praticadas pelas pessoas longevas participantes dos grupos de convivência do município de Florianópolis buscou-se, neste estudo, identificar as características sócio-demográficas e os fatores influenciadores para a adoção da AF desta população. Reconheceu-se, assim, a necessidade de se planejar estratégias de ação visando o fomento do envelhecimento ativo para essa população.

A prefeitura Municipal de Florianópolis possui 102 grupos de convivências com 493 pessoas longevas cadastradas, distribuídos nas cinco regiões sanitárias. A pesquisa envolveu 351 pessoas longevas com média de idade de $84,1 \pm 3,9$ anos.

Com relação às características sócio-demográficas houve predominância de mulheres brancas, católicas, aposentadas, viúvas e que moravam sozinhas. Possuíam escolaridade superior a realidade brasileira, fato este que pode estar relacionado à 1/3 das pessoas longevas terem uma renda familiar de mais de 4 salários mínimos.

No que se refere ao estado de saúde das pessoas longevas, constata-se que a maioria possui doença, sendo estas crônicas degenerativas e com a utilização de medicamentos de uso contínuo. Mesmo afirmando que possuem doenças, a percepção subjetiva quanto ao estado de saúde é otimista.

Quanto à prática de atividades de lazer, poucos praticavam atividade física. O estudo revela que à medida que o ser humano vai se tornando mais envelhecido, tende a diminuir suas AF nas suas AVDs. As atividades ocupacionais das pessoas longevas do passado eram muito intensas e tiveram poucas oportunidades de diversão. Suas atividades ocupacionais atuais se concentravam nos grupos de convivência, ginástica e no Grupo de dança do CDS/UFSC. Participavam também de baile, grupos bíblicos, teatro do SESC, cantavam e faziam poesias. As longevas inativas realizavam atividades de lazer que exigiam pouco deslocamento e movimentos de baixa intensidade.

Ao se revelar os fatores influenciadores para não adoção, adoção e permanência de um programa de AF, utilizou-se para uma melhor contextualização inferir os fatores influenciadores por meio da Teoria da Autodeterminação (TAD) os motivos extrínsecos e

intrínsecos. No que refere aos motivos extrínsecos dos fatores influenciadores para não adoção à AF foram apontados quatro subcategorias: *aspectos de não adoção* (ficar viúva, as atividades ocupacionais); *a influência do meio ambiente* (incentivos negativos: médicos, cuidadores e familiares, falta de vivência com relação à AF, exercícios inadequados, locais inadequados, meio de transporte inadequado ou ausente e falta de segurança: trânsito e receio de assalto); *papel familiar* (super proteção da família, falta de estímulo); *ausência à prática de AF* (ida ao médico, festas, viagens, doenças, chuva e ficar viúva).

Quanto aos motivos intrínsecos foram evidenciadas três subcategorias, sendo elas: *limitação por doença* (a doença, dores, limitações físicas, quedas, fraturas e o medo de ficar doente); *maneira de ser da pessoa longeva* (as pessoas serem: amargas, mal humoradas, triste, ruim, anti-sociais, acomodadas, preguiçosas, enferrujadas. A dificuldade de ter disposição, não ter companhia; não gostar de praticar AF, utilização da idade como mecanismo de defesa, não gostar de sair de casa e dedicação exagerada aos familiares) e *a forma negativa de vivenciar o envelhecimento* (ser negativa, falta de persistência, desmotivação).

De acordo com as pesquisadas os fatores influenciadores que permitiram e promoveram à pessoa longeva a adotarem à AF como hábitos de vida de forma extrínseca foram agrupados em quatro subcategorias: *motivos de adoção à prática de atividade física* (gostar de sair de casa, preencher o tempo, realizar atividades de seu interesse, ter possibilidade de se locomover, perceber as interferências biopsicossociais da AF); *a família e suas atribuições* (papel familiar: apoio, incentivo e proteção); *atividade física e sua metodologia* (forma de realizar a AF: contato com a natureza, exercícios adequados e criativos, música agradável; ter um bom professor; forma de desenvolver a AF: forma atrativa, tratamento afetivo e respeitoso, aulas criativas, esclarecimentos sobre o benefício); *indicação para adoção à atividade física* (indicação por meio de amigos, familiar ou profissional).

Os motivos intrínsecos foram também agrupados em quatro subcategorias: *atividade Física que gosta* (gostar e necessidade de fazer); *atitudes positivas perante a prática de AF* (regularidade da AF, ter hábitos de lazer, jogar, viajar, manter-se ativa, ter satisfação pela prática de AF, perceber a os benefícios para saúde); *estar com o outro*

(aquisição de novas amizades, comunicação com outras pessoas, saber se relacionar); *forma positiva de vivenciar o envelhecimento* (amor pela vida, conquistas pessoais, promover trocas de experiências e ter novas perspectivas de vida, força de vontade e disposição).

Da mesma forma, os motivos para a permanência das longevas nas atividades físicas estão relacionados tanto aos motivos extrínsecos (socialização, indicação de familiares, amigos e profissionais, ambiente e o professor) quanto aos intrínsecos (prazer, bem estar, gosto da atividade, saúde, novas perspectivas de vida, entre outras) e ainda ser amotivado pelas atividades realizadas durante as aulas.

Observa-se que os fatores influenciadores para adoção e permanência à AF apontados pelas pessoas longevas se fortalecem no eixo temático da *saúde* (promoção e manutenção da saúde) e *psicossocial* (gosto pela prática de atividades físicas, a socialização e o prazer)

Compreendendo que na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial e que a longevidade é resultante de uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida. Ampliar o nível de atividade física de pessoas longevas requer intervenções diferenciadas, respeitando as características sociodemográficas regionais dessa população. Sendo assim, as atividades físicas devem ser adaptadas e adequadas a essa faixa etária e incentivada a fim de evitar perda de autonomia e incapacidades que prejudiquem a longevidade com qualidade de vida.

Os resultados obtidos confirmam os pressupostos teóricos, pois em vários momentos das falas das pessoas longevas observou-se a arte de viver em uma idade longa, consistindo na aplicação de estratégias de ação para compensar as limitações oriundas da idade avançada, das doenças, do meio ambiente e social, e também estratégias de promoção de saúde.

Desta forma, deve-se possibilitar a pessoa longa um suporte que a ajudará a manejar com eficácia sua vida, bem como permitir a pessoa longa ter capacidade funcional para gerenciar e decidir seu próprio destino. Qualquer pessoa em idade avançada deve ser capaz de conduzir sua própria vida, ter autonomia e determinar quando, como e onde se darão suas atividades de trabalho, convívio social e lazer.

As sociedades devem se preocupar em oferecer as pessoas longevas ações de políticas sociais, psicológicas e de saúde preventiva e

curativa (estratégias compensatórias externas) e os estímulos corporais por meio de práticas diárias de AF adequadas (estratégias compensatórias internas), para que possam ter novas formas de seleção, otimização e compensação das oportunidades para a promoção de saúde, participação e segurança para o bem estar biopsicossocial ao longo do curso de vida. Esse envolvimento da sociedade é de suma importância para a pessoa longeva no vivenciar a sua vida, que possibilitarão evidenciar os ganhos na longevidade.

Diante disso, quando se otimiza o potencial da pessoa longeva, as estratégias de seleção, compensação e treinamento vão estar interligadas. Sendo assim, adquirir hábitos de vida ativa e promover mudanças de comportamentos pode favorecer a melhora da capacidade funcional, primando assim, pela autonomia e independência das pessoas longevas.

Neste sentido, fomentar iniciativas que possibilitem o envelhecimento ativo favorecerá a criação de estratégias para promoção de saúde, como por exemplo, ações que tange a política de saúde e social, por meio de um envelhecimento ativo e rede social na forma de inserção das pessoas longevas em grupos de participação social, de práticas corporais contribuindo para uma melhor aptidão funcional e também para novas redes de relacionamentos e suporte social de apoio primando por mais qualidade vida.

Desta forma, almejar uma longevidade saudável e ativa é necessário e a interação dos múltiplos fatores influenciadores que emergiram desse estudo, como: saúde física e mental, independência nas AVDs, integração social, suporte familiar e independência econômica, entre outros são essenciais para o planejamento de estratégias de ação dos profissionais da área da Educação Física a serem aplicadas antes, durante e após as aulas de atividades físicas, visando à adoção e à continuidade das pessoas longevas em programas de AF.

Portanto, espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para novas contextualizações sobre os motivos da não adoção, adoção e permanência à atividade física das pessoas longevas. Sugere-se que sejam implantadas e analisadas políticas públicas de valorização dessas pessoas longevas, bem como ações de otimização, seleção e compensação para um envelhecimento ativo de pessoas longevas.

Espera-se que haja preocupação de ações concretas da Política Nacional na criação de ferramentas práticas de atuação com essa faixa

etária, como na formação permanente de equipes profissionais aptas a atuarem com pessoas longevas, bem como na atualização constante de intervenções de aportes para a participação efetiva dessas pessoas.

Considera-se, portanto que se deva estimular a participação das pessoas longevas em projetos de promoção de saúde, em uma perspectiva de superar o modelo assistencialista para um modelo participativo e consciente no âmbito de orientar as atividades para um envelhecimento ativo, valorizando os efeitos subjetivos de uma prática diária.

A presente tese apresentou algumas limitações, como no âmbito geográfico, pois os dados se referem apenas ao município de Florianópolis, capital de Santa Catarina. Bem como, a dificuldade encontrada na elaboração dos Grupos Focais, em virtude da não disponibilidade das pessoas longevas. Sendo assim, novos estudos carecem de serem realizados junto a outros municípios do Estado e outros estados brasileiros envolvendo pessoas longevas, principalmente os de cunho qualitativo, que possam trazer experiências e significados de vida relacionada a fatores influenciadores à adoção e não adoção de atividades físicas.

É importante destacar que a literatura à respeito da prática atividade física para pessoas longevas ainda é incipiente, em virtude da dificuldade em localizar outras pesquisas direcionadas a essa população, o que dificultou a comparação dos resultados obtidos. Nesse sentido recomendam-se novos estudos nessa área em termos de análises de intervenções e mudança de comportamento com relação a hábitos de vida ativa.

REFERÊNCIAS

AARTSEN, M. J.; SMITS, C. H. M.; TIBURG, T.; KNIPSCHER, K. C. P. M.; DEEG, D. J. Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. v. 57 B, n. 2, p.153- 162, 2002.

AFONSO, M.R. Núcleo de Atividade para A Terceira Idade: trajetória e construção. In: AFONSO, M. R. e CAVALLI, A. S.(Orgs).**Trabalhando com a Terceira Idade: trajetórias de intervenções**. Pelotas/RS: Editora Gráfica UFPel. 2009, p. 21- 31.

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Instituto de Documentação e Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1990.

ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. H.; VANCE, B. **Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada**. São Paulo: Manole, 2001.

ALVARÉZ, L.; MILLÁN, C. El Voleibol Como Actividad Física Recreativa En La Tercera Edad.: **Revista Digital**: <http://www.efdeportes.com>, Buenos Aires, v. 9, n. 52, p.1-2, set. 2002.

ALVES, R. V.; MOTA, J.; COSTA, M. C.; ALVES, J. G. B. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina de Esporte**, v. 10, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2004.

AMARO, L. E. S.; JOHANN, J. R.; MEIRA, P. R. S. O estilo de vida do idoso urbano: caso de Porto Alegre – RS. **Rev. Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 4, n. 1, p. 115-125, jan./jun. 2007

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição**. 5a. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

ANDRADE, E.L.; MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO, V.K.R.; ARAÚJO, T.L.; ANDRADE, D.R.; FIGUEIRA, A.J.; OLIVEIRA, L.C. Nível de atividade física de adultos acima de 50 anos de idade do Estado de São Paulo. In: **Anais XXII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte**; 1999 out 7-10. São Paulo, Brasil. Celafiscs, p.125, 1999.

ANDREOTTI, M.C.; OKUMA, S.S. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 142-153, Jul./Dez., 2003.

ANDREWS, G. A. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: **Anais do Encontro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad**. Santiago: Celade, 2000, p 247- 256.

ANTUNES, H. K. M.; SANTOS, R.F.; BOSCOLO, R.A.; BUENO, O.F.A.; MELLO, M.T. Análise da taxa metabólica basal e composição corporal de idosos do sexo masculino antes e seis meses após exercícios de resistência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 71- 75, 2005.

AQUINI, S.N. **O Yoga e o Idoso: Rumo ao Alto da Montanha: os efeitos da prática de Yoga de acordo com a percepção de idosos**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

AQUINO, F. T. M.; CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 128, p. 1056-1060.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Thomson, 2006.

ARAUJO, T.C.N., COELHO, M.I. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**. v. 3, n.3, p. 24 – 30, 2000.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L. & CARVALHO, V. A M. L. Representações Sociais da Velhice entre Idosos que Participam de Grupos de Convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n.1, p.118-131, 2005.

ARENT, S. M.; LANDERS, D. M.; ETNIER, J. L. The effects of exercise on mood in older adults: a meta-analytic review. **Journal Aging Physical Active**, v. 8, p. 407-430, 2000.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE R. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2004.

ASLAN, D.; ZCEBE, H. O.; TEMEL, F.; TAKMAZ, S.; TOPATAN, S.; AHIN, A. E.L. S.; ARIKAN, M.C.; TANRIVERDI, B. What influences physical activity among elders? A Turkish experience from Ankara, Turkey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 46, p. 79–88, 2008.

AVLUND, K.; PEDERSEN, A. N.; SCHROLL, M. Functional Decline From Age 80 to 85: Influence of Preceding Changes in Tiredness in Daily Activities. **Psychosomatic Medicine**, n.65, p.771–777, 2003.

AZEVEDO, A.L. **Velhice e seus Processos Sócio-Históricos**. Lisboa/Portugal: Argumento, 2001.

BALBINOTTI, M.A.A; CAPOZZOLI, C.J. **Motivação à prática regular**. São Paulo: **Revista Brasileira de Educação Física Especializada**, v.22, n.1, p.63-80, jan./mar. 2008.

BALESTRA, C.M. **Aspectos da imagem corporal de idosos, praticantes e não praticantes de atividade física**. Dissertação de Mestrado. Campinas, São Paulo: Faculdade de Educação Física, UNICAMP, 2002.

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. **Successful aging: perspective from the behavioral sciences.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BALTES P.B; SMITH, J. **Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade e Terceira Idade.** Tradução Anita Liberalesso Neri. São Paulo: v.17, n.36, p.7-31, jun-2006.

BANDEIRA, L.; MELO, H.P.; PINHEIRO, L.S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: **BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Edição Especial.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, jul. 2010.

BARNETT, A.; SMITH, B.; LORD, S. R.; WILLIAMS, M.; BAUMAND, A. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. **Age and Ageing.** v. 32, p. 407- 414, 2003.

BATISTA, A.S.; JACCOUD, L.B.; AQUINO, L., EL-MOOR, P. D. **Envelhecimento e Dependência:** desafios para a organização da proteção social. Coleção Previdência Social. Brasília: MPS, SPPS, v. 282, p.008-160, 2008.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T. Exercícios Físicos, Auto-imagem e Auto-estima em Idosos Asilados. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano,** Santa Catarina, v.5, n.2 p.69-74, 2003.

BENEDETTI, T. R. B. **Atividade Física : uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no município de Florianópolis. Tese de Doutorado em Enfermagem.** Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004

BENEDETTI, T. PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. **Perfil do Idoso do Município de Florianópolis**. Florianópolis: Gráfica Editora Pallotti, 2004, p.88.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G.Z; BARROS, MVG. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Brasília. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**.v.12, n.1, p.25-34, 2004.

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

BENEDETTI, T. R. B.; ANTUNES, P. C.; RODRIGUES-AÑES, C. R.; MAZO, G. Z.; PETROSKI, E. L. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p.11-16, 2007.

BENEDETTI, T. R. B.; LOPES, M.A. Programas de atividade física para idosos da UFSC -Florianópolis, SC. In: AFONSO, M. R. e CAVALLI, A. S.(Orgs).**Trabalhando com a Terceira Idade: trajetórias de intervenções**. Pelotas/RS: Editora Gráfica UFPel. 2009, p. 32- 50.

BENEDETTI, T.R.B.; SCHWINGEL, A., TORRES, T.L. Physical activity acting as a resource for social support among older adults in Brazil. **The Journal of Human Sport & Exercise**. Vol. 6, No. 2, pp. 452-461, 2011

BERGER, B.G.; PARGMAN, D.; WEINBERG, R. Personal meaning in exercise. In B.G. Berger; D. Pargman; R. Weinberg. **Foundations of exercise psychology**. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. 2002, p. 223-243.

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

BODACHNE, L. **Como envelhecer com saúde**. Curitiba: Champagnat, 1995.

BOICHE, J.C.S; SARRAZIN, P.G. Self-determination of contextual motivation, inter-context dynamics and adolescents' patterns of sport participation over time. **Psychology of Sport and Exercise**. v.8, p. 685-703, 2007.

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

BOOTH, F. W.; GORDON, S. E.; CARLSON, C. J.; HAMILTON, M. T. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. **Journal of Applied Physiology**, v. 88, n. 2, p.774-787, 2000.

BORGES, L.V; COIMBRA, F. R.; PEREIRA, M. A. L.; RODRIGUES, M. C. Atividade física para o idoso. **Anais dos Congressos de Pedagogia do IV Simpósio de Educação do Sudoeste Goiano**. Goiânia: 2000.

BORGES S.S.; RAUCHBACH, R. Tendencias a estados depressivos em idosos que não tem o hábito da prática de atividade física: um estudo piloto no Município de Curitiba. **Revista digital**. Buenos Aires: v.10, n.70, Março 2004. Disponível em < <http://www.efdeportes.com>> acesso em 02 de agosto de 2010.

BORGES, G, F E. **Nível de Atividade Física, Capacidade Funcional e Qualidade de Sono de Idosas**. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 20 de Fevereiro de 2006.

BORGES, P.L.C.; BRETAS, R.P.; AZEVEDO, S. F.; BARBOSA, J. M.M. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.12, p.2798-2808, 2008.

BOSI, E. **Memória e sociedade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BRACIALI, M.C.L. A reverência que devemos aos nossos ancestrais: o papel do idoso na família e na sociedade. **Investigação**. v. 9, n. 1, p. 25–32, jan./ abr. 2009.

BRASIL, Portaria n. 2528 de 19 de outubro de 2006a. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de>> acesso em 10 de abril de 2010.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde . Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL, Lei n. 8842/94. Política Nacional do Idoso. Brasília de 4 de janeiro de 1994. Promoção da Saúde e Envelhecimento: conceitos e princípios. In: FARINATTI PTV. **Envelhecimento e Promoção da saúde e Exercício: bases teóricas e metodológicas**. Baureri/SP: Manole, 2008. v.1, n.4, p. 439-441.

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

em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

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

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

BRIÈRE, N. M.; VALLERAND, R. J.; BLAIS, M. R.; PELLETIER, L. G. De'veloppement et validation d'une mesure de motivation intrinse`que et extrinse`que et d'amotivation en contexte sportif: L'Echelle de Motivation dans les Sports (EMS). **International Journal of Sport Psychology**, v.26, p.465–489, 1995.

BRAWLEY, L.R.; REJESKI, W.J.; KING, A.C. Promoting physical activity for older adults: The challenges for changing behavior. **American Journal of Preventive Medicine.** v.25, n. 3, sup.2, p.172 - 183, out 2003.

BULSING, F.L.; OLIVEIRA, K.F.; ROSA, L.M.K.; FONSECA, L.; AREOSA, S.V.C. A influência dos grupos e convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul. RS. **RBCEH.** Passo Fundo: v. 4, n. 1, p. 11-17, jan/jun 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSSE, A.L.; GIL, G.; SANTARÉM, J.M.; JACOB FILHO, W. Physical activity and cognition in the elderly. **Dementia & Neuropsychologia**. v.3, n.3, p. 204-208, set 2009.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?: Um estudo sobre professores de Universidades da terceira Idade**. Campinas: Alínea, 2003.

CALFAS, K. J.; LONG, B.J.; SALLIS, J.F.; WOOTEN, W.J.; PRATT, M.; PATRICK, K.A. Controlled Trial of Physician Counseling to Promote the Adoption of Physical Activity. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 25, n.3, p.225-233, 1996.

CAMARANO, A. A. **Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. 382p.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002, p. 58-71.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano, A.A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p.411-426.

CAMARANO, A.A. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005, p.17-24.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 88-105.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T.; LEMOS, V.R. Cuidados de Longa Duração Para A População Idosa: Uma Questão De Gênero? In:

Anita Liberalesso Neri. (Org.). **Qualidade de vida na velhice. Enfoque multidisciplinar**. 2.ed. Campinas: Alinea, 2011.

CANÇADO, F.A.X; HORTA, M.L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E.V.; PY, L., CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J., GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 112-27.

CAPRI, M.; SALVIOLI, S.; MONTI, D.; CARUSO, G.; VASTO, S.; OLIVIERI, F.; MARCHEGANI, F.; SANSONI, P., BAGGIO, G.; MARI, D.; PASSARINHO, G.; DE BENEDICTIS, G.; FRANCESCHI, C. Human longevity within an evolutionary perspective: The peculiar paradigm of a post-reproductive genetics. **Experimental Gerontology**, v.43, n.2, p. 53-60, fev 2008.

CARDOSO, A.S; CAVOL, A.L.; VIEIRA, C.J. Envelhecimento e atividade física: influências na memória do idoso. **Revista Digital**. Buenos Aires: v.12, n.113, outubro 2007. Disponível em: <www.efdeportes.com/efd113/envelhecimento-e-atividade-fisica.htm> acesso em 12 julho 2010.

CARDOSO, A.S., MAZO, G.Z., JAPIASSÚ, A.T. Relações entre aptidão funcional e níveis de atividade física de idosas ativas. **Revista Brasileira Atividade Saúde**, v.13, n.2, p.84-93, 2008.

CARDOSO, A.S.; BORGES, L.J.; MAZO, G.Z.; BENEDETTI, T. R. B.; KUHNEN, A.P. **Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico**. Porto Alegre: Movimento, v. 14, n. 01, p. 225-239, janeiro/abril de 2008.

CARDOSO, A. S. **Características estruturais e funcionais das redes de apoio social de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física**. Universidade do Estado de Santa Catarina, Dissertação de Mestrado, 2009.

CARNEIRO, A; SARMENTO, P. Influência da formação e da experiência na competência de observação em ginástica. In: SARMENTO, P.; MOREIRA, M.; CARNEIRO, A.; FERREIRA, C.

(Org.). **A observação de movimentos desportivos**. Lisboa: Ministério da Educação, p.33-49, 1991.

CARNES B. A.; OLSHANSKY, S.J.; GRAHN D. Biological evidence for limits to the duration of life. **Biogerontology**. v. 4, p. 31–45, 2002.

CARVALHO, J. A. M.; RODRIGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, p. 597-605, 2008.

CASCAES, F. **O Fantástico na Ilha de Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 1983

CASELLI, G., LIPSI, R.M., Survival difference among the oldest old in Sardinia; who, what, where and why? **Demographic Research**. v. 14, p. 267-294, 2006.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSEN, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**. Oxford. : v.100, n.2, p.126-131, 1985.

CASPERSEN, C.J.; KRISKA, A.M.; DEARWATER, S.R. Physical activity epidemiology as applied to elderly populations. **Baillieres Clin Rheumatol**. v.8, p. 7-27, 1994.

CASSOU, A.C.N; FERMINO, R.C; SANTOS, M.S., RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R.; REIS, R.S. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista da Educação Física/UEM**,v.19, n.3, p.353-360, 2008.

CASSOU, A.C.N; FERMINO, R.C; RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R.; SANTOS, M.S., DOMINGUES, M.R.; REIS, R.S. Barriers to Physical Activity Among Brazilian Elderly Women From Different Socioeconomic Status: A Focus-Group Study. **Journal of Physical Activity and Health**. v. n., 8, p. 126 -132, 2011.

CAVALLI, A.S.; CAVALLI, M.O. Investigando a Atividade Física do Idoso: relato de experiência do GPES-FEFID/PUCRS. In: AFONSO, M. R. e CAVALLI, A. S.(Orgs).**Trabalhando com a Terceira Idade: trajetórias de intervenções**. Pelotas/RS: Editora Grafica UFPel. 2009, p. 32- 50.

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

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

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

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

CHATZISARANTIS, N.L. D.; HAGGER, M.S.; BIDDLE, S.J.H.; SMITH, B.; WANG, C.K. J. A Meta-Analysis of Perceived Locus of Causality in Exercise, Sport, and Physical Education Contexts. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v. 25, n. 3, p.284-306, 2003.

CHERKAS L. F. ; HUNKIN, J.L.; KATO, B.S.; RICHARDS, J.B.; GARDNER, J.P.; SURDULESCU, G.L.; KIMURA, M.; LU, X.; SPECTOR, T.D.; AVIV, A. **The Association Between Physical Activity in Leisure Time and Leukocyte Telomere Length**. Arch Intern Med. v.168, p. 154 – 158, jan, 2008.

CHODZKO-ZAJKO, W.J. International Initiatives to Promote Physical Activity in Older Adults. IN. **V Seminário Internacional sobre Atividade Física para Terceira Idade; Educação Física e Envelhecimento: perspectivas e desafios**. São Paulo: 2002.

CHODZKO-ZAJKO, W. J.; DAVID, N.; FIATORONE SINGH, M. A.; MINSON, C. T.; NIGG, C. R.; SALEM, G. J. Exercise and Physical

Activity for Older Adults. **Medicine Science Sports Exercise**. v. 41, n. 7, p.1510-1530, 2009.

CLETO, S. A. Envelhecimento, adoecimento e perspectiva de vida: questões frente a um idoso gravemente enfermo. São Paulo: [s.d.]. Disponível em: <http://incubadora.fapesp.br/sites/envelheser/artigos/envelhecimento.pdf> > acesso em 27 fev. 2010.

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

COHEN-MANSFIELD, J.; MARX, M.S.; BIDDISON, J.R.; GURALNIK, J.M. Socio-environmental exercise preferences among older adults. **Preventive Medicine**, n.38, p.804-811, 2004.

CONCEIÇÃO, J.C.R.; KRUG, R.R.; GONÇALVES, E.; MAZO, G. Z. Motivos de adesão e permanência em um programa de atividade física para idosos. Buenos Aires, EFDeportes.com, **Revista Digital**. Año 16, n. 159, agosto de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). **Carta Brasileira de Educação Física**. Belo Horizonte: CONFEF, 2000.

CONFERENCE FOR WORLD ASSEMBLY ON AGEING. **Second World Assembly On Ageing** - Madrid. 8-12, April 2002. Acesso em: <<http://www.un.org/ageing>> acesso em 09 de agosto de 2010.

COSTA, T. B. **Atividade física e fragilidade em idosos da comunidade: dados do FIBRA** Campinas. Universidade Estadual de Campinas, Dissertação de Mestrado, 2010.

COSTA, M.F.L.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**. Brasília, v.12, n.4, dez., 2003.

COURSEUIL, M.W.; SCHNEIDER, I.J.; SILVA, D.A. S.; COSTA, F. F.; SILVA, K.S.; BORGES, L.J.; D'ORSI, E. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive Medicine**, San Diego, no prelo. 2011.

CRAIG, C. L.; MARSHALL A.L.; SJÖSTRÖM, M.; BAUMAN, A.E.; BOOTH, M.L.; AINSWORTH,B.E.; PRATT, M.; EKELUND, V.; YNGVE,A.; SALLIS, J.F.; OJA,P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, n.35, p.381-395, 2003.

CRESS, M.E.; BUCHNER, D.M.; PROHASKA, T.; RIMMER, J.; BROWN, M.; MACERA, C. Best practices for physical activity programs and behavior counseling in older adult populations. **Journal of Aging and Physical Activity**.v.13, n.1, p.61–74. 2005

CROMBIE, I. K.; IRVINE, L.; WILLIAMS, B.; MCGINNIS, A. R.; SLANE, P. W.; ALDER, E. M. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. **Age and Ageing**. Oxford, v.33, n.3, p. 287–292, 2004.

CRUZ, I. B. M.; ALMEIDA, M. S. C.; SCHWANKE, C. H. A.; MORIGUCHI, E. H. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica do Brasil**. v. 50, n. 2, 2004.

CUNHA, M.I. **O bom professor e sua prática**. Campinas: 2 ed. Papyrus, 1992.

D'ÁVILA, F. **Ginástica, dança e desporto para a terceira idade**. Brasília: SESI/DN/INDESP, 1999

DECI, E. L.; RYAN, R. M. The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. **Psychological Inquiry**. v. 11, n. 4, p.227–268, 2000.

DECI, E.L.; RYAN, R.M. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. **Canadian Psychology**.v. 49, n.3, p.182-185, 2008.

DERGANCE, J.M.; CALMBACH, W.L.; DHANDA, R.; MILES, T.P. ; HAZUDA, H.P.; MOUTON, C.P. Barriers to and benefits of leisure time physical activity in the elderly: differences across cultures. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 51, n. 6, p. 863-868, 2003.

DIAS, José Francisco Silva. Os Novos Tempos da Velhice: reflexões críticas e propostas. Santa Maria: Autor, 2004, p.130.

DIMITRI, S.; HARRIS, P.; IOANNIS, Z.; IRENE, V.; ANASTASSIA, G.; DIMITRA, Z.; DIMITRIS, K. Greek centenarians: Assessment of functional health status and life-style characteristics. **Experimental Gerontology**. v.40, p. 512–518, jun 2005.

DOLL, M.R. Educação, Cultura e Lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida . In: NERI, A.L. (Org). **Idoso no Brasil: vivências, desafios, e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007, p.109-123.

DUARTE, C.P.; SANTOS, C.L.; GONÇALVES, A.K. A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e atividade física como motivação para comportamentos ativos. **Revista Brasileira Ciência e Esporte**, v.23, n.3, p.35-48, 2002.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva SESC, 2008.

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

EDMUNDS, J.; NTOUMANIS, N.; DUDA, J. A Test of Self-Determination Theory in the Exercise Domain. In M. S. Hagger & N. Chatzissaratis (Eds.). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport. **Champaign: Human Kinetics**. v. 36, p. 2240-2265, 2007.

EDMUNDS, J.; DUDA, J. L.; NTOUMANIS, N. Testing a self-determination theory-based teaching style intervention in the exercise

domain. **European Journal of Social Psychology**. v. 38, p. 375-388, 2008.

EIRAS, S.B.; SILVA, W.H.A.; SOUZA, D. L.; VENDRUSCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte, Campinas**, v. 31, n. 2, p.75-89, 2010.

EPIFLORIPA. **Saúde da população idosa do município de Florianópolis, Santa Catarina: Estudo de base populacional**. 2009.

FALSARELLA, G. R.; SALVE, M. Envelhecimento e Atividade Física Análise das Relações Pedagógicas Professor-Aluno. Movimento & Percepção, Espírito Santo do Pinhal, São Paulo, v.7 n.10,2007.

FARIA JÚNIOR A.G. Atividades físicas para a terceira idade. Brasília: SESI-DN, 1997. Gerência de Estudos e Programa da Terceira Idade - GETI do SESC. **Breve histórico sobre o trabalho do SESC com a terceira idade**, 2001 (mimeo).

FARINATTI, P.T.V, FERREIRA, M.S. **Saúde, promoção da saúde e educação física**: conceitos, princípios e aplicações. Ed. UERJ. Rio de Janeiro. 2006, p. 288.

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

FEDERICI, E.S. **Imagem corporal de Idosos Praticantes de um Programa de Educação Física**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola de Educação Física e Esportes, USP, 2004.

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

FLORIANOPOLIS- Wikipédia, a enciclopédia livre <. [HTTP://PT.wikipedia.org/wiki/Florian%C3%B3polis](http://pt.wikipedia.org/wiki/Florian%C3%B3polis) > acesso em 12 de novembro de 2011.

FIATARONE-SINGH, M. A. Combined exercise and dietary intervention to optimize body composition in aging. In: HARMAN, D. et al. Towards prolongation of the healthy life span. **Annals of the New York Academy of Sciences**. v. 854, p. 378-393, 1998.

FRANCESCHI, C.; MONTI, D.; SCARFÍ, M.R.; ZENI, O.; TEMPERANI, P.; EMILIA, G.; SANSONI, P.; LIOI, M.B.; TROIANO, L.; AGNESINI, C. Genomic instability and aging: studies in centenarians (successful aging) and in patients with Down's syndrome (accelerated aging). **Annals of the New York Academy of Sciences**. 1992. v.663, p. 4-16, nov, 1991.

FRANCO, O.H.; KARNIK, K.; OSBORNE, G.; ORDOVAS, J.M.; CATT, M.; OUDERAA, V.D.F. Changing curso na investigação de envelhecimento: o fenótipo de envelhecimento saudável. **Maturitas** n. 63, p.13-19, 2009.

FREITAS, E. V.; KOPILLER, D. Atividade Física no Idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 2006.

FREITAS, C.M.S.M.; SANTIAGO, M.S.; VIANA, A.T.; LEÃO, A.C.; FREYRE, C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Florianópolis. v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

FRONTERA, W. R.; BIGARD, X. The benefits of strength training in the elderly. **Science and sports**. v. 17, n. 3, p. 109-116, 2002.

FUJIWARA, Y., SHINKAI, S., KUMAGAI, S., AMANO, H.; YOSHIDA, Y., YOSHIDA, H.; KIM, H.; SUZUKI, T.; ISHIZAKI, T.; HAGA, H.; WATANABE, S.; SHIBATA, H. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. **Archives Gerontologia Geriatria**. v. 36, n.2, p. 141, mar/abr 2003.

GARCÍA FERRANDO, M. Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). **Revista Internacional de Sociología (RIS)**. v. LXIV, n. 44. Universidad de Valencia. n.4, p.15-38. 2006.

GARCIA, I.M. **El Interés de Las Personas Mayores por la Educación: que educación estudio de campo**. Tese (Doutorado). Programa do Departamento de Pedagogia da Universidade de Granada. Granada: Editorial de la Universidad de Granada, 2005. Disponível: <http://hera.ugr.es/tesisugr/15428345.pdf>, acesso em setembro de 2011.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. **Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v.19, n.3, p.759-771, 2003.

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

GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A.S. **Bases teóricas e Práticas do condicionamento físico**. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2005

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

GONÇALVES, A.K.; GROENWALD, R.M.F.; POL, D.O.C.; MOREIRA, V.M.; LONGONI, D.J.; MOREIRA, A.; SANTOS, C. B. M. A Influência da atividade física em idosos com estilo ativo de vida: In: GONÇALVES A.K. e GROENWALD R.M.F.(Orgs). **Qualidade de Vida e Estilo Ativo no Envelhecimento: análise de variáveis físicas**. Porto Alegre/RS: Evangraf. 2005, p. 311- 325.

GUIMARÃES, J.M.N.; CALDAS, C.P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.9, n.4, p. 481-492, 2006

GURALNICK, M.J.; BRIAN, N.; CONNOR, R.T.; HAMMOND, M.A. Family factors associated with the peer social competence of young mildly delayed children. **American Journal on Mental Retardation**, v. 108, p. 272 – 287, 2003.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.K.; LIMA, R.C. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. v. 35, n. 11, p. 1894- 1900, 2003.

HALLAL, P. C.; HALLAL, P.C.; GOMEZ, L.F.; PARRA, D.C.; LOBELO, F.; MOSQUERA, J.; FLORINDO, A.A.; Reis, R.S. PRATT, M.; SARMIENTO, O.L. Lições aprendidas depois de 10 anos de uso do IPAQ no Brasil e na Colômbia. **Journal of Physical Activity and Health**. v.7, Sup 2, p. S259-S264, 2010.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N. FRANKLIN, B. A. Physical activity and public health readapted recommendation for adults from the American College of sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**. v. 116, p. 1081-1093, 2007.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos?** Rio de Janeiro: Editora Campos, 1997.

HAZZARD, W. R.; BRERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J. B. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 3rd Ed. New York: McGraw Hill, 1994.

HEIKKINEN, R.L.. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. Tradução Maria de Fátima da Silva Duarte e de Makus Vinicius Nahas. – 2 ed. – Florianópolis: UFSC, 2005. 34 p.

HEYN P.; ABREU, B.C.; OTTENBACHER, K.J. Os efeitos da exercício de treinamento em idosos com deficiência cognitiva e demência: uma meta-análise. **Archives of Physical Medicine and**

Rehabilitation. v.85, p.1694–1704, 2004.

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

HOEFELMANN, C.P.; BENEDETTI, T.R.B.; ANTES, D.L.; LOPES, M.A.; MAZO, G.Z.; KORN, S. Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais. **Motriz**, Rio Claro, v.17 n.1, p.19-25, jan./mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2000.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000.

_____. PENAD. **Pesquisa nacional por amostra por domicílio, 2003a.** Disponível em: <www.ibge.gov.br.> Acesso em: março de 2010.

_____. Tabuas Completas de Mortalidade 2003b. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266. > acesso em novembro de 2010.

_____. Indicadores Sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030. **Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02).** São Paulo: Arbeit, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf> Acesso em: 19 fev. 2010.

_____. PENAD: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, síntese de indicadores de 2007 [s.n.]: [s.l.].** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimen to/pnad2006/default.shtm>> Acesso em 19 fev. 2010.

_____. **Breves notas sobre a mortalidade no Brasil no período 1991/2007.** Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2007/notastecnicas.pdf>> acesso em 02 mar. de 2010.

_____. **Projeção da População do Brasil por sexo e Idade: 1980-2050.** Rio de Janeiro, 2008b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf> acesso em: 12 de junho de 2010.

_____. **Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil 2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. [acesso em 2011 Jun 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

_____. **Indicadores Sócios demográficos e de Saúde no Brasil 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S. **Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life.** Rev Latino-am Enfermagem; 15(número especial), p. 742-7, setembro-outubro, 2007.

JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física Especializada.** São Paulo, v.20, p.73-77, suplemento n. 5, set. 2006. .

JARDIM, S. E. G. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. **Tratado de Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, p. 213, 2007.

JANNEY, C. A.; CAULEY, J.A.; CAWTHON, P.M.; KRISKA, A.M. Longitudinal Physical Activity Changes in Older Men in the Osteoporotic Fractures in Men Study. **Journal of the American Geriatrics Society.** v. 58, n, 6, p 1128–1133, 2010.

JUSTICIA, J.M. **Análisis cualitativos de datos textuales com Atlas TI.** Espanha.Universidade Autônoma de Barcelona, 2004. Versión 4.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion.** Health Prom Practice, v.2, n.1, p. 43-67, 2001.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. **The IDM Manual: Basics.** 3.ed. Centre for Health Promotion. University of Toronto, may 2005.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.** Rev. Saúde Pública. v.21, n.3, p.200-10, 1987.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial da Saúde. **Anais do I Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século.** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretaria da Assistência Social, 1996.

KANNING, M.; SCHLICHT, W. A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable "physical activity. **European Review of Aging and Physical Activity.** v. 5, p 79-87, 2008.

KAMPHUIS, C.B.M.; LENTHE, F.J.V.; GISKES, K.; HUISMAN, M.; BRUG, J.; MACKENBACH, J.P. Socioeconomic differences in lack of recreational walking among older adults: the role of neighbourhood and individual factors. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.** v. 6, p.1-11, jan 2009.

KIRKBY, R. J.; KOLT, G. S.; HABEL, K., ADAMS, J. Exercise in older women: Motives for participation. **Australian Psychologist.** n. 34, p.122-127, 1999.

KOLT, G; DRIVER, R.; GILES, L. Why Older Australians Participate in Exercise and Sport. **Journal of Aging and Physical Activity.** n. 11, p.185-198, 2004.

KRAEMER, W.J.; FLECK, S.J.; EVANS, W.J. **Strength and power training: physiological mechanisms of adaptation.** Exercise and Sport Science Reviews. n. 24, p. 363-97, 1996.

KUMON, M.T.; SILVA, V.P.; SILVA, A.I.; GOMES, L. Centenários no mundo: uma visão panorâmica. **Revista Kairós**. v. 12, n. 1, p. 213-232, 2009

LACERDA F. P.; GODY F.L.; BACHION, M.M. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 29-40, Goiana, 2005. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm

LANUEZ, F.V.; JACOB FILHO,W. Efeitos de dois programas de exercícios físicos nos determinantes de aptidão motora em idosos sedentários. **Einstein**. v. 6, n.1, p.76-81, 2008.

LAURINDO, M.A.; NADAL, C.; VIEIRA, D. Aptidão Funcional em idosas:: um estudo de caso da equipe de volei UATI. **Revista do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 1, n. 2, p.1-7, 2009.

LEAL, I.J.; HASS, A.N. O significado da dança na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo fundo, RS. 6471. Jan./jun. 2006.

LEBRÃO, M.L. O Envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e Epidemiológica. *Saúde Coletiva*. v. 4, n.17, p. 135-140, 2007.

LEES, F. D.; CLARK, P. G.; NIGG, C. R.; NEWMAN, P. Barriers to exercise behavior among older adults: a focus-group study. **Journal Aging Physical Activity**. v. 13, n. 1, p. 23-33, 2005.

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

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

LEITE, P.F. **Aptidão Física, Esporte e Saúde: prevenção e reabilitação**. 3.ed. São Paulo: Robe Editorial, 2000.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. **A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde**. Rev.Esc.Enf. USP: v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

LI, F.; FISHER, K. J.; HARMER, P.; IRBE, D.; TEARSE, R.G.; CHERYL, W.B.S. Tai Chi and Self-Rated Quality of Sleep and Daytime Sleepiness in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 52, n.6, p.892–900, 2004.

LIMA, M. A. A gestão da experiência de envelhecimento de um programa para a 3ª idade: A UNATI/UERG. In: VERAS, R. P. (org). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UNATI/UERGS, 2001.

LIMA, A.M.M. Saúde no envelhecimento: uma questão de justiça social. **Revés do avesso**, v.14, p.8-11, 2005.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Comunicação Saúde e Educação**. v. 12, n. 27, p. 795 – 807, out./dez 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS R. Aging and public health. **Cadernos de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz**. 2003. Disponível em <www.biomedexperts.com/Profile.aspx?n=Maria_Fernanda_Lima-Costa&auid=821209 - 61k - Saúde Pública e Envelhecimento.> acesso em setembro de 2008.

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

LOPES, M. A.. Atividades culturais dançantes como mecanismo de valorização dos idosos. In: Neti – **A construção de um caminho na gerontologia/** Virginia Grunerwald, Florianópolis: Editora COPYFLO,1997, p. 45-51.

LOPES, M.A.; SIDLER, M.J. Atividade Física: agente de transformação dos idosos. **Texto & Contexto: A Enfermagem e o Envelhecer Humano**. Florianópolis: Papa-Livro: v.6, n.2, p.330-337, 1997.

LOPES, M.A.. Grupo de Dança Folclórica para a terceira idade da UFSC: preocupando com o acervo cultural da etnia portuguesa com base açoriana. **Anais da 5ª semana de ensino, pesquisa e extensão**. Setembro, 2005.

LORDA, R.C. **Recreação na Terceira Idade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2004. p.124.

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

MANIÇOBA, E.T. **Benefícios da atividade física regular aos idosos que frequentam o programa ginástica nas quadras no CSG 01 na cidade do Gama- DF**. TCC da Graduação do Curso de Enfermagem, FACESA, 2006, p.21.

MANTON, K. G.; STALLARD, E.; TOLLEY, H. D. Limits to human life expectancy: evidence, prospects, and implications. **Population and Development Review**. v. 17, n. 4, p. 603-637, 1991.

MANZ, M.C; DUARTE, A.M. A motivação do idoso para a manutenção na prática regular do exercício físico. In: FONSECA, A.M. **A FCDEF-UP e a psicologia do desporto: estudos sobre motivação**. Cidade do Porto (Portugal): Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999.

MARAFON, L.P.; CRUZ, I.B.M.; SCHWANKE, C.H.A.; MORIGUCHI, E.H. Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 799- 808, mai/ jun 2003.

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

MARQUEZ FILHO, E. Introdução à prática da Atividade Física. In: **Seminário Corpo, Saúde, Envelhecimento. Conferência**. Campinas: SESC, agosto 1993.

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

MATSUDO, S.M. **Avaliação do idoso-física e funcional**. Londrina, Midiograf, 2000.

MATSUDO, S.M.M. **Envelhecimento e Atividade Física**. MIDIOGRAF, 2001

MATSUDO, S.M.R.; MATSUDO, V.K.R. **A atividade física e o idoso**. São Paulo: Manole, 2001.

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

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

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAUJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência Movimento**. v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MATSUDO, S.M.M.; MARIN, R.V.; FERREIRA, M.T.; ARAÚJO, L.T.; MATSUDO, V.K.R Estudo longitudinal - tracking de 4 anos - da aptidão física de mulheres da maioridade fisicamente ativas. **Revista**

Brasileira Ciência do Movimento, São Caetano do Sul, v.12, n.3, p.47-52, 2008

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.; MARIN, R.V. Atividade física e envelhecimento. *Diagnóstico e Tratamento*. v.13, n. 3, p. 142-147. 2008.

MATSUO, R.F.; VELARDI, M.; BRANDÃO, M.R.F.; MIRANDA, M.L.J. Imagem Corporal de Idosas e Atividade Física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. São Paulo. v.6, n.1, p. 37- 43, 2007.

MATSUDO, S.M.M. Envelhecimento, atividade física e saúde **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n.47 abr. 2009.

MAZO, G.Z. **Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas**. Tese de Doutorado. Porto, Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, 2003, p. 203.

MAZO, G.Z.; MOTA, J.; GONÇALVES, L.H.T.; MATOS, M.G.; CARVALHO, J. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciência do Desporto**. v.5, n. 2, p. 202-212, 2005.

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

MAZO, G.Z.; LIPOSCKI, D.B.; ANANDA. C.; PREVÊ, D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de Atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.11, n.6, p.437-42, 2007.

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

_____. Projeto Político-Pedagógico do Programa de Extensão Grupo de Estudos da Terceira Idade – GETI/UEDESC. Florianópolis, SC. In: AFONSO, M.R. e CAVALLI, A.S.(Orgs). **Trabalhando com a**

Terceira Idade: trajetórias de intervenções. Pelotas/RS: Editora Grafica UFPel. 2009, p. 52- 63.

MAZO, G.Z; LOPES, M.A; BENEDETTI, T.B. **Atividade física e o idoso:** concepção gerontológica. 3.ed. Porto Alegre/RS: Sulina, 2009, p. 318.

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

MCARDLE, W.D., KATCH, F.I., KATCH, V.L. **Fisiologia do Exercício, Energia, Nutrição e Desempenho Humano.** 5 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2003.

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

MELCHIOR, M.C. **Avaliação pedagógica:** função e necessidade. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1994.

MEURER, S.T.; BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. **La Revista Electrónica Internacional Psicología para a América Latina,** Buenos Aires: n.1, 2009.

MEURER, S.T. **Motivos para a prática de exercícios físicos, auto-estima e a aptidão funcional de idosos: baseados na teoria da autodeterminação.** Dissertação (Mestrado). UFSC, Florianópolis, 2010.

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

MICHELI, R.S. **O desafio das barreiras.** Portal Fórum, maio de 2007. Disponível em:

<<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/afv2.htm>>. Acesso em: 20 de agosto de 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

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

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

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V.R.; BONSEÑOR, I.M.; LOTUFO, P.A. Epidemiología descriptiva de la actividad física en horas libres en el Brasil, 1996- 1997. **Revista Panamericana del Salud Publica**. v. 14, n. 4, p. 246-254, 2003.

MOREIRA, L.M.A.; SOUZA, F.R.; CORDEIRO, A.P.B.; CONCEIÇÃO, L.S. Estudo sobre a longevidade em Santa Inês, Bahia: aspectos demográficos, genéticos e sociais. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. Salvador. v. 6, n.3, p. 331-337, set./dez. 2007.

MORENO, J.A, CERVELLÓ, E.; GONZÁLEZ-CUTRE, D. Analizando la motivación en el deporte: um estudio a través de la teoría de la autodeterminación. *Apunt Psicol. Apuntes de Psicología*,v.25, n.1, p. 35-51, 2007.

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

MORGAN, K. Daytime activity and risk factors for late-life insomnia. **Journal. Sleep Reserch**. n.12, p.231-238, 2003.

MOSCHNY, A.; PLATEN, P.; KLAABEN-MIELKE, R., TRAMPISCH, U.; HINRICHS, T. Barriers to physical activity in older

adults in Germany: a cross-sectional study. **Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. p. 8:121,2011.

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

MOTOJI, S.; SAITO, M.; NAKA, M.; KASAHARA, I.; SAITO, Y.; ARAI, T.; HAMAMATSU, A.; SHIRASAWA, T. Standard organ weights among elderly Japanese who died in hospital, including 50 centenarians. **Pathology International**: v. 56, n.6, p. 315–323. 2006.

NADAI, Andréia. Programa de Atividades Físicas e Terceira Idade. **Revista Motriz**. v.1, n.2, p.120-123, dez 1995.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2006.

NASCIMENTO, C.; CRISPIM, M.; GOBBI, S.; HIRAYAMA, M.S.; BRAZÃO, M.C. Nível de Atividade Física e as Principais Barreiras Percebidas por Idosos de Rio Claro. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v.19, n.1, p. 109-118, 2008.

NELSON, M.E.; REJESKI, W.J.; BLAIR, S.N.; DUNCAN, P.W.; JUDGE, J.O.; KING, A.C.; MACERA, C.A.; CASTANEDA-SCEPPA, C.M.E. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**: v.28, n.9, p. 1094-1105, august 2007.

NERI, A.L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia In: _____. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus. 2001. p.17-29.

_____. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1316-1323.

_____. **Qualidade de Vida: enfoque multidisciplinar.** Org. Campinas: Alínea, 299 p. 2007b.

_____. Atitudes e preconceitos em Relação a Velhice. In: NERI, A.L. (Org). **Idoso no Brasil: vivências, desafios, e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007a, p.33-46.

NETTO, F.L.M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento. **Pensar a Prática.** v.8 n.7, p. 75-84, mar 2004.

NETTO, M.P. **Tratado de Gerontologia.** 2. ed. Revisada e ampliada São Paulo: Atheneu, 2007. p. 912.

NEWSON, R. S.; KEMPS, E. B. Factors that promote and prevent engagement of older adults. **Journal of Aging and Health.** v. 19, n.3, p.470-481, 2007.

NIEMAN, David C. **Exercício e Saúde.** São Paulo: Manole, 1999.

NÓBREGA, A.C.L.; FREITAS, E.V.; OLIVEIRA, M.A.B.; LEITÃO, M.B.; LAZZOLI, J.K.; NAHAS, R.M.; BAPTISTA, C.A.S.; DRUMMOND, F.A.; REZENDE, L.; PEREIRA, J.; PINTO, M.; RADOMINSKI, R.B.; LEITE, N.; THIELE, E.S.; HERNANDEZ, A. J.; ARAÚJO, C.G.S.; TEIXEIRA, J.A.C.; CARVALHO, T.; BORGES, S. F.; DE ROSE, E.H. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade física e saúde no idoso. **Revista Brasileira Medicina e Esporte.** Niterói. v.6, n.2, março/abril, 2000. Disponível em <www.saudeemmovimento.com.br> Acesso em: 15 agosto 2010

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia,** São Carlos. v. 14, n. 4, p. 322- 329, jul./ago. 2010.

NOVAES, M.H. **Psicologia da Terceira Idade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2000, 167p.

O'BRIEN, C.S. Thinking out Loud: what older adults say about triggers for physical activity. **Journal of Anging and Physical Activity**. v. 9, p. 347-363, 2001.

OKUMA, S. S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. Tese (Doutorado) em Psicologia. São Paulo, SP: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997, 381p.

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

_____. Cuidados com o corpo: Um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: FREITAS et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002, p.1092- 1100.

_____. Um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: SAFONS, M.P; PEREIRA, M.M. (Org). **Educação Física para idosos: por uma prática fundamentada**. Brasília: Faculdade de Educação Física, UnB, 2004.

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

OKUMA, S.S.; MIRANDA, M.L.J.; VELARDI, M. Atitudes de idosos frente a pratica de atividades físicas. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. v. 15, n.2, p. 47-54, 2007.

OLIVEIRA, R.F.; MATSUDO, S.M.M.; ANDRADE, D.R.; MATSUDO, V.K.R. Efeitos do treinamento de Tai Chi Chuan na aptidão física de mulheres adultas e sedentárias. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília. v. 9, 3 p. 15 - 22 julho 2001.

ONU. **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Madrid, 8-12 April 2002. United Nations, New York, 2002, p.79.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Envejecimento activo: un marco político. **Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia**. n.37, sup.2, p.74 -105, 2002.

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

OSA, J.; KAUFFMAN, T.L. **Manual de reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

OWEN, N.; HEALY, G.N.; MATTHEWS, C.E.; DUNSTAN, D.W. Too Much Sitting: The Population Health Science of Sedentary Behavior. **Exercise & Sport Sciences Reviews**. v.38, n.3, p. 105-113, jul 2010.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. Tradução Daniel Bueno. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PARAHYBA, M., I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.3, p.383-391, 2005.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES C.C.S.A. Prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n.4, p. 967-974, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. Cap. 3. In: PAPALEO Netto, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 26 - 43.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER,.; ETTINGER, W.; HEATH, G.W.; KING, A.C. Midlife physical activity and mobility in older age: The In CHIANTI Study. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 31, n.3, . p.217-124, 2006.

PATRICIO, K. P., RIBEIRO, H.; HOSHINO, K.; BOCCHI, S. C. M. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p. 1189-1198, 2008.

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

PERLS, T.; LEVENSON, R.; REGAN, M.; PUCA, A. What does it take to live to 100? Mechanisms of Ageing and Development. **Genetic Effects on Aging III**. v. 123, n. 2-3 p. 231-242 January, 2002a.

PERLS T; Kunkel LM; PUCA AA. The genetics of exceptional human longevity. **Journal American Geriatrics Society**. v. 509, n.2, p.359-368, fev 2002b.

PERLS, T.; KOHLER, I.V.; ANDERSEN, S.; SCHOENHOFEN, E.; PENNINGTON, J.; YOUNG, R.; TERRY, D.; ELO, I.T. Survival of Parents and Siblings of Supercentenarians. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**. v.62, n.9, p. 1028-1034, 2007.

PETHERICK, C.M.; WEIGAND, D.A. The relationship of dispositional goal orientations and perceived motivational climates on indices of motivation in male and female swimmers. **International Journal of Sport Psychology**, Rome. v.33, p.218-37, 2002.

PIETRO, N. **Geriatrics**. Porto Alegre: D. C. Luzzato, 1986.

PORTO, J.C. **Longevidade: atividade física e envelhecimento**. Maceió: EDUFAL, 2008. 265p.

RAMOS, J.H. Determinantes de adesão, manutenção e desistência de um Programa de prevenção e reabilitação cardiovascular. **Revista**

Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. v. 3, n. 1, p.112-121, 2001.

RAUCHBACH, R. **A atividade física para a 3ª. Idade: envelhecimento ativo: uma proposta para a vida.** Londrina. 2. ed. revisada e ampliada. Midiograf, 2001. 149p., 2001.

REICHERT, F. F.; BARROS, A. J.; DOMINGUES, M. R.; HALLAL, P. C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal Public Health.** v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007.

REINALDO, A.M.S.; SAEKI, T.; REINALDO, T.B.S. O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 5 n. 2 p. 65 – 70, 2003.

RIBEIRO, P. C. C., NERI, A. L., CUPERTINO, A. P. F. B.; YASSUDA, M. S. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, Idade e saúde. *Psicologia em Estudo.* Maringá, v. 14, n. 3, p. 501- 509, jul./set., 2009.

RIGO, M.L.N.R.; TEIXEIRA, C. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosos que residem sozinhos e acompanhados. **Revista UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde.** Londrina. v. 7, n.1, p.13-20, out. 2005.

RIGO, L.C.; PARDO, E.R.; SILVEIRA, T. Reinventando o conceito de Saúde. In. **A saúde em debate na educação física.** Bagrichevsky, M.; Estevão, A. Palma A. Orgs. Ilhéus: Editus, p.155-173, 2007.

ROCHA, A.S. The impact of motivational interventions for increasing physical activity. **Einstein.** v. 8, p.(1 Pt 1), p 46-52, 2010.

ROCHA, P. A.; ROMARCO; E. K.S. Significados e Contribuições da Dança para a Terceira Idade. Universidade Federal de Viçosa – MG, 2005.

RODRIGUES, N.C. **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre Gerontologia Social**. In: SCHONS, C.R. e PALMA, L. T. S. Orgs. 2. ed. Passo Fundo, RS: UFP, 2000.

RODRIGUES R. J; RISK A. Health in Latin America and the Caribbean: Development and Policy Issues. **Journal of Medical Internet Research**. v.5, n.1, 2003.

ROIE,V. ; ROIE, E.V.; DELECLUSE, C.; OPDENACKER, J.; DE BOCK, K.; KENNIS, E.; BOEN, F. Effectiveness of a Lifestyle Physical Activity Versus a Structured Exercise Intervention in Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. v.18, n.3, p.335-352, 2010.

RYAN, R. M; FREDERICK, C. M.; LEPES, D.; RUBIO, N.; SHELDON, K. M. Intrinsic Motivation and Exercise Adherence. **International Journal of Sport Psychology**. Champaign Illinois. v. 28, n.4, p.335-354, 1997.

RYAN, R.M.; DECI, E.L. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. **Contemporary Educational Psychology**, New York, v.25, n.1, p.54-67, 2000.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Intrinsic and extrinsic motivation in exercise and sport. In M. S. Hagger; N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport. **Champaign, IL: Human Kinetics**, p. 1–19, 2007.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. A self-determination theory approach approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. **Canadian Psychology/Psychologie canadienne**, v. 49,, n.3, p. 186-193, agost. 2008.

RYAN, R. M.; WILLIMS, G. C; PATRICK, H.; DECI, E. L. Self-Determination Theory and physical activity: the dynamics of motivation in development and wellness. **Hellenic Journal of Psychology**, n. 6, p. 107-124, 2009.

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

SALGADO, C.D.S. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento Humano**. v. 4, p.7-19, 2002.

SALIN, M. S. **Diretrizes para implantação de programas e ações de atividade física para idosos**. Dissertação de Mestrado - UDESC, Florianópolis, 2006.

SALMON, J.; OWEN, N.; CRAWFORD, D.; BAUMAN, A.; SALLIS, J.F. Physical activity and sedentary behavior: A population-based study of barriers, enjoyment, and preference. **Health Psychology**. v.22, n.2, p.178-188, mar 2003.

SALVADOR, M. **A importância da atividade física na terceira idade. Uma análise da dança enquanto atividade física**. Universidade do Contestado, Concórdia – SC, 2005.

SALVADOR, E.P.; FLORINDO, A.A.; REIS, R.S.; COSTA, E. F. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.6, p.972-980, 2009.

SALVADOR, E.P.; REIS, R.S.; FLORINDO, A.A. Practice of walking and its association with perceived environment among elderly Brazilians living in a region of low socioeconomic level. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, Londres, n.7, p.1-7, 2010.

SANTANA, R. L. F.; POUCHAIN, G.; BISSÉ, L. F. A Previdência Social e o censo 2000: Perfil dos idosos. **Previdência Social- Ministério da Previdência e Assistência Social- Secretaria de Previdência Social**. v. 14. n. 09, p. 1-20, 2002.

SANTANA, J. A. - Do peso e da leveza: sobre a velhice. Revista da UFG on line (www.proec.ufg.br). v. 5, n. 2, dez 2003.

SANTIAGO, L.V. **Os Valores Orientadores das Práticas Desportivas em Grupos Emergentes da Terceira Idade: um estudo sobre as suas construções simbólicas.** Tese (Doutorado) .Programa de pós-graduação na Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto: 1999.

SANTOS, G.A.; LOPES, A.; NERI, A.L. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: NÉRI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** 2007, p. 65-80

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

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

SCARMEAS, N.; LEVY, G.; TANG, M.-X.; MANLY, J.; & STERN, Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. **Neurology.** v. 57, n. 12, 2001

SCHMIDT, J.A.; DAL-PIZZOL, F.; XAVIER, F.M.F.; HELUANY, C.C.V. Aplicação do teste do relógio em octogenários e nonagenários participantes de estudo realizado em Siderópolis/SC. **Psico,** Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 4, p. 525-530, out./dez. 2009.

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

SCHWANKE, C. H. A.; CRUZ, I. B. M.; LEAL, N. F.; SCHEIBE, R.; MORIGUCHI, Y.; MORIGUCHI, E. H. Análise da Associação entre Polimorfismo do Gene da Apolipoproteína e Fatores de Risco Cardiovasculares em Idosos Longevos. **Arquivos Brasileiros Cardiologia,** v. 78, n. 6, p. 561- 570, 2002.

SEBASTIANI, P.; SOLOVIEFF, N.; PUCCA, A.; HARTLEY, S. W.; MELISTA, E.; ANDERSEN, S. Genetic Signatures of Exceptional Longevity in Humans. **Science**. 1190532 / www.sciencexpress.org / 1 July 2010 / Page 4 / 10.1126/science. 1190532 acesso em 14 de agosto de 2010.

SECRETARIA da SAÚDE MUNICIPAL de FLORIANÓPOLIS, 2009. **Distritos Sanitários**. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/secretaria/css.php>>. Acesso em 02 março de 2010.

SEEMAN, T. E.; LUSIGNOLO, T. M.; ALBERT, M; BERKMAN, L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. **Health psychology**. v. 20, n. 4, p. 243-255, 2001.

SÉGUIN, E. **O direito do idoso**. Rio de Janeiro: 1999.

SHEPHARD, R.J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. Tradução de Maria Aparecida da Silva Pereira Araujo. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. Florianópolis: UFSC, 4. ed. rev. Atual, 2005.

SILVA, C.A.; FOSSATTI, A.F.; PORTELLA, M.R. Percepções do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo do envelhecimento humano. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre. v. 12, p. 111-126, 2007.

SILVEIRA, M.C.; SILVEIRA, M.C.; SÍGOLO, C.; QUINTAL, M.; SAKANO, E.; TESSITORE, A. Proposta de Documentação Fotográfica em Motricidade Oral. **Revista CEFAC**. São Paulo, v.8, n.4, 485-92, out-dez, 2006.

SINGH, M.A.F. Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. **Journal of Gerontology Series A:**

Biological Sciences and Medical Sciences, v. 57, n. 5, p.262-282, 2002.

SIQUEIRA, M.E.C. Velhice e Políticas Públicas. In: NERI, A. L. (org). **Idosos no Brasil: vivências desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007, p-209-223.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SORIANO, J. B., WINTERSTEIN, P. J. A constituição da intervenção profissional em Educação Física: interações entre o conhecimento “formalizado” e as estratégias de ação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, SP. v. 18 n. 4 p. 315-332. Out/dez. 2004.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Trad. Paula Bernardi. Revista Científica: Cássio Mascarenhas Robert Pires. São Paulo: Manole, 2005.

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

TAFARO, L.; TOMBOLILLO, M.T.; BRÜKNER, N.; TROISI, G.; CICONETTI, M.M.; MOTTA, M. CARDILLO, E.; BENNATI, E.; MARIGLIANO, M. Stress in centenarians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 48, n. 3, p. 353-355, mai 2009.

TANG, C.S; WONG, C.Y. “Psychosocial Factors Influencing the Practice of Preventive Behaviors Against the Severe Acute Respiratory Syndrome Among Older Chinese in Hong Kong”. **Journal of Aging and Health**. v.17, p. 490 - 506, 2005.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. **Arquivos Ciências da Saúde**. v. 12, n. 2, p. 127-132, 2008.

TEIXEIRA, I.N.D.A.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia**. USP, v.19, n.1, p.81-94, 2008.

TERRY P.C.; BIDDLE, S.J.H.; CHATZISARANTIS, N.; BELL, R.D. Development of a test to assess the attitudes of older adults toward physical activity and exercise. **Journal Aging Physical Activity**. v.2, p.5, p.111-125, 1997.

TIMMRECK, T.C. **An introduction to Epidemiology** (3rd edition). Jones and Bartlett Publishers, 2002.

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

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. Porto Alegre: Artmed, 3ª. Ed., 2002.

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

TRENITL,M.; SILVA, S.H.; VALLE, M.L.; HAMMERSCHMITD, K.S.A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino America de Enfermagem**, v. 1, n.1, p.38-45, 2005.

TRIBBES, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J.S. Prescrição de Exercícios Físicos para Idosos. **Revista Saúde.com**. v. 2, n. 1, p.163-172, 2005.

TUNA, H.D; EDEER, A.O.; MALKOC,M.; AKSAKOGLU,A.Effect of age and physical activity level on functional fitnessin older adults. **European Review of Aging and Physical Activity**.v.6, p.99-106, 2009.

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

VERAS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.70-78.

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 352p.

VLACHOPOULOS, S. P.; MICHAILIDOU, S. Development and Initial Validation of a Measure of Autonomy, Competence and Relatedness in Exercise: The Basic Psychological Needs in Exercise Scale. **Measurement in Physical Education and Exercise Science**. v.10, n.3, p.179-201, 2006.

VLACHOPOULOS, S.P.; NEIKOU, E.A prospective study of the relationships of autonomy, competence and relatedness with exercise attendance, adherence, and dropout. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**. v. 47, p. 475-482, 2007.

XAVIER, F. M. F.; ARGIMON, I. I. L.; ZUPPO, L. LUCCHESI, L. M. S.; HELUANYC, L.; TRENTINI, C. M. O desempenho em testes neuropsicológicos de octagenários não-dementes e com baixa escolaridade em duas comunidades do sul do Brasil. **Revista Psico**. Porto Alegre: PUCRS. v. 37, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2006.

WAJNGARTEN M. Cardiogeriatría: uma subespecialidade ou uma necessidade? **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v. 87, n. 3, p. 8-9, 2007.

WARBURTON, E.R.; NICOL, C.W.; BREDIN, S.D. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medical Association Journal**, n.174, p. 801-809, 2006.

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

WEINECK, J. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 1991.

WERLE, M.H. **Fatores de Risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos**. Dissertação (Mestrado) em Biomédica. Programa de Pós-Graduação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

WESTHOFF, M.; STEMMERIK, L.; BOSHUIZEN, H. Effects of a low-intensity strength-training program on knee-extensor strength and functional ability of frail older people. **Journal of Aging and Physical Activity**. n.8, p.325-342, 2000.

WILCOX, S.; TUDOR-LOCKE, C.E.; AINSWORTH, B.E. Physical Activity Patterns, Assessment, and Motivation in Older Adults. In: Shephard, R.J. (ed.) **Gender, Physical Activity and Aging**. Florida: CRC Press LLC, p. 13-39, 2002.

WILCOX, S.E.; KING, A. A The Effects of Live Events and Interperonal Loss on Exercise Adherence in Older Adults. **Journal of Aging an Physical Activity**. v.11, n.2, p117-130, 2004.

WILLCOX, D. C.; WILLCOX, B.J.; HE, Q.; WANG, N.C.; SUZUKI, MAKOTO. They Really Are That Old: A Validation Study of Centenarian Prevalence in Okinawa. **Journal of Gerontology: Biological Sciences**, v. 63A, n. 4, p. 338–349, 2008.

WILSON, P. M.; RODGERS, W. M. The relationship between exercise motives and physical self-esteem in female exercise participants: An application of self-determination theory. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v.7, p.30–43, 2002.

WILSON, P. M.; RODGERS, W.; BLANCHARD, C. M.; GESSEL, J. The relationship between psychological needs, self-determined motivation, exercise attitudes and physical fitness. **Journal of Applied Social Psychology**, v.33, p.2373–2392, 2003.

WILSON, P.M., MACK, D.E.; GRATTAN, K.P. Understanding Motivation for Exercise: A Self-Determination Theory Perspective. Canada: Brock University. **Canadian Psychology**, v. 49, n. 3, p.250–256, 2008.

WITTER, G. P. **Envelhecimento**: referências teóricas e pesquisa. Campinas, SP: Editora: Alínea, 2006.

WITTROCK, L. **La investigación de la enseñanza**. Buenos Aires: Paidós, 1989.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.L. O Rápido Processo de Envelhecimento Populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista brasileira de Estatística Populaciona. v.23, n.1, p.5-26, 2006.

YATES, L.B.; DJOUSSE', L.; KURTH, T.; BURING, J.E.; GAZIANO, J.M. Exceptional Longevity in Men. Modifiable Factors Associated With Survival and Function to Age 90 Years. **Archives of Internal Medicine**, v.168, n.3, p.284-290, fev. 2008.

YOUNG, D.R.; APPEL, L.J.; JEE, S.H.; MILLER, E.R. The effects of aerobic exercise and T'ai Chi on blood pressure in older people: results of a randomized trial. **Journal American Geriatrics Society**. v.47, p 277-284. 1999.

YUSUF, H. R.; CROFT, J. B.; GILES, W. H.; ANDA, R. F.; CASPER, M. L.; CASPERSEN, C. J., JONES, D. A. Yusuf, H. et al. Leisure-time physical activity among older adults. **Archives of Internal Medicine**, v. 156, n. 12, p. 1321-1326, 1996.

ZAITUNE, M.P.A.; BARROS, M.B.A.; CHESTER, L.C.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M.C.; PORTO, G. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1329-1338, jun, 2007.

ZAMARIM, M.A.; MATSUO, R.F.; VELARDI, M.; MIRANDA, M.L.J. Educação Física para Idosos: A Promoção da Saúde como Suporte para a Prática Educativa. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 6, n. especial, p. 344-354, jul. 2008.

ZENG, Y. **Gender differentials of oldest old in China**. Res Aging . v. 25, p. 65-80, 2003.

ZIBETTI, M.R.; GINDRI, G.; PAWLOWSKI, J.; SALLES, J.F.; PARENTE, M.A.M.P.; BANDEIRA, D.R.; FACHEL, J.M.G.; FONSECA, R.P. Estudo comparativo de funções neuropsicológicas entre grupos etários de 21 a 90 anos. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**. v.2, n.1, p.55-67, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO

- Título da Pesquisa: Fatores que Influenciam para a Prática de Atividade Física em Idosos Longevos: proposta de intervenção

- Objetivo: Analisar os fatores facilitadores e as barreiras para a prática de atividade física por idosos longevos de Florianópolis e propor diretrizes para uma proposta de um programa de atividade física para idosos de 80 anos ou mais do município de Florianópolis.

- Pesquisadores: Marize Amorim Lopes, Rodrigo de Rosso Krug, Enaiane Cristina Menezes, Giovana Zarpellon Mazo e Sidney Ferreira Farias

Eu, _____, portador do RG _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa.

1) A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está garantido o absoluto sigilo das informações obtidas;

2) A segurança plena de que não serei identificado (a), mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não causará nenhum tipo de dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado;

3) A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como fica assegurada a divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma aceita; e

4) A garantia de que todo material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Florianópolis/ SC, ____ de _____ de 200__

Assinatura do Pesquisado

APÊNDICE B
ROTEIRO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DOS GRUPOS
FOCAIS

GRUPOS FOCALIS ATIVOS

- 1) Como podemos envelhecer ativamente?
- 2) Como vocês percebem a atividade física?
- 3) Vocês participam de grupos de atividades físicas? O que fazem?
- 4) Não entendi vocês poderiam me esclarecer.....
- 5) Na opinião de vocês o que é importante e que impulsiona a saírem de casa para participarem do grupo de AF?
- 6) Vocês conhecem pessoas da sua idade que não praticam AF. Na opinião de vocês o que fazem estas pessoas a não fazerem AF?
- 7) O que faz vocês faltarem o grupo de AF?
- 8) Quais são as AF que vocês mais gostam de praticar?

GRUPOS FOCALIS INATIVOS

- 1) Como podemos envelhecer ativamente?
- 2) Como vocês percebem a atividade física?
- 3) Vocês conhecem alguém da sua idade que faz AF regularmente?
- 4) Na opinião de vocês o que é importante e que impulsiona essas pessoas a saírem de casa para participarem do grupo de AF?
- 5) Vocês gostariam de participar e/ou fazer AF como elas?
- 6) Na opinião de vocês que impulsionaria / motivaria vocês a fazerem AF?
- 7) O que impedem vocês de não fazerem AF?
- 8) Quais os tipos de AF vocês fariam ou poderiam fazer?
- 9) Que AF vocês já fizeram no passado?
- 10) O que levou vocês a pararem de fazer AF?

Eu não entendi, muito bem quanto... abordar a temática que precisa de melhor explicação ou esclarecimento...

ANEXOS

ANEXO A
FICHA DIAGNÓSTICA GETI

FICHA DIAGNÓSTICA GETI

a) Dados de Identificação:

Nome completo:

Sexo: () feminino () masculino Data de nascimento: Idade:

Endereço: Telefone:

b) Características Sócio-demográficas

1. Estado Civil:

- () Solteiro (a)
 () Casado (a)/juntado (a)
 () Separado (a)/divorciado (a)
 () Viúvo (a)
 () Outros

2. Escolaridade:

- () Analfabeto/sem escolaridade
 () Fundamental incompleto/1 a 7 anos
 () Fundamental completo/ 8 anos
 () Médio incompleto/9 a 10 anos
 () Médio completo/ 11 anos
 () Ensino superior completo
 () Pós-graduação completa
 (especialização, mestrado e doutorado)

3. Com quem você mora?

- () Sozinho (a)
 () Cônjuge
 () Filhos (as)
 () Netos (as)
 () Outro(s).
 Qual(s)?.....

4. Religião:

- () Católico (a)
 () Evangélico (a)
 () Espírita
 () Sem religião
 () Ateu
 () Outros:.....

5. Etnia

- (...)Caucasiano(a)/branco
 (...)Afrodescendentes/negro,
 mulato, pardo
 Asiático (a)

6. Ocupação atual:

- Aposentado (a)
 Pensionista
 Aposentado (a) e Pensionista
 Aposentado (a) ativo
 Pensionista ativo
 Aposentado (a) e Pensionista ativo
 Remunerado ativo
 Não remunerado ativo

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

- < 1 (menor que 510,00)
 1—|2 (510,00 a 1019,00)
 2—|3 (1.020,00 a 1.529,00)
 3—|4 (1.530,00 a 2.039,00)
 4—|6 (2.040,00 a 3.059,00)
 + de 6 (+ de 3.060,00)

c) Condições de saúde

8. Como está o seu estado de saúde atual?

- Ótimo Bom Regular Ruim Muito ruim

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

() Sim () Não

Caso Afirmativo: De que modo dificulta?

() Cansaço

() Falta de ar

() Tontura

Dor. Onde?

10. Você tem alguma doença ()sim ()não

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

| Doenças | Tempo diagnóstico (anos) | Doenças | Tempo diagnóstico (anos) |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------|
| () Doença cardíaca | | () Alzheimer | |
| () Hipertensão (pressão alta) | | () Depressão | |
| () Sequela Acidente Vascular (derrame) | | () Diabetes | |
| () Artrose | | () Dislipidemia (triglicéridios, colesterol alto) | |
| () Artrite Reumatóide | | () Doenças dos olhos | |
| () Dores Lombares | | () Dificuldades Auditivas | |
| () Osteoporose | | () Incontinência Urinária (perda de urina) | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteopenia | | <input type="checkbox"/> Neoplasias(tumores) | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | |
| <input type="checkbox"/> Bronquite Crônica | | <input type="checkbox"/> Gastrite | |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | | <input type="checkbox"/> Outros: | |
| <input type="checkbox"/> Prisão de ventre | | | |

11. Você toma medicamentos sim não Qual (s)?

d) Prática de atividade física

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

Sim Não

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

e) Motivos de adesão à prática de atividade física

13. Quais os motivos que o levaram A INGRESSAR no programa de atividade física ou exercício físico?

14. Quais os que o levariam A NÃO INGRESSAR no programa de AF?

15. Quais os motivos que o levam A PERMANECER no programa de atividade física ou exercício físico?

e) Motivos de adesão ao grupo de convivência

16. Quais os motivos que o levaram A INGRESSAR no grupo de convivência?

.....

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

.....

f) Quedas

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

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

| Quantidade | Onde (local) | Conseqüências da queda (tombo) |
|------------|-----------------------|--------------------------------|
| () uma | 1- | 1- |
| () duas | 2- | 2- |
| () três | 3- | 3- |
| () quatro | 4- | 4- |
| () 5 ou + | 5 ou + (a mais grave) | +5 (a mais grave) |

g) Olhos

19. Você utiliza óculos ou lente corretiva?

() Não () Sim. Caso afirmativo: () diariamente () quando necessita

h) Consumo de substâncias

20. Você fuma cigarros? Sim () Não ()

21. Você já fumou cigarros? Sim () Não ()

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

Sim () Não ()

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

Sim () Não ()

ANEXO B
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
ADAPTADO PARA IDOSOS
(BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004)

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

Orientações do Entrevistador



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

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

Tempo em cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

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

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

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

Tempo em cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

Orientações do Entrevistador



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

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

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

Tempo em cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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

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

Tempo em cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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



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

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

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

Tempo em cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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

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

Tempo em
cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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

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

Tempo em
cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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



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

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

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

Tempo em
cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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

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

Tempo em
cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

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

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

Tempo em
cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

SEÇÃO 5 - TEMPO QUE VOCÊ PASSA SENTADO



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

Tempo em
cada dia?

| DIA | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|-------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| Tempo | | | | | | | |

ANEXO C

LISTAGEM DOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DAS REGIÕES
SANITÁRIAS CADASTRADOS PELA PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS-SC

Grupos de Convivência da Região Central Cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC

| Nome do Grupo convivência | Local | Longevos Cadastrados |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| Amizade/Elo da Amizade | DEINFRA | 6 |
| Família Feliz | Clube 12 de Agosto | 9 |
| Musicoterapia | GEAP | 0 |
| Novo Horizonte | Centro de Convivência FUSESC | 0 |
| Alegria de Viver | Salão Paroquial Igreja Santa Terezinha | 3 |
| Alegria | Salão Paroquial da Capela Na. Senhora do Rosário Caieira do Saco dos Limões | 10 |
| Amor a Ilha | Clube dos Oficiais da Polícia Militar | 9 |
| Clube da Experiência | Salão Paroquial da Paróquia Santíssima | 13 |
| Sant'ana | Paróquia Nossa Senhora de Lourdes e São Luís | 18 |
| Vida Nova | Centro de Convivência FUSESC | 0 |
| União | Salão do Centro Social Urbano Saco dos Limões | 6 |
| Perseverança | APAS/FIESC | 2 |
| Amor e Bondade/Elo de Amizade | DEINFRA | 6 |
| A Grande Família | Clube 12 de Agosto | 3 |
| Renovação | Centro de Convivência FUSESC | 6 |
| Sociedade Vicentina | Assistencial Catedral | 2 |
| Amizade da Terceira Idade | Salão da Capela São João Batista | 4 |

| | | |
|---|---|----|
| Cinco de Maio | NETI / UFSC | 5 |
| Paula Ramos | Paula Ramos Esporte Clube | 7 |
| Nossa Senhora da Boa Viagem | Centro Social Urbano Saco dos Limões | 4 |
| Manancial de Terceira Idade | Igreja do Evangelho Quadrangular do Saco dos Limões | 2 |
| Corações Alegres | Comunidade Evangélica Luterana | 5 |
| Geração 95 | Centro de Convivência FUSESC | 0 |
| Esperança e Harmonia/Elo da Amizade | DEINFRA | 15 |
| Rosário de Luz | Salão Paroquial Igreja Na. Senhora do Monte Serrat | 2 |
| Apostolado da Oração Sagrado Coração de Jesus/Recordações | Salão Paroquial da Paróquia Santíssima Trindade | 12 |
| Clube da Terceira Idade Santa Catarina | Loja Maçônica Regeneração Catarinense | 12 |
| Renascer | Centro de Convivência FUSESC | 0 |
| Grupos/SESC | Centro de Atividades do SESC Prainha | 10 |
| Grupos/SESC | Centro de Atividades do SESC Prainha | 6 |
| Grupos/SESC/Harmonia de Viver | Centro de Atividades do SESC Prainha | 12 |

Grupos de Convivência da Região Leste Cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC

| Nome do Grupo Local | Longevos Cadastrados |
|--|-----------------------------|
| Novas Amigas 4 Conselho Comunitário do Pantanal de Maio | 9 |
| Recordações Conselho Comunitário do Pantanal | 8 |
| Paz e Amor Conselho Comunitário Córrego Grande | 5 |
| Lagoa Formosa Sociedade Amigos da Lagoa | 8 |
| GIPAN Conselho Comunitário do Pantanal | 3 |
| Horto Florestal Centro Convivência Parque Horto Florestal Córrego Grande | 8 |
| Primavera Centro Comunitário Barra da Lagoa | 1 |
| Sant'ana Salão da Capela São Bento | 7 |
| Melhor Idade Capela Santa Cruz Barra da Lagoa Santa Cruz | 3 |

Grupos de Convivência da Região Sul Cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC

| Nome do Grupo | Local | N de Longevos Cadastrad |
|--|--|--------------------------------|
| Amizade | Salão Paroquial Pântano do Sul | 4 |
| Unidos do Canto | Associação Comunitária Canto do Rio Futebol Clube Ribeirão da Ilha | 3 |
| Trevo | Bandeirante Recreativo Futebol Clube | 4 |
| Viver Alegre | Intendência do Campeche | 1 |
| São Pedro | APAN Costeira do Pirajubaé | 11 |
| Alegria | Bandeirante Recreativo Futebol Clube | 5 |
| Esperança das Senhoras dos Pescadores Praia da Armação | Salão Paroquial Capela Santana São Joaquim Armação do Pântano do Sul | 2 |
| Raio de Sol | Salão Paroquial Igreja Sta. Rita de Cássia | 8 |
| São José da Costeira | Conselho Comunitário | 6 |
| Com Vivência | Centro Comunitário Morro das Pedras | 2 |
| Amizade da Costeira do Ribeirão | Associação Cruzeiro do Sul Costeira do Ribeirão da Ilha | 6 |
| Amor e União | Centro Social Urbano Freguesia do Ribeirão da Ilha | 5 |
| Felicidade Campeche | Intendência do Campeche | 5 |
| Amigas da Fraternidade | SEOVE Campeche | 2 |
| Nossa Senhora de | Centro Comunitário Costa de Dentro | 3 |

| | | | | | | |
|------------------------|------------|---|--|--|--|----|
| Fátima | | | | | | |
| Sempre Tapera | Unidos da | Salão Paroquial da Igreja Nossa Senhora de Fátima | | | | 8 |
| Nossa Fátima | Senhora de | Conselho Comunitário Rio Tavares | | | | 1 |
| Fazenda do Rio Tavares | | Conselho Comunitário Fazenda do Rio Tavares | | | | 16 |

Grupos de Convivência da Região Norte Cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC

| Nome do Grupo | Local | Longevo: Cadastrad |
|---------------------------------|---|-------------------------------|
| Idade Dourada | Salão Paroquial da Capela São Brás | 5 |
| Nossa Senhora de Guadalupe | Salão Paroquial Igreja Nossa Sra. de Guadalupe | 11 |
| Vó Itelvina | Associação de Moradores do Rio Vermelho | 4 |
| Renascer Santo Antônio | Sede Recreativa do Clube Avante Santo Antônio de Lisboa | 6 |
| Renovação para a Terceira Idade | Centro Comunitário Monte Verde | 4 |
| Associação de Idosos Esperança | Salão Paroquial de Ingleses | 8 |
| Luz ao Pôr do Sol | Associação de Moradores Vargem Grande | 12 |
| Alegria de Viver | Associação de Moradores de Jurerê | 3 |
| Ecologia da 3º Idade de Ratores | Sede Própria - Ratores | 5 |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Flamboiã | Salão Paroquial da Igreja Santa Catarina | 3 |
| Liberdade.Com/Alegria | Clube 12 de Agosto | 0 |
| Cantinho da Amizade | Sede Própria Servidão Graciliano Santos | 3 |
| Renascer | Salão Paroquial Igreja São Francisco de Paula | 7 |
| Vida e Esperança | Salão Paroquial São Francisco Xavier | 3 |
| Nossa Senhora Aparecida | Centro Comunitário de Sambaqui | 6 |
| Amizade | Capela São Miguel João Paulo | 5 |

Grupos de Convivência da Região Sanitária Continente cadastrados na Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC

| Nome do Grupo | Local | Longevidade Cadastrada |
|----------------------------|---|-------------------------------|
| Alegria | Igreja Nossa Sra. Aparecida | 4 |
| São Judas Tadeu | Salão Paroquial da Igreja São Judas Tadeu | 4 |
| Girassol | Salão da Paróquia Nossa Senhora do Carmo | 6 |
| Imaculado Coração de Maria | Salão da Capela do Senhor Bom Jesus de Iguape | 3 |
| Unidos da Melhor Idade | Capela São Geraldo e N. Senhora Aparecida | 7 |
| Nossa Sra. do Carmo | Salão da Paróquia Nossa Senhora do Carmo | 1 |

| | | |
|-------------------------|--|----|
| Amor e Liberdade | Salão da Capela do Senhor Bom Jesus de Iguape | 10 |
| Dom Orione | Salão Paroquial São João Batista e Santa Luzia | 4 |
| Luz do Sol | Centro Multiuso de Capoeiras | 5 |
| Nova Luz | Centro Multiuso de Capoeiras | 5 |
| Odilon Vieira | Bartolomeu Clube Doze de Setembro | 3 |
| Esperança | Paroquia Sto Antônio e Sta. Maria Gorete | 9 |
| Irmã Maria | Assoc. da Secretaria de Educação | 8 |
| Bom Jesus | Salão da Capela do Senhor Bom Jesus de Iguape | 12 |
| Lar Fabiano de Cristo | Lar Fabiano de Cristo/UPI Arnaldo São Thiago | 3 |
| Só Amor | Centro Multiuso de Capoeiras | 2 |
| São Francisco de Assis | Comunidade São Francisco de Assis | 9 |
| União | Centro Social Urbano da Coloninha | 4 |
| Rainha da Glória | Salão Paroquial Nossa Senhora da Glória | 0 |
| Amizade | Salão Paroquial São João Batista e Santa Luzia | 6 |
| Nossa Senhora Aparecida | Centro Multiuso de Capoeiras | 8 |
| Amigas Unidas | Centro Social Urbano da Coloninha | 1 |
| Utopia | Paróquia Santo Antônio e Santa Maria Gorete | 8 |
| Nossa Sra. de Fátima | Salão da Paróquia Nossa Senhora de Fátima | 10 |
| Amizade | Associação de Moradores Jardim | 8 |

| Atlântico | | | | | |
|---------------------|-------|--|----------------------|--|---|
| Amigas de Terezinha | Santa | Salão Paroquial de Fátima | Santuário Nossa Sra. | | 5 |
| Renascer | | Salão Paroquial da Igreja Santa Rita de Cássia | São José e | | 0 |
| Grupos SESC | | SESC – Estreito | | | 4 |

ANEXO D – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE
ÉTICA



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

Florianópolis, 20 de agosto 2010

Nº. de Referência: 149/2010

A(o) Pesquisador(a),

Profª. Giovana Zarpellon Mazo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rudnei da Silva

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