

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO OESTE**

ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS

**ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS:
ADESÃO, BARREIRAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE**

**CAMPO GRANDE
2018**

ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS

**ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS:
ADESÃO, BARREIRAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade.

**CAMPO GRANDE
2018**

ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS

**ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS:
ADESÃO, BARREIRAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de mestre, sob a orientação da Prof^a. Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu à candidata o conceito _____.

Campo Grande, de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Sonia Maria Oliveira de Andrade – UFMS

Joel Saraiva Ferreira – UFMS

Suzi Rosa Miziara Barbosa - UFMS

Dedico este trabalho aos meus avós que são a razão pela qual escolhi a atuação profissional direcionada a pessoa idosa, que foram e sempre serão pessoas excepcionais em minha criação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela existência que me deu, permitindo que eu siga os caminhos aos quais Ele me destinou, apresentando-me às pessoas, lugares e experiências reservados a mim.

A minha família, por nunca medir esforços pra me verem sorrir, auxiliando nas quedas e participando das vitórias. Ao meu pai pelo exemplo de perseverança e determinação. A minha mãe pelo modelo de alegria e empatia com as pessoas e as causas da existência. A minha irmã pelo exemplo de altruísmo e resiliência com a vida.

Ao meu namorado Sergio, por tolerar o minha indisposição nos dias em que mais precisou de mim e por ter ajudado muitas vezes nas coletas de dados referentes ao estudo.

Aos meus colegas de trabalho por auxiliarem nas adversidades de horários de trabalho ou escalas.

As minhas alunas por sempre me apoiarem e entenderem o meu olhar cansado e com os conselhos sábios sobre paciência e mérito.

Aos meus amigos por tolerarem minhas ausências, escutarem meus lamentos e pelo apoio interminável.

A minha orientadora Sonia Maria Oliveira de Andrade, pela paciência e profissionalismo que teve comigo e as adversidade da pesquisa.

Aos professores do programa de mestrado, por contribuírem com meu crescimento pessoal e profissional, pelos aprendizados que proporcionaram a mim, abrindo horizontes para o conhecimento.

Não vou lamentar
A mudança que o tempo traz, não
O que já ficou para trás
E o tempo a passar sem parar jamais
Já fui novo, sim
De novo, não
Ser novo pra mim é algo velho
Quero crescer
Quero viver o que é novo, sim
O que eu quero assim
É ser velho

Envelhecer
Certamente com a mente sã
Me renovando
Dia a dia, a cada manhã

Tendo prazer
Me mantendo com o corpo são
Eis o meu lema
Meu emblema, eis o meu refrão

Mas não vou dar fim
Jamais ao menino em mim
E nem dar de, não mais me
Maravilhar
Diante do mar e do céu da vida
E ser todo ser, e reviver
A cada clamor de amor e sexo
Perto de ser um Deus
E certo de ser mortal
De ser animal
E ser homem

(Lema – Ney Matogrosso)

RESUMO

A prática de atividade física revela diversos benefícios para saúde de idosos, possui diferentes níveis de prática e também barreiras para os praticantes. Este trabalho de caráter quantitativo, resulta da análise da prática de atividade física de idosos participantes de quatro Centro de Convivência de Idosos (CCI), da cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Buscou-se verificar a autopercepção da saúde dos idosos, quantificar o tempo de atividades físicas vigorosas, moderadas e caminhada, e as barreiras para atividade física que podem repercutir na adesão em atividade física. A coleta de dados foi realizada de junho a outubro de 2017, em entrevistas com 295 idosos participantes dos CCI, por meio de uma pergunta referente a saúde de maneira geral, do uso do *International Physical Activity Questionnaires* (IPAQ) e do questionário de barreiras para a atividade física. Os resultados mais frequentes revelaram uma autopercepção da saúde pelos idosos como “Excelente”, “Muito boa” e “Boa”. A prática semanal de atividades físicas vigorosas atingiu a média de tempo recomendado, porém não alcançou a quantidade de dias recomendados para a semana. Ainda, a pesquisa aponta que metade dos idosos não realizam este tipo de atividade. As atividades físicas moderadas foram as mais frequentemente praticadas, atingindo a média de tempo e dias recomendados para semana normal (semana com mesma rotina). A caminhada apresentou os menores valores na frequência, apontando para baixa prática em tempo e dias de realização semanais. A média de tempo sentado em semana normal foi expressiva pois equiparou-se ao tempo em atividade física. As principais barreiras encontradas foram as biológicas e as estruturais, sendo elas o “medo de lesionar-se”, as “dores e mal estar leve”, as “limitações físicas”, a “preocupação com a aparência”, o “ambiente insuficientemente seguro”, a “falta de clima adequado” e a “falta de conhecimento ou orientação para AF”. O estudo identificou que são necessários ajustes de pessoal e de estruturas nos programas de atendimento aos idosos que participam dos Centro de Convivência de Idosos.

Descritores: Idoso. Autopercepção, saúde. Exercício físico.

ABSTRACT

The health of older adults can greatly benefit from the practice of physical activities. These activities may present different levels of intensity and also some barriers for its practitioners. This work presents quantitative information on the practice of physical activities by older adults from senior centers of Campo Grande, Mato Grosso do Sul. The goals were to verify the self-reported health of older adults; quantify their time spent practicing vigorous and moderate physical activities as well as walking; and also, understand the barriers to the practice of physical activities. Interviews were carried out with 295 older adults from June to October of 2017 on four senior centers of four different regions of the city. Data was collected by using a general question to understand their overall health condition, the International Physical Activity Questionnaires (IPAQ), and the questionnaire of barriers for physical activities. In general, older adults self-reported their health as “Excellent”, “Very good” and “Good”. Vigorous weekly practice reached the recommended average time, but with poor distribution on days of the week. In addition, results indicate that half of the interviewees do not practice this type of activities. Moderate physical activities were the most commonly practiced by interviewees and followed general recommendations of time and weekly frequency. Walking was the least practiced activity as revealed by the low amount of time spent practicing it and low weekly frequency. The average time seated per week was considered high since it matched the amount of time spent performing physical activities. The main barriers for not practicing physical activities were biological and structural in nature with the following reasons presented: “fear of injures”, “pain and mild malaises”, “physical limitations”, “worries about appearance”, “insufficiently safe environments”, “lack of adequate weather”, and “lack of knowledge or guidance for PA”. This study identified the necessity to adjust the services provided to older adults on senior centers.

Key-words: Old adults. Self-reported, health. Exercise.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Envelhecimento e saúde.....	14
2.2	Práticas de atividade física e lazer.....	19
3	OBJETIVOS.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo, local e período da pesquisa.....	25
4.2	Participantes da pesquisa.....	25
4.3	Fontes de dados e critérios de inclusão/exclusão.....	25
4.4	Organização e análise dos dados.....	26
4.5	Aspectos éticos.....	27
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	28
5.1	Características sociodemográficas dos participantes dos CCI e a autopercepção da saúde.....	28
5.2	Participação nas atividades físicas vigorosas e moderadas, e a caminhada, nos CCI.....	31
5.3	Análise das barreiras para a prática de atividade física nos Centro de Convivência de Idosos em Campo Grande-MS.....	41
6	CONCLUSÃO.....	49
7	RECOMENDAÇÕES.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNCIDE A – Instrumento para Coleta de Dados.....	56
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
	ANEXO A – Autorização de Pesquisa: CCI Edmundo Scheuneman.....	62
	ANEXO B – Autorização de Pesquisa: CCI Elias Lahdo.....	63
	ANEXO C – Autorização de Pesquisa: CCI Jacques da Luz.....	64
	ANEXO D – Autorização de Pesquisa: CCI Vovó Ziza.....	65
	ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	66

1 INTRODUÇÃO

Os variados benefícios e efeitos da prática de atividades físicas regulares para saúde são estudados por diversos autores (PALMA, 2000; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; MATSUDO, 2001). Segundo Palma (2000) praticar atividades físicas relaciona-se com a prevenção de doenças e até mesmo o tratamento destas, como as desordens cardiovasculares, sobrepeso e obesidade, diabetes dentre outras.

Palma (2000) comenta ainda que a saúde pode ser responsabilidade do indivíduo até certo ponto, quanto adota bons hábitos de vida, como a boa alimentação, os exercícios físicos, que cessarão os efeitos biológicos para o indivíduo. Considerando o contexto em que o indivíduo se insere, percebe-se que a compreensão de saúde alcança a esfera mental e social, nas relações interpessoais e sociais, no modo de vida, nas condições de trabalho ou desemprego, de distribuição de renda, de atendimento sanitário básico, de tempo livre, e na aquisição de serviços de saúde e educação (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005).

Para Matsudo (2001) a prática de atividades físicas por idosos está interligada com o êxito no processo de envelhecimento. Diversos autores comentam a relação da manutenção da capacidade funcional em idosos com as atividades físicas que realizam na busca de uma maior qualidade de vida (D'ORSI *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2005; MACIEL, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A expectativa de vida ao nascer da população brasileira aumentou em 30,3 anos no período de 1940 a 2016 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017), o que significa um aumento no número de pessoas idosas. Para Santos e Ribeiro (2011) o aumento na expectativa de vida pode significar maior dispêndio da esfera governamental no aspecto médico-social, pelo aumento da demanda de serviços de saúde públicos para esta população.

A Política Nacional do Idoso, disposta na lei Nº 8842 de 1994 (BRASIL, 1994), instituiu o Conselho Nacional do Idoso. No seu VI Capítulo encontram-se leis que asseguram os direitos sociais do idoso (pessoas acima de 60 anos), criando maneiras de promoção da autonomia, formas de integração e participação na sociedade, que conseqüentemente, implicam na saúde e na qualidade de vida do idoso, como mencionado pelos autores supracitados.

Uma prática efetiva de atividades físicas depende de fatores como a disponibilidade de recursos financeiros, materiais, ambientais, e também de fatores particulares de idade, sexo, disponibilidade de tempo, crenças pessoais, entre outros, que influenciam o comportamento do indivíduo para continuar na prática (MARTINS; PETROSKI, 2000).

Quando o indivíduo identifica viabilidade para praticar atividades físicas, classifica-se como fatores facilitadores, já o oposto disso, a maior percepção de limites ou dificuldades, classifica-se como barreiras para prática de atividades físicas (MARTINS; PETROSKI, 2000). Neste sentido, as barreiras percebidas para a prática de atividades físicas por idosos vem sendo discutida pela literatura, na busca da solução destas limitações para facilitar a mudança para um estilo de vida mais ativo (CASSOU *et al.* 2008; SOUZA; MACIEL, 2010; MATSUDO *et al.*, 2001; VENDRUSCULO, 2010;)

O não conhecimento das barreiras para a realização de atividades físicas por idosos gerou a problemática desta pesquisa. Ademais, torna-se relevante identificar aspectos como a autopercepção da saúde e os níveis de atividade física, pois ainda não se tem conhecimentos deste dados da população idosa de Campo Grande – MS. Este estudo busca identificar tais aspectos para impulsionar soluções viáveis contribuindo para a esfera governamental aprimorar as políticas públicas de atendimento ao idoso vigentes no município.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), dentre as garantias citadas no artigo 3º da lei 10741, à cultura do lazer e do esporte são apontados como instrumentos de consolidação da sua cidadania. Deve-se levar em consideração o entendimento de lazer que, segundo Gomes (2014, p. 6) “está condicionado ao trabalho e aos usos do tempo livre, o que em contextos urbanos e industrializados, são fortemente marcados pela fragmentação do tempo e do espaço”.

Contextualizando a atividade física em suas dimensões, Zaitune *et al.* (2007) caracterizam-na como atividades físicas laborais, de deslocamento (utilizando bicicleta ou à pé), de âmbito doméstico e de lazer. Afirmam que as atividades físicas de lazer são resultantes do tempo livre, entendido como o tempo utilizado para fins diferentes das obrigações laborais e domésticas, contemplando tempo para prática relacionadas a esportes, exercícios físicos e outros (ZAITUNE *et al.* 2007).

Marcelino, Barbosa e Mariano (2006) entendem o lazer como cultura social, ocupando o tempo disponível do indivíduo, buscando satisfazer-se pelo próprio benefício da atividade. Além disso, menciona os espaços e os equipamentos de lazer como reflexo da urbanização e crescimento da população. Neste aspecto, ainda segundo estes autores, o lazer passa a ser um bem adquirido, em termos de posse, diante dos centros de consumo como parques, praças, cinemas, espaços de convivência social de maneira geral.

Na cidade de Campo Grande - MS existem projetos e instituições de atenção ao idoso, que promovem, principalmente, atividades de lazer. Dentre estas instituições podemos citar as públicas, conhecidas como Centro de Convivência do Idoso (CCI) e Centro de Múltiplas Referências de Convivência do Idoso (CMRCI), distribuídas pelos bairros da cidade (CAMPO GRANDE, 2016).

A população campo-grandense, segundo a Agência Municipal de Planejamento Urbano – PLANURB (2017), atingiu o número de 786.797 pessoas no Censo Demográfico de 2010. A cidade obteve crescimento populacional de 123.176 pessoas do ano 2000 para 2010. Neste arquivo ainda consta que 98,66% da população vive em área urbana, e 1,34% vive na zona rural, em 2010, concluindo que a cada 100 pessoas do Estado, 32 delas vivem Campo Grande. A proporção entre homens e mulheres se dá para cada 100 mulheres que habitam Campo Grande, existem 94,05 homens, gerando um excedente de 24.131 mulheres.

Ainda segundo a PLANURB (2017), a população potencialmente ativa corresponde a faixa etária de 15 a 64 anos, resultando em 70,67% da população campo-grandense. Considerando esta população potencialmente ativa, e a relação de peso sobre a quantidade de pessoas entre 0 e 14 anos, e pessoas com 65 anos ou mais, a agência afirma que a pirâmide etária da cidade passa por um estreitamento na base da pirâmide.

A Coordenadoria de Estatísticas Vitais - CEVITAL apresentou um Boletim Epidemiológico com informações referentes a natalidade e mortalidade dos indivíduos residentes em Campo Grande. Este documento aponta que em 2016 a taxa de Mortalidade era de 6,4 mortes por 100 habitantes. A relação causal está de acordo com a brasileira, onde as mortes por doenças crônico-degenerativas são superiores as doenças infecciosas (CAMPO GRANDE, 2017). Na figura 1 encontram-se apresentadas as principais causas de morte em diferentes faixas etárias.

Figura 1 – Principais causas de morte segundo grupo etário, Campo Grande – 2016

	CRIANÇA 0 a 9a	ADOLESCENTE 10 a 19a	JOVEM 20 a 29a	ADULTO 30 a 59a	IDOSO 60a e +	TOTAL
1ª	Afecções Perinatais	Causas Externas	Causas Externas	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças do Aparelho Circulatório
2ª	Anomalias Congênitas	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
3ª	Causas Externas	Doenças do Sistema Nervoso	Doenças do Aparelho Circulatório	Causas Externas	Doenças do Aparelho Respiratório	Doenças do Aparelho Respiratório
4ª	Doenças do Sistema Nervoso	Doenças do Aparelho Circulatório	Infecciosas e Parasitárias	Infecciosas e Parasitárias	Doenças do Aparelho Digestivo	Causas Externas
5ª	Neoplasias	Doenças do Aparelho Respiratório	Doenças do Aparelho Respiratório	Doenças do Aparelho Digestivo	Endócrinas e Nutricionais	Doenças do Aparelho Digestivo

Fonte: SIM/CEVITAL/SVS/SESAU

Na população de maneira geral considerando todas as idades, as doenças asquêmicas do coração tais como o Infarto Agudo do Miocárdio, e doenças cerebrovasculares como o Acidente Vascular Encefálico foram as mais relatadas nas causas de mortalidade. As neoplasias foram as segundas colocadas, correspondendo a 17,5%. Na análise causal por sexo, para as mulheres a principal causa foi o câncer de mama e para os homens o câncer de pulmão e brônquios, e cânceres de cólon e estômago foram os terceiros mais relatados. O Boletim CEVITAL (CAMPO GRANDE, 2017) contribui para este estudo quando relatou que a

principal causa de morte na população com 60 anos ou mais foram as Doenças do Aparelho Circulatório, um total de 29% dos óbitos.

2.1 Envelhecimento e saúde

Na perspectiva cronológica e conforme a lei que vigora no Brasil, o idoso possui 60 anos ou mais de idade. É assegurado a eles a gratuidade de determinados tipos de serviço além de sistema preferencial em diversas instituições, conforme a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), grande parte da população mundial possui expectativa de vida de 60 anos ou mais. Em países de terceiro mundo, a implicação no aumento da população de pessoas nesta faixa etária, reflete acelerado ritmo de envelhecimento populacional global, destacando que o envelhecer com saúde não significa envelhecer “sem doença”, que esta questão vai muito além.

Diversos autores comentam o envelhecimento e discorrem sobre teorias diversas. Para Teixeira e Guariento (2010) em uma revisão integrativa, tais teorias classificam-se em programadas e estocásticas, sendo que a primeira refere-se a uma programação dos “relógios biológicos” passando pelo crescimento até a morte, e a segunda explica os fatores agravantes às células e moléculas, e a progressão aleatória dos danos causados a elas.

Destacam-se, também, as teorias evolutiva, molecular-celular e sistêmica, apresentadas por Weinert e Timiras (2003). A teoria evolutiva inclui: o acúmulo de mutações, a pleiotropia antagonista e a soma descartável. Na teoria molecular-celular há: erro-catastrófico, mutações somáticas, senescência celular/telômeros, radicais livres/DNA, glicolização (AGE)/ligações cruzadas e morte celular. Na teoria sistêmica contempla: neuroendócrina, neuroendócrina-imunológica, ritmo/velocidade de vida (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

A revisão de Schneider e Irigaray (2008), aborda o envelhecimento no ponto de vista biológico, e acrescenta aspectos cronológicos, psicológicos e sociais. Os autores reforçam a relação idade e indivíduo, abrangendo a perspectiva social como uma das principais determinantes da idade da velhice.

Das definições importantes relatadas no artigo podemos citar a classificação para as pessoas idosas:

O termo idoso jovem geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 586).

Outras análises apresentadas pelos autores Schneider e Irigaray (2008), buscam esmiuçar os diferentes pontos de vista do envelhecimento na perspectiva social e discorrem sobre: as imagens da velhice, o “nome” da velhice, as idades da velhice que podem ser a idade cronológica, a idade biológica, a idade social e a idade psicológica.

Os fatores que permeiam a imagem da velhice, segundo os mesmos autores, seja positiva (melhor ligada à cultura oriental) ou negativa (ligada à percepção ocidental), inclui seus estereótipos e o culto contemporâneo para a juventude, o novo e o produtivo, significando que quem não se encaixa ou não possui estes atributos está ultrapassado ou perdeu sua utilidade social. A utilização de um nome para a velhice implica diversos termos e interpretações que podem ou não conter preconceitos e modos de depreciação da pessoa idosa e de negação do processo de envelhecimento. As idades da velhice buscam, a partir da visão da sociedade sobre o tema, delimitar onde começa o envelhecimento, porém sabe-se que o envelhecimento é multifatorial, e como já explicado, não é exato (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A idade cronológica, segundo Schneider e Irigaray (2008), expressa o tempo de vida desde o nascimento, mas pode ser diferente da idade biológica do indivíduo. A idade biológica refere-se às mudanças do corpo e da mente, durante a vida humana, atingindo mudanças na estatura, pele, visão, audição entre outros.

A idade social corresponde aos atributos da sociedade e cultura do indivíduo com cronológica do mesmo, podendo ser marcada pela aposentadoria ou não, visto que existem idosos que usam a aposentadoria como uma passagem para um novo estilo de vida ativo ou de realização pessoal (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A idade psicológica possui dois caminhos: de capacidade de aprendizagem, percepção e memória, e o segundo, diz respeito a uma autocrítica subjetiva em

relação à presença dos diversos marcadores da velhice com os de outros indivíduos da mesma idade cronológica e social (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Na perspectiva fisiológica, Pedrinelli *et al.* (2009) apontam que o envelhecimento acarreta alterações na massa muscular e consequente diminuição de força máxima. Discorrem também, sobre a substituição das proteínas contráteis por lipídios na estrutura celular. Ademais, há declínio da força isométrica e potência muscular. Esta, por sua vez, diminui a velocidade de contração muscular, alterando a manutenção postural e aumentando o risco de quedas.

Os autores explanam sobre o declínio sináptico que compromete a sinalização do sistema nervoso para regiões articulares danificadas, o diâmetro e o número das unidades motoras causando perda na força muscular. Já a manutenção da quantidade e absorção de água pelo organismo leva a uma maior rigidez nas articulações e consequentemente menor absorção de impactos articulares. A propriocepção também declina e pode gerar subsequente desenvolvimento de osteoartrose. Existe também um potencial enrijecimento das articulações que tornam-se mais facilmente rompíveis e propensas a rupturas parciais ou totais. Por fim, os autores apontam para a perda óssea e possível osteoporose decorrente da diminuição da atividade dos osteoblastos (PEDRINELLI *et al.*, 2009).

A garantia de um envelhecimento saudável depende de comportamento saudável durante a vida, visto que, as principais causas de mortalidade nessa faixa da população correspondem às doenças crônicas e degenerativas. Portanto, a esfera pública de atendimento à saúde deverá estar de prontidão para atender a uma maior demanda de idosos acometidos por estas enfermidades, e com as estruturas necessárias para tratar tais doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

No contexto brasileiro as políticas que visam o idoso devem transpassar a preocupação biológica e de saúde, de previdência social e de seus respectivos serviços. Desmitificar o perfil “típico” do idoso caracterizado como alguém que não possui utilidade, portanto, visto como descartável, ultrapassado, dependente, sem funcionalidade. Muitas pessoas idosas podem manter suas atividades mentais e funcionais preservadas equivalendo-se às pessoas jovens, devido a diversos fatores: herança genética, hábitos de vida, alimentação, dentre outros. A premissa de que o idoso não consegue locomover-se, vestir-se, alimentar-se, manter cuidados de higiene, com mesmo vigor da vida adulta já pode ser vista com outros olhos em

diversos ambientes onde este sujeito se encontra, seja trabalhando, estudando, enfim, participando ativamente na sociedade (BRASIL, 2016).

Segundo Minayo (2011), a população idosa brasileira atingiu o número de 22 milhões de pessoas em 2009, superando a marca de países desenvolvidos na Europa, por exemplo, seguida de uma expectativa de vida aumentada em quase 48% para pessoa com 60 a 69 anos. Atualmente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontou um aumento de 4,8 milhões (18%) no número de idosos em 2012, que em 2017 chegou a 30,2 milhões de pessoas. Acrescenta ainda que as mulheres totalizam 16,9 milhões (56% do total) e homens 13,3 milhões de pessoas (44% do total) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Ainda segundo a autora “85% dos idosos brasileiros são ativos e produtivos, mesmo quando vivenciam algum problema de saúde”, portanto, este dado confronta as imagens do idoso frente à sociedade já mencionadas anteriormente (MINAYO, 2011, p. 8).

Na perspectiva legislativa sobre o envelhecimento, Rozendo e Justo (2011) comentam que na década de 80 a preocupação com a população idosa era secundária e restrita aos familiares e casas de assistência ou reclusão do idoso. A aposentadoria foi o passo inicial da esfera governamental em relação ao trato com os idosos, problemáticas que partiram da esfera privada para a esfera pública.

Ainda no âmbito legislativo, o surgimento das políticas destinadas aos idosos – Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso – estipularam o devido tratamento e agregaram direitos para esta população. Sustentando esta conjuntura, percebemos que “o discurso legal traz consigo um conjunto de simbologias, imagens, ideais e valores sobre o envelhecimento, orientando também noções, concepções, representações, tratamentos e afetos dirigidos aos mais velhos” (ROZENDO; JUSTO, 2011, p. 37).

Outro fator social relacionado ao envelhecimento foi abordado por Coutrim (2006) no trato da estrutura familiar contemporânea, que coloca o idoso como responsável financeiro principal ou intermediário de sua casa. O idoso ativo, com boas condições de saúde e que também abriga filhos divorciados junto aos netos, ou filhos que são pais e mães solteiros, por exemplo, vê-se na condição de mantenedor do lar:

percebe-se que, permanecendo como chefe de domicílio, seja devido ao desemprego dos filhos ou à insuficiência da pensão ou aposentadoria para

arcar com o orçamento doméstico, os idosos têm buscado no mercado informal (porque enquanto aposentados raramente são admitidos no mercado formal) uma forma de complementar os ganhos. (COUTRIM, 2006, p. 369).

Nesta perspectiva, ser o chefe da família, o responsável financeiro, aumentar a sensação de utilidade perante os familiares, influenciando nas decisões financeiras diárias da mesma, contribui para autovalorização da moral pelos idosos (COUTRIM, 2006). Pode-se associar a este discurso uma imagem positiva para a velhice, desmistificando estereótipos impostos pela sociedade como já apresentado anteriormente por Schneider e Irigaray (2008), assim como a participação ativa na sociedade, abordada por Minayo (2008).

Silva *et al.* (2011) discorreram sobre o estilo de vida e a autoestima de idosos. Ambos os tópicos se relacionam com a vida humana pois podem expressar uma fase final do ciclo de vida do indivíduo de maneira positiva ou vista como “saudável”. A autoestima pode interferir nas relações comportamentais alterando a forma de viver – com confiança, com medos ou inseguranças - e encarar a vida. Cuidar de si mesmo, buscando saúde e tratamento de doenças, almejando uma longevidade bem sucedida, depende de como este sujeito levou a vida na fase anterior ao envelhecimento, sendo que estas fases não são cronologicamente mensuráveis.

Lopes *et al.* (2014) contribuem com perspectivas do envelhecimento de acordo com os próprios idosos. Analisaram as falas de mulheres longevas (80 anos ou mais) ativas e inativas fisicamente, percebendo que os aspectos relacionados à saúde são cruciais, implicando limitações por enfermidades, envelhecendo de formas diferenciadas e de maneira mais ativa. Para as idosas longevas da pesquisa destes autores, é necessário aplicar diferentes modos de contornar as dificuldades resultantes da idade, as enfermidades, fatores do ambiente e sociedade a qual pertencem em busca de saúde.

De acordo com a referida pesquisa, a sociedade deve possibilitar aos longevos, auxílio para que mantenham o domínio de suas próprias vidas, sendo capazes de administrar seus destinos, seus momentos de convívio, de trabalho, de lazer e de práticas de atividades físicas, visando melhorias na saúde e nos agravos que as acometerem (LOPES *et al.*, 2014).

2.2 Práticas de atividade física e de lazer

Maciel (2010), ao discutir os temas atividade física e exercício físico, aponta definições peculiares de cada termo. A atividade física compreende movimentos do corpo produzidos pela estrutura músculo-esquelética, com consequente gasto calórico e acima dos níveis de repouso, exemplificando com a caminhada, o subir e descer escadas, etc. Já os exercícios físicos, envolvem atividades organizadas, sistemáticas e de repetição, no intuito de manter ou obter maiores níveis de aptidão física.

A aptidão física por sua vez, possui o aspecto de manutenção da saúde, onde os fatores força e resistência muscular, flexibilidade e condicionamento aeróbico são desenvolvidos para combater possíveis agravos biológicos; e o aspecto performático, onde são desenvolvidas habilidades específicas, direcionadas principalmente ao esporte, podendo citar a agilidade, equilíbrio, coordenação motora, tempo de reação, dentre outros (MACIEL, 2010).

Para a promoção de atividades físicas para manutenção da saúde da população, inicialmente, deve-se disseminar a informação sobre os benefícios da mesma na saúde. Nesse sentido, diversos programas de atividades físicas foram oferecidos para a população, tanto no Brasil quanto no exterior, onde estas informações foram amplamente difundidas, podendo citar o evento Programa de Promoção da Atividade Física: Agita São Paulo, realizado na região metropolitana e interior do estado (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Outro fator apontado pelos autores, diz respeito ao tipo ideal de atividade física a ser prescrito para a população idosa. Inicialmente, as atividades físicas devem visar a manutenção da funcionalidade do idoso e desenvolver as capacidades de força muscular, equilíbrio, capacidade aeróbica, movimentação corporal global e a mudança do estilo de vida de maneira geral (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

A capacidade funcional, segundo d'Orsi *et al.* (2011), é multifatorial e depende dos níveis de autonomia, de independência, sócio-econômico e cognitivo. A incapacidade funcional significa o nível de dificuldade em realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), que possui duas derivações: atividades diárias de manutenção corporal e pessoal (AVDP) e atividades diárias de convívio independente e de instrumentação (AVDI). Os autores comentam ainda que a incapacidade funcional

possa ser fator determinante para a mortalidade em idosos, principalmente os longevos, com 85 anos ou mais, superando os números em relação a possíveis patologias.

A mortalidade em idosos devido a doenças respiratórias ou cardíacas, apontadas por Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001) e d'Orsi *et al.* (2011), tem estreita relação e proporção quanto ao nível de atividade física desta população. Quanto maior o nível de atividade física menor o risco de morte por estas enfermidades.

Segundo as Diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM) para os Testes de Esforço e a sua Prescrição (TARANTO, 2010) a recomendação para praticar exercícios físicos em busca de maior condição de saúde está em 30 minutos diários, sejam eles acumulados ou distribuídos pelo dia. Partindo desta premissa, o estudo de revisão de Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001) explicam que independentemente do nível de conhecimento da informação sobre a prescrição apontada pelo Colégio Americano, pela população idosa pesquisada, não há indicativos de adesão para adoção de hábitos de exercícios físicos semanais. Os autores revelam ainda que na Europa e no Brasil a caminhada é o exercício físico mais praticado por idosos, seguido da jardinagem (mais comum para os europeus).

Ao analisar a caminhada como atividade mais recomendada, Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001, p. 5) detalham que:

A caminhada é com certeza a atividade física ideal para os indivíduos idosos que resulta em importantes efeitos benéficos para a saúde por ser uma atividade que sustenta o peso corporal e de baixo impacto, que pode ser feita em diferentes intensidades, em qualquer local, envolvendo grandes grupos musculares, contribuindo para aumentar o contato social, principalmente em grupos em risco de isolamento social, depressão e demência.

Krug *et al.* (2011) complementam estas assertivas em pesquisa realizada com idosos do projeto de atividades físicas da Universidade Estadual de Santa Catarina, campus Florianópolis, e apontou motivos relevantes para os idosos praticarem caminhada: a) a indicação médica, sendo recomendada a prática de qualquer AF pelo médico de confiança do indivíduo; b) os idosos praticantes de AF reconhecem os benefícios psicológicos e fisiológicos para a saúde; c) gosto pela caminhada, que gera motivação intrínseca em praticar AF e adesão à mesma; d) ter orientação do profissional de educação física, mediando que a AF seja realizada na regularidade,

na intensidade e na duração corretas; e) necessidade do idoso em realizar AF regularmente, devido aos diversos benefícios fisiológicos, ressaltando também, o gasto calórico semanal; f) motivação estética, buscando a beleza corporal; g) sociabilizar, mantendo ou adquirindo amizades; h) indicação do profissional de educação física, por sua influência pessoal e profissional.

Deste modo, considerando as condições sociais do Brasil como um país em desenvolvimento e com desiguais condições de distribuição de renda, a caminhada seria não só a mais recomendada como também a mais acessível para a população idosa, garantindo trabalho muscular e do aparelho cardiorrespiratório.

Na classificação dos tipos de atividade físicas Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001), explicam a atividade vigorosa como a que necessita de maior esforço corporal, exigindo maior esforço cardiovascular mais elevado que o normal enquanto que a atividade moderada requer algum esforço corporal contudo a exigência cardiovascular é apenas um pouco acima do habitual. Tais definições embasam um instrumento validado pela literatura o *International Physical Activity Questionnaires* (IPAQ), que pode apontar níveis de atividades físicas de uma população, incluindo os idosos.

Independentemente da atividade prescrita ou escolhida pelo idoso ou o local onde serão promovidas as atividades, o lazer será o envoltório da mesma, combinando fatores como manutenção da saúde, socialização, mudança do estilo de vida, enfim, buscando atingir a bem-estar desta população. Outros autores apontaram que a participação do idoso sugere uma “opção livre por experiências, que proporcionam satisfação pessoal, melhoria da qualidade de vida, um mínimo de estabilidade social e oportunidades para relações interpessoais” (FENALTI; SCHWARTZD, 2003, p. 133).

Salvador *et al.* (2009) apontam questões referentes ao meio ambiente e o lazer para idosos. Em seus estudos foram analisados diversos aspectos para a prática de atividades físicas e lazer por homens e mulheres, contabilizando: percepções de segurança, presença de quadras ou academias nas proximidades, morar próximo de agências bancárias, igrejas ou postos de saúde (10 minutos à pé para todos) e convite de amigos para praticar atividades físicas.

Conforme os fatores mencionados, os mesmos autores identificaram que a segurança pode ser o principal elemento para um aumento nas chances dos idosos se tornarem mais ativos. Neste sentido os autores relatam ainda que estes fatores

“estão associados com a prática de atividades físicas no lazer e devem ser considerados no planejamento de programas de promoção de atividades físicas para a população idosa” (SALVADOR *et al.*, 2009, p. 979).

Uma análise sobre o sedentarismo em programas de lazer de idosos foi feita por Zaitune *et al.* (2007). Neste trabalho realizado na cidade de Campinas, foi apontado um alto nível de sedentarismo, atingindo em maior número os idosos com baixo nível socioeconômico ou de baixa escolaridade, fumantes, sexo feminino e com um tipo de transtorno mental. Na discussão do tema percebeu-se a importância dos dados na relação com o estilo de vida, pois puderam analisar que as práticas de atividades físicas no lazer resultam de um estilo de vida ativo, e tais práticas podem ser oferecidas pelos serviços públicos.

Os mesmo autores correlacionaram o sedentarismo no lazer com desvios de ordem mental, porém explicam:

O desenho de estudo não permite o esclarecimento da relação de causa-efeito e a literatura traz relatos tanto apontando que o sedentarismo contribui para o risco de depressão, de ansiedade e de prejuízos para a saúde mental, assim como achados de maior prevalência de inatividade física entre pessoas com depressão autopercebida (ZAITUNE *et al.*, 2007, p.1335).

Os autores encerram a discussão apontando que as políticas públicas de qualidade de vida devem focar nos níveis socioeconômicos mais baixos, na tentativa de diminuir as desigualdades em informação e aquisição de hábitos de manutenção da qualidade de vida e de cuidados com a saúde (ZAITUNE *et al.*, 2007).

Gaspari e Schwartz (2005), analisaram a ressignificação do lazer para os idosos. Os autores explicam que independente dos campos sociais em que os idosos se inserem (parques, teatros, cinemas, restaurantes, família, entre outros) percebem-se capazes de modificar o seu quadro de exclusão, de incapacidade, de vulnerabilidade, entre outros, relacionados com a pessoa idosa. Ao participar de programas de atividade física para idosos eles consegue reinventar sua própria velhice, além de contornar dificuldades instauradas como o isolamento, depressão, baixa disposição, cansaço, etc.

Apesar da ressignificação do lazer elucidar o aspecto emocional para a prática e pertencimento de grupos de atividades físicas, autores como Cassou *et al.* (2008), Nascimento *et al.* (2008) e Eiras *et al.* (2010) apresentam as barreiras e fatores de adesão e manutenção dessas práticas.

Para Cassou *et al.* (2008) quando os elementos que influenciam as atividades físicas são negativos, nomeia-se como barreiras; quando estes elementos são positivos, denomina-se facilitadores. Os autores ainda apontam outras classificações para estes elementos, que correspondem aos aspectos de demografia e biologia, de expressão psicológica, cognitiva e emocional, do meio ambiente, de característica das atividades físicas e de comportamentos. Afirmam também que tais modelos estão intimamente ligados aos níveis socioeconômicos da população idosa.

Nascimento *et al.* (2008) relacionaram a diminuição das capacidades funcionais proporcionalmente a diminuição do nível de atividade física. A partir daí, em seus estudos, viu-se a queda no nível de atividades físicas pelos seguintes fatores: doença, ambiente, crenças-culturais, de personalidade, de motivação e autoeficácia.

Para Eiras *et al.* (2010) os fatores de adesão e manutenção para atividades físicas dizem respeito, principalmente, à promoção ou desenvolvimento da saúde física/biológica. Os dados mais relevantes associam-se em maior parte com a recomendação médica, seguido de, influência de amigos, vizinhos e parentes. Contudo, em outros momentos da pesquisa os autores mencionam que a população pesquisada também apontou a dimensão social, emocional e psicológico, neste último, seja pelo fator de desestresse ou de vigorosidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar idosos em relação às atividades físicas e as repercussões sobre sua saúde, na cidade de Campo Grande – MS.

3.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar a autopercepção de saúde dos idosos participantes;
- b) avaliar o tempo em atividades físicas vigorosas, moderadas, de caminhada e tempo sentado, da amostra pesquisada; e
- c) identificar as barreiras para a adesão aos programas de atividades físicas disponíveis.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa e qualitativa, realizada na cidade de Campo Grande, no período de junho a outubro de 2017, que incluiu os quatro Centros de Convivência de Idosos disponíveis atualmente.

4.2 Participantes da pesquisa

A pesquisa contou com 295 idosos participantes dos Centros de Convivência de Idosos de Campo Grande/MS, escolhidos ao acaso no momento da entrevista.

A amostra foi calculada a partir da totalidade de participantes dos Centros, considerando-se a distribuição normal e utilizando-se intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 0.5, conforme se vê na tabela 1. Foi utilizada a amostragem estratificada segundo população cadastrada em cada Centro de Convivência.

Tabela 1 – Distribuição de participantes dos Centros de Convivência de Idosos, Campo Grande, 2017

Centro de Convivência	População cadastrada	População atendida semanalmente	Amostra
CCI I: Jacques da Luz – Bairro Moreninha III	293	170	36
CCI II: Edmundo Scheuneman – Bairro Piratiniga	312	150	32
CCI III: Elias Lahdo – Bairro Monte Castelo	200	150	32
CCI IV: Vovó Ziza – Bairro Tiradentes	1500	800	195
Total		1270	295

Legenda: CCI = Centro de Convivência de Idosos

4.3 Fontes de dados e critérios de inclusão/exclusão

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com três blocos: o primeiro bloco indicou os fatores sociodemográficos dos idosos participantes dos Centro de Convivência do Idoso, e a percepção da saúde, que segundo Hartmann (2008) pode indicar a mortalidade e o risco na perda funcional. Para constatar esta informação, foi utilizada uma questão quantitativa apresentada da seguinte maneira:

“De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim”, onde apenas uma única resposta deveria ser assinalada pelo entrevistador. O segundo bloco refere-se ao tempo gasto em atividades físicas no seu dia a dia. Com base no Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta (MATSUDO *et al.*, 2001), instrumento já validado que abrange a atividade física nos aspectos: a) no trabalho; b) como meio de transporte; c) em casa (nas atividades do lar, com a família, por exemplo); d) na recreação, esportes e lazer; e) o tempo em que a pessoa passa em maior parte, sentada.

O terceiro diz respeito às dificuldades que o indivíduo encontra em executar qualquer tipo de atividade física. Consta de questionário para atender ao objetivo de averiguar as barreiras para atividade física, instrumento já validado por Martins e Petroski (2000), permite identificar motivos para a não prática de atividade física, apontando fatores que dificultam a prática de atividade física.

Todos os instrumentos foram testados previamente, buscando a adequação de alcance dos objetivos além da verificação da melhor compreensão possível pelos participantes pesquisados. Os dados foram coletados no período de junho a outubro de 2017.

Foram incluídos na pesquisa os participantes capazes de compreender, escutar, e responder com boa dicção, aos questionamentos realizados pela pesquisadora, independente das participações destes nas atividades oferecidas, forem atividades de cunho físico, manual, intelectual ou outras.

Foram excluídos os participantes que apresentaram dificuldade de compreensão, limitações motoras ou desordem de saúde mental e psicológica.

4.4 Organização e análise dos dados

Para a análise e processamento dos dados obtidos, foi elaborado um banco de dados para fins de organização e sistematização dos mesmos. Após estes procedimentos foi utilizada estatística descritiva.

As frequências de idosos das variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e autopercepção de saúde foram avaliadas segundo o nível de atividade física. O teste qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para comparar estas frequências.

A comparação do tempo médio gasto sentado foi realizada segundo as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e autopercepção de saúde. Esta comparação foi feita separadamente para o tempo médio sentado durante dias de semana (segunda a sexta-feira) e durante o final de semana. As análises do tempo médio sentado segundo sexo foram realizadas por meio do teste *t*-Student supondo variâncias diferentes (Welch Two Sample *t*-test). As demais comparações foram avaliadas pelo teste de Kruskal-Wallis, dado que as variâncias são diferentes (Bartlett test of homogeneity of variances).

O nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) foi adotado em todos os testes de hipóteses realizados. As análises foram conduzidas no software R versão 3.4.2 (R CORE TEAM, 2018).

Os dados referentes a autopercepção de saúde foram agrupados, onde as respostas “Excelente”, “Muito boa” e “Boa” foram consideradas com saldo positivo e as respostas “Regular” e “Ruim” considerados como saldo negativo para a percepção de saúde.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 2.038.080 de 28/04/2017 (Anexo E).

Anteriormente à entrevista, os idosos que aceitaram participar da pesquisa, foram informados sobre os objetivos, os aspectos metodológicos desta, em especial da ausência de riscos potenciais e ausência de possíveis benefícios da escolha em participar do estudo. Para todos os participantes foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que compreende o apêndice B, com linguagem pertinente ao público e assinado em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com o pesquisador.

Somente após a concordância em participar deste estudo, a compreensão da importância da veracidade das informações, que foram fornecidas, fez-se convite para assinarem o TCLE, prosseguido a coleta dos dados e utilizando os instrumentos pertinentes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características sociodemográficas dos participantes dos CCI e a autopercepção da saúde

Os dados da tabela 2 apontam as características dos participantes dos Centros de Convivência de Idosos quanto ao sexo, idade, níveis de escolaridade e autopercepção da saúde.

Tabela 2 – Características demográficas dos idosos participantes dos Centros de Convivência do Idoso de Campo Grande – MS em 2017 (n=295)

Características	Nº	%
Sexo		
Masculino	62	21,0
Feminino	233	79,0
Idade		
60-67	101	34,2
68-75	130	44,1
76-83	53	18,0
84-91	11	3,7
Escolaridade		
Sem escolaridade	23	7,8
Fun. Incompleto	153	51,9
Fun. Completo	24	8,1
E. M. Incompleto	8	2,7
E. M. Completo	41	13,9
S. Incompleto	6	2,0
S. Completo	40	13,6
Autopercepção da saúde		
Excelente	37	12,5
Muito boa	44	14,9
Boa	139	47,1
Regular	71	24,1
Ruim	4	1,4

Observando a tabela 2 pode-se perceber quanto ao sexo, houve uma diferença relevante na quantidade de mulheres participantes da pesquisa. Camarano (2002) em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, abordou a feminização da velhice e fatores relevantes para as políticas públicas. Dentre eles, a autora comenta que mulheres idosas vivem mais, porém, na maioria das vezes podem apresentar insuficiências de ordem física ou mental. Camarano (2002), discorre que a longevidade é predominante ao sexo feminino, e Piccoli *et al.* (2012), no Rio Grande

do Sul, contribui com estas assertivas, e acrescenta que em pesquisas realizadas com um grande número de pessoas longevas a quantidade de mulheres poderá ser superior a de homens.

Gutierrez Filho *et al.* (2014), em estudo realizado em Florianópolis, com idosos longevos e residentes em instituições de longa permanência, também apontaram dados que complementam as assertivas descritas, obtendo uma quantidade maior de mulheres idosas participantes em sua pesquisa.

Em relação a idade, podemos ver que a amostra abrangeu homens e mulheres, em sua maior parte, vistos como idosos jovens. Segundo Schneider e Irigaray (2008), esta classificação abrange idosos com até os 74 anos de idade. Os idosos velhos, com idade entre 75 e 84 anos, e idosos mais velhos, com 85 anos ou mais, compreenderam menor quantidade da amostra.

A idade foi abordada por Souza e Vendrusculo (2010) em pesquisa realizada na Universidade Federal do Paraná. Os idosos comentaram que fazer atividade física com pessoas da mesma idade provoca maior sensação de liberdade para ser a pessoa que quiserem ser, para se expressarem. Possuir as mesmas limitações físicas ou de saúde, torna a adesão para um programa de atividade física muito mais interessante, pois permite que o idoso não fique sempre cara a cara com suas dificuldades, evitando constrangimentos ou mágoas.

Quanto a escolaridade, podemos perceber que mais da metade da amostra (total de 51,9%) apresenta-se com ensino fundamental incompleto. A escolaridade foi discutida por Santos e Ribeiro (2011) em estudo realizado com mulheres idosas de Maceió. Os autores explanam que a escolaridade expressa importantes fatores demográficos de uma população, o econômico e o social, e que estes podem indicar a qualidade de vida e a duração de vida do povo brasileiro.

Associando a escolaridade com a atividade física, Madeira (2013) em pesquisa realizada em 23 estados brasileiros, analisou a relação dos níveis de atividade física com o aspecto deslocamento ativo (o ir e vir andando a pé ou de bicicleta) de adultos e idosos. Constatou-se que o deslocamento ativo foi diretamente proporcional a escolaridade.

Florindo *et alt* (2009), analisaram parte da população brasileira nas capitais e Distrito Federal e com idades variadas. Explanaram que os indivíduos com maior escolaridade apresentaram menor deslocamento ativo, no trabalho e em atividades pesadas em casa, exceto para o aspecto do lazer, com resultado positivo na relação

escolaridade e prática de atividade física. Portanto, o nível de atividade física pode não estar diretamente associado a escolaridade, variando conforme a distribuição da população no local e região pesquisados.

Quanto a autopercepção da saúde, destaca-se baixa porcentagem (total de 25,5%) da amostra para respostas “regular” ou “ruim”, dado considerado relevante ao avaliar as condições de saúde de idosos. Para este estudo a percepção de saúde foi mensurada em aspecto geral, sem aprofundamento no entendimento de saúde da pessoa entrevistada.

Este indicador da saúde segundo Alves e Rodrigues (2005), é considerado confiável e contempla a saúde corporal, emocional e cognitiva. Os autores discutiram os fatores determinantes para a autopercepção da saúde em São Paulo. Perceberam uma relação da autopercepção de saúde com a taxa de mortalidade, apontando que quando se considera a sua saúde negativamente os riscos de mortalidade serão positivos, independente da causa de morte.

Hartmann (2008) em estudo realizado em Porto Alegre, confrontou a autopercepção de saúde com os fatores sexo e idade. Para Hartmann deve-se observar que este indicador difere para as mulheres idosas, repercutindo em maior parte como negativo, já que elas apresentam maior expectativa de vida e maior convívio com enfermidades e com perdas funcionais por mais tempo. Para as idosas este resultado não significa alto risco para mortalidade em curto prazo. Em homens idosos, por sua vez, quando este indicador obtém resultado negativo o risco de morte aumenta para curto prazo de tempo. Contudo, quando os autores analisaram as respostas negativas das idosas em relação a sua saúde, perceberam que a autopercepção para elas pode estar indicando um outro medidor de saúde, a qualidade de vida.

Santos e Ribeiro (2011), em Maceió, região nordeste, encontraram maior porcentagem de idosos com autopercepção da saúde “regular”. Estes dados contrastam com a Tabela 2, indicando provável diferença regional para as condições de saúde de idosos. Do ponto de vista local, os idosos em Campo Grande – MS avaliam positivamente a sua saúde.

5.2 Participação nas atividades físicas vigorosas e moderadas e caminhada, nos CCI

Os dados da Tabela 3 indicam as atividades físicas vigorosas (AFVig) realizadas pelos idosos de cada Centro de Convivência.

Tabela 3 – Realização de atividades físicas vigorosas (AFVig), por Centro de Convivência do Idoso de Campo Grande – MS em 2017 (n=295)

Centro de convivência de Idosos	Nº	Média de dias em que realiza AFVig na semana	Tempo médio gasto (minutos)
CCI I	27	2,67	139
CCI II	21	2,29	141
CCI III	11	1,27	272
CCI IV	88	2,58	131
Não realizam	148	-	-
Total	295	2,46	145

Legenda: AFVig = Atividade Física Vigorosa CCI = Centro de Convivência de Idosos

A quantidade de idosos que não realiza atividades vigorosas destaca-se como relevante por corresponder a mais da metade da amostra (total de 50,2%). Considerando a diferença no total de idosos entrevistados em cada CCI, podemos perceber que o CCI III apresentou menor número de idosos que realizam atividades físicas vigorosas na semana, em relação ao número amostral deste CCI (n=32). A média de dias em que realizam estas atividades também foi a menor em comparação aos outros, porém a quantidade média de tempo em execução deste tipo de AF foi a maior.

Salvador *et al.* (2009) discutiram a atividade física no lazer com idosos no estado de São Paulo. Perceberam que as chances dos idosos praticarem os 60 minutos de atividade física vigorosa no lazer (ou 150 minutos das atividades moderadas) recomendados podem estar ligadas com a disponibilidade de espaços públicos de lazer, de agências bancárias e templos religiosos. Pode ser que os CC em Campo Grande-MS sejam eficientes na promoção deste tipo de atividade, contribuindo para um estilo de vida ativo. Na Tabela 3 constata-se este dado permitindo acreditar que, em média, os idosos participantes de todos os CC realizam a quantidade de AFVig recomendada.

Matsudo *et al.* (2001) consideraram como ideal para a realização de atividades físicas vigorosas três sessões de atividades por pelo menos 20 minutos contínuos em uma semana. Analisando-se a média de dias em que os idosos de cada CC disseram realizar de AFVig, há saldo positivo da média em minutos de atividades e indo além do recomendado. Apesar da versão curta do IPAQ não especificar as atividades realizadas, acredita-se que este dado está associado com as atividades intensas realizadas em casa como faxinas, limpezas ou com os esportes oferecidos pelas instituições. Contudo, a percepção de esforço de cada atividade não foi mensurada individualmente ou em grupo, fator que pode ser limitante para este estudo.

A média de dias e tempo médio gasto na realização de atividades físicas moderadas, encontram-se apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Realização de atividade físicas moderadas (AFMod), por Centro de Convivência do Idoso de Campo Grande – MS em 2017 (n=295)

Centro de convivência de Idosos	Nº	Média de dias em que realiza AFMod na semana	Tempo médio gasto (minutos)
CCI I	34	4,56	198
CCI II	33	5,27	183
CCI III	33	5,21	199
CCI IV	186	4,38	169
Não realizam	9	-	-
Total	295	4,60	178

Legenda: AFMod = Atividade Física Moderada CCI = Centro de Convivência de Idosos

As atividades físicas moderadas (AFMod) são realizadas por praticamente todos os idosos da amostra. A população pesquisada, que não realiza AFMod, não foi questionada sobre os motivos da não realização das mesmas.

As atividades moderadas são recomendadas por Taranto (2010) em pelo menos 2 dias na semana com duração mínima de 10 minutos contínuos acumulando um total de 30 minutos diários. No presente estudo verifica-se que os idosos superaram o estipulado, tanto em dias quanto em minutos por semana.

Zaitune *et al.* (2010), ao pesquisarem áreas diversas da cidade de São Paulo, identificaram frequência de ativos e insuficientemente ativos, associando as informações com diversos dados sociodemográficos. Os autores, para classificar os idosos como sedentários, consideraram os que não realizaram nenhuma atividade

física por 10 minutos contínuos na semana; os insuficientemente ativos, foram os que realizaram algum tipo de atividade física com a duração mínima recomendada porém pouco suficiente; os idosos ativos, foram os que realizaram uma quantidade de 3 ou mais dias as atividades vigorosas por 20 minutos ao dia ou, 5 dias na semana, realizaram atividades moderadas e caminhada com duração de 30 minutos por dia. Na categoria ativo, puderam ainda ser considerados quem realizou qualquer combinação das atividades citadas por 150 minutos somados na semana.

Os mesmos autores, observaram prevalência de idoso ativos, assim como os dados do presente estudo. Na mesma pesquisa as mulheres mostraram-se mais ativas, frequência relativa de 78,5% e para os homens 67,7%; no entanto, em relação a atividades de lazer, os homens apresentaram resultados mais significativos 32,3% e as mulheres 25,7%.

Freitas *et al.* (2014) utilizaram proposta metodológica diferente, verificaram em Santa Maria-RS além do nível de atividade física de idosos e idosas ativos e insuficientemente ativos, analisaram também a qualidade de vida através de outros instrumentos específicos. Contudo, na utilização do IPAQ obtiveram resultados semelhantes ao da presente pesquisa, alcançando quase o dobro do recomendado, variando em um número máximo de minutos de 329,17 e o mínimo de 151,50 para o grupo de idosos ativos, enquanto que o grupo de insuficientemente ativos alcançaram o máximo em minutos variando de 67,45 e mínimo de 67,17.

A média de dias e tempo médio gasto na realização de caminhada, encontram-se apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Média de dias em que realizaram caminhada durante a semana, por Centro de Convivência do Idoso de Campo Grande – MS em 2017 (n=295)

Centro de convivência de Idosos	Nº	Média de dias de caminhada semanal	Tempo médio gasto (minutos)
CCI I	33	5,57	128
CCI II	31	5,38	81
CCI III	28	5,71	83
CCI IV	142	4,61	66
Não realizam	61	-	-
Total	295	5,31	89,5

Legenda: CCI = Centro de Convivência de Idosos

A caminhada é a atividade física menos realizada em relação ao dispêndio de tempo em minutos. Considerando as recomendações dispostas nas diretrizes do Colégio Americano de Medicina do Esporte (TARANTO, 2010) que considera três sessões ou dias de atividade física por semana com 150 minutos somados, podemos perceber que em relação a quantidade de dias, todos os participantes do CC podem ser considerados ativos. Contudo, quanto a somatória de minutos por semana, nenhum dos grupo atingiu a quantidade recomendada.

Em estudo elaborado Zaitune *et al.* (2007), na cidade de Campinas-SP, a caminhada foi a atividade mais realizada, apresentando uma frequência de 23,5% de realização pelos idosos, contrariando os dados dos idosos em Campo Grande-MS.

A caminhada é uma das atividades aeróbicas mais recomendadas para idosos por possuir baixo fator de impacto. A literatura aponta diversos benefícios desta atividade ligados a melhora da capacidade cardiovascular. No entanto, visando o desenvolvimento global do indivíduo idoso, também deve ser incorporado o treinamento resistido para potencializar a manutenção da massa muscular, que conseqüentemente está associada a força muscular. De modo geral, a prática de atividades aeróbicas e de resistência muscular, incluindo ainda exercícios de flexibilidade e equilíbrio, favorecem a manutenção do humor, contribuem para melhora na mineralização óssea, a homeostase da glicose no sangue, diminuição do risco de quedas e maior qualidade de vida do praticante (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Lopes *et al.* (2014), em pesquisa realizada em Florianópolis-SC, analisaram o envelhecimento para idosas longevas. Em seus achados perceberam que a caminhada possui significado complexo, a idosas sentem-se realizadas ao conseguirem executar esta atividade, percebem-se mais ativas e sentem-se felizes com a prática.

Da Silva *et al.* (2011) analisaram, em Jequié-BA, o estilo de vida e a auto estima da pessoa idosa praticante de atividade física. Comentaram que em relação a caminhada, os benefícios à saúde já foram discutidos na literatura. Vale destacar a relação da caminhada com o bem-estar na realização da atividade. Apenas quando relacionada com ocorrência de dor física esta atividade não foi mencionada como favorita pelos participantes do programa de atividade física. Deste modo, a resposta para a baixa realização em minutos da caminhada, para a presente pesquisa, pode

estar relacionada com possíveis ocorrências de algum tipo de limitações físicas na amostra pesquisada, percebido na análise de barreiras para atividade física pelos idosos que será discutida adiante.

Outra etapa da análise dos dados relacionou os tipos de atividade físicas realizados pelo grupo amostral. Os dados constatados correspondem as tabelas 6, 7, 8 e 9. Na tabela 6 foram correlacionados os indivíduos por sexo e tipo de atividade física.

Tabela 6 – Número de indivíduos segundo sexo por tipo de atividade física realizada

Tipo de atividade	Sexo		χ^2	p-valor
	Masculino	Feminino		
AFvig	25	120	60,94	< 0,001
AFmod	58	228	99,86	< 0,001
Caminhada	47	188	83,40	< 0,001

Nota: teste qui-quadrado (χ^2) com correção de Yates e 1 grau de liberdade. Legenda: AFvig=atividade física vigorosa; AFmod=atividade física moderada

Verificando a tabela 6 e o valor de p obtido, rejeita-se a hipótese nula de igualdade de proporção entre homens e mulheres segundo os diferentes tipos de atividade física e aceita-se a hipótese alternativa. Pode-se dizer que a prática de atividade física (seja AFvig, AFmod ou Caminhada) é maior para um dos sexos (neste caso, as mulheres), portanto as mulheres realizam mais atividade física (seja AFvig, AFmod ou Caminhada) do que os homens na amostra.

Na revisão de Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001) fica evidente a importância da regularidade em atividades físicas para mulheres após a menopausa. Foi constatado um menor risco de morte por doenças cardiorrespiratórias, e ainda este risco foi menor quando o nível de atividade física era mais elevado. Portanto, o comportamento mais ativo das mulheres idosas pode contribuir na manutenção da saúde das mesmas, contrapondo ao comportamento dos homens idosos.

Tabela 7 – Indivíduos segundo idade por tipo de atividade física realizada

Tipo de atividade	Faixa Etária				χ^2	p-valor
	60-67	68-75	76-83	84-91		
AFvig	60	65	20	2	76,92	< 0,001
AFmod	99	127	50	10	113,02	< 0,001
Caminhada	86	102	38	8	96,05	< 0,001

Nota: teste qui-quadrado (χ^2) com 3 graus de liberdade. Legenda: AFvig=atividade física vigorosa; AFmod=atividade física moderada

Considerando-se o valor de p expresso na tabela 7, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa. Deste modo, a prática de atividade física (seja AFvig, AFmod ou Caminhada) difere segundo as faixas etárias. Portanto, descritivamente, os idosos mais jovens (neste caso, entre 60-67 anos e 68-75 anos) realizam mais atividade física (seja AFvig, AFmod ou Caminhada) do que os idosos mais velhos (neste caso, entre 76-83 anos e 84-91 anos).

Neste aspecto, Schneider e Irigaray (2008) ressaltam a classificação das idades em comparação ao ambiente físico e social em que o idoso se encontra. Dentro da classificação funcional das idades, pode ser que para o ambiente dos CCI, os idosos mais jovens apresentem maior capacidade funcional e, portanto praticam mais atividades físicas que os longevos.

Para Lourenço (2011) a incapacidade funcional que pode acometer idosos longevos aumenta o risco de queda devido à falta de estabilidade postural, declínio da marcha e perda de equilíbrio. Após uma queda, o idoso pode sentir medo ao realizar atividade física em espaço diferente ao da sua residência por exemplo, portanto pratica menos atividades físicas de vida diária que poderiam refletir nas atividades de lazer. Assim sendo o ambiente de lazer deve atender as necessidades específicas para o idoso longevo, buscando atingir a recomendação para prática de cada tipo de atividade física.

Tabela 8 – Número de indivíduos segundo escolaridade por tipo de atividade física realizada

Tipo de atividade	Escolaridade							χ^2	p-valor
	F. C.	F. I.	M. C.	M. I.	S. C.	S. I.	S. E.		
AFvig	15	70	21	6	23	3	9	149,24	< 0,001
AFmod	24	148	40	8	40	5	21	355,50	< 0,001
Caminhada	21	122	34	5	29	4	19	296,21	< 0,001

Nota: teste qui-quadrado (χ^2) com 6 graus de liberdade. Legenda: AFvig=atividade física vigorosa; AFmod=atividade física moderada; F.C.=ensino fundamental completo; F.I.=ensino fundamental incompleto; M.C.=ensino médio completo; M.I.=ensino médio incompleto; S.C=ensino superior completo; S.I.=ensino superior incompleto; S.E.=sem escolaridade

Na tabela 8, considerando-se o valor de p , rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa. Pode-se dizer que a quantidade de idosos praticantes de AF (seja AFvig, AFmod ou Caminhada) difere segundo o nível de escolaridade. Portanto, descritivamente, indivíduos com os níveis F.C., F.I., e M.C. de escolaridade

apresentaram maior número de idosos praticantes de atividade física (seja AFvig, AFmod ou Caminhada).

Lima-Costa (2004) encontrou dados adversos, onde os idosos com níveis mais baixos de escolaridade eram mais sedentários. Explica ainda que a escolaridade pode ser utilizada como indicador socioeconômico da população, comentando que a baixa escolaridade afeta, de maneira geral, as condições de saúde e acesso aos serviços públicos de saúde. Estes achados mostram uma relação inversa ao da amostra deste estudo, onde os idosos com maiores escolaridade praticam menos atividades físicas e os idosos com menos escolaridade praticam mais atividades físicas.

Tabela 9 – Número de indivíduos segundo autopercepção por tipo de atividade física realizada.

Tipo de atividade	Autopercepção					χ^2	p-valor
	Excelente	Muito boa	Boa	Regular	Ruim		
AFvig	21	28	67	30	1	78,00	$\zeta < 0,001$
AFmod	37	42	137	69	1	180,15	$< 0,001$
Caminhada	30	39	113	50	2	140,08	$< 0,001$

Nota: teste qui-quadrado (χ^2) com 4 graus de liberdade. Legenda: AFvig=atividade física vigorosa; AFmod=atividade física moderada

Considerando-se o valor de p apontado na tabela 9, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa. Percebe-se então, uma maior quantidade de idosos praticantes AF (seja Afvig, Afmod ou Caminhada) quando apontam de maneira positiva a sua saúde (respondendo com “Excelente”, “Muito boa” ou “Boa”).

Para Alves e Rodrigues (2005) a autopercepção positiva da saúde está ligada a boa capacidade funcional do idoso. Os autores correlacionaram portadores de doenças crônicas que ainda assim apresentaram percepções positivas da saúde por idosos, indicando que o controle das doenças gera melhor autopercepção de saúde. Deste modo pode-se dizer que a amostra do presente estudo controla suas enfermidades, quando existem, e apresentam capacidade funcional para realizar atividades físicas independentemente do tipo de atividade.

Os dados referentes a tempo sentado foram abordados com os aspectos sociodemográficos, e autopercepção de saúde constam nas tabelas 10, 11, 12, 13 e

14. As médias de tempo sentado em dia de semana normal e dia de fim de semana normal encontram-se apresentadas na tabela 10.

Tabela 10 – Média de tempo em minutos em que permanecem sentado durante um dia de semana normal e um dia do final de semana, por Centro de Convivência do Idoso de Campo Grande – MS em 2017 (n=295)

Centro de convivência de Idosos	Nº	Tempo médio sentado em dia da semana (minutos)	Tempo médio sentado em dia do final de semana (minutos)
CCI I	36	236	264
CCI II	33	186	238
CCI III	33	203	233
CCI IV	193	186	202
Total	295	196	217

Legenda: CCI = Centro de Convivência de Idosos

Verificando-se a tabela 10 pode-se perceber que a média de tempo sentado no fim de semana não foi muito diferente da média de tempo sentado em dia de semana normal. Deste modo, quando se analisa a quantidade média em atividades moderadas e a caminhada (atividade mínimas recomendadas pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte para manutenção da saúde) realizadas pelo grupo pesquisado de apenas um CC, percebemos que o tempo em atividade e o tempo sentado não se equiparam. Como exemplo, no CC IV o tempo médio de AFMod 169 minutos, somados aos 66 minutos da média de caminhada resultando em 235 minutos.

Outras análises estatísticas foram realizadas, relacionando o tempo sentado com os dados sociodemográficos, dispostos nas tabelas a seguir:

Tabela 11 – Diferença entre as médias de tempo sentado durante a semana para sexo feminino e masculino considerando o total da amostra

Tempo Sentado	Sexo		t-Student	p-valor
	Masculino	Feminino		
Semana	3:41:51	3:07:28	1,88	0,06
Fim de semana	4:08:14	3:29:28	2,15	0,03

Observando a tabela 11 pode-se dizer que durante a semana a diferença da média de tempo sentado apresentada entre sexos masculino e feminino não foi

significativa (ou seja, não há diferença no tempo sentado para homens e mulheres em dias de semana). Já a diferença da média de tempo sentado apresentada entre os sexos masculino e feminino durante o fim de semana foi significativa, portanto neste estudo os homens passam, em média, mais tempo sentado no fim de semana do que as mulheres.

Tabela 12 – Tempo médio sentado em dias de semana e finais de semana segundo a idade

Tempo Sentado	Faixa Etária				Kruskal-Wallis test	p-valor
	60-67	68-75	76-83	84-91		
Semana	3:08:01	3:09:14	3:55:11	3:43:38	3,64	0,302
Fim de semana	3:10:21	3:45:21	3:34:49	4:51:49	8,41	0,038

Analisando os dados da tabela 12, é relevante dizer que durante a semana a diferença da média de tempo sentado apresentada entre as faixas etárias não são significativas (ou seja, não há diferença no tempo sentado quando se considera as diferentes faixas etárias em dias de semana). Durante o fim de semana a diferença da média de tempo sentado entre as faixas etárias é significativa; então neste estudo, a faixa etária entre 60 e 67 é a que, em média, menos fica sentada no final de semana, as faixas 68 a 75 e 76 a 83 passam praticamente o mesmo tempo sentado no fim de semana, e a faixa entre 84 e 91 anos, em média, passa mais tempo sentado no fim de semana.

Tabela 13 - Tempo médio sentado em dias de semana e finais de semana segundo a escolaridade

Tempo sentado	Escolaridade							Kruskal-Wallis test	p-valor
	F. C.	F. I.	M. C.	M. I.	S. C.	S. I.	N. E.		
Semana	2:56:15	3:13:22	3:07:41	4:26:15	3:31:45	3:30:00	2:56:44	5,92	0,431
Fim de semana	3:09:10	3:35:14	3:53:47	5:15:00	3:08:53	4:20:00	3:59:21	7,81	0,252

Legenda: F.C.=ensino fundamental completo; F.I.=ensino fundamental incompleto; M.C.=ensino médio completo; M.I.=ensino médio incompleto; S.C.=ensino superior completo; S.I.=ensino superior incompleto; S.E.=sem escolaridade

Os dados tabela 13 indicam que durante a semana a diferença da média de tempo sentado apresentada entre os níveis de escolaridade não foi significativo nem

para média de tempo durante a semana e nem para a média de tempo durante o fim de semana. Neste estudo, a escolaridade não tem relação direta com a média de tempo sentado durante a semana e não tenha relação direta com a média de tempo sentado durante o fim de semana.

Tabela 14 – Tempo médio sentado em dias de semana e finais de semana segundo a autopercepção de saúde

Tipo de atividade	Autopercepção					Kruskal-Wallis test	p-valor
	Excelente	Muito boa	Boa	Regular	Ruim		
Semana	2:47:34	2:45:48	3:03:19	4:03:06	5:00:00	15,83	0,003
Fim de semana	3:28:55	3:19:46	3:16:44	4:26:54	5:45:00	15,27	0,004

Considerando-se o valor de p percebido na tabela 14, pode-se dizer que durante a semana e durante o fim de semana, a diferença da média de tempo sentado apresentada entre as autopercepções de saúde foi significativa, ou seja, neste estudo, os idosos que passam mais tempo sentado (independentemente de ser durante a semana ou no fim de semana) percebem a saúde deles de maneira negativa (regular ou ruim) e os idosos que ficam menos tempo sentado (independentemente de ser durante a semana ou no fim de semana) percebem a saúde deles de maneira positiva (excelente, muito boa ou boa). A relação tempo sentado e autopercepção são inversamente proporcionais, quanto maior o tempo sentado, pior autopercepção de saúde; e quanto menor o tempo sentado, melhor a autopercepção de saúde.

Discorrendo sobre o tempo sentado de idosos, um estudo realizado por Biernat e Piatkowska (2014) identificou fatores individuais e ambientais que determinaram o estilo de vida de jovens, adultos e idosos na Polônia, mostrando um variação de tempo sentado de 9,4 a 5h por dia, considerando-se todos os dias da semana, proposto pelo IPAQ.

Lopes *et al.* (2014) analisaram a percepção da velhice por idosas ativas e inativas em Florianópolis-SC. As idosas inativas relataram, nas entrevistas realizadas, que compreendem a necessidade de realizar algum tipo de atividade, contudo as atividades citadas por elas foram em maioria, de baixa intensidade, podendo ainda não alcançar a quantidade de dias e tempo em atividade recomendados para promover melhora na saúde das pesquisadas. No presente

estudo estas informações não foram percebidas, já que todos os grupos realizam atividades de diferentes intensidades cumprindo o tempo recomendado, com exceção da caminhada.

5.3 Análise das barreiras para a prática de atividade física nos Centro de Convivência de Idosos em Campo Grande-MS

As tabelas 15, 16, 17 e 18 apontam os percentuais de respostas conforme cada barreira apresentada pelo instrumento de Martins e Petroski (2000) de cada Centro de Convivência:

Tabela 15 – Barreiras para prática de atividade física de idosos participantes dos CC, Campo Grande-MS (n=295)

CCI I (%)	Sempre	Quase Sempre	As Vezes	Raramente	Nunca
Jor. Trabalho	-	-	5,56	11,11	83,33
Com. Familiar	2,78	5,56	16,67	19,44	55,56
F. Clima	25,00	5,56	13,89	16,67	38,89
F. Espaço	2,78	2,78	2,78	5,56	86,11
F. Equipamento	2,78	-	5,56	2,78	88,89
Tar. Domésticas	2,78	-	2,78	8,33	86,11
F. Companhia	5,56	-	8,33	5,56	80,56
F. Incentivo	2,78	-	5,56	2,78	88,89
F.R.Financeiros	2,78	2,78	19,44	-	75,00
Mau Humor	5,56	2,78	16,67	8,33	66,67
Medo Lesão	22,22	-	13,89	5,56	58,33
Limi. Físicas	19,44	-	22,22	13,89	44,44
Dores/mal estar	5,56	5,56	13,89	11,11	63,89
F. Energia	8,33	2,78	22,22	8,33	58,33
F. Habilidade	8,33	8,33	8,33	-	75,00
F. Orientação	13,89	-	5,56	2,78	77,78
A. Inseguro	52,78	5,56	2,78	5,56	33,33
P. Aparência	5,56	2,78	13,89	8,33	69,44
F. Interesse	8,33	2,78	5,56	-	83,33

Legenda: Jor. Trabalho= jornada de trabalho, Com. Familiar= compromissos familiares, F.Clima= falta de clima adequado, F. Espaço= falta de espaço disponível, F. Equipamentos= falta de equipamentos disponíveis, Tar. Domésticas= tarefas domésticas (para com sua casa), F. Companhia= falta da companhia, F. Incentivo= falta de incentivo de familiares ou amigos, F. R. Financeiros= falta de recursos financeiros, Mau Humor= mau humor, Medo Lesão= medo de lesionar-se, Limi. Físicas= limitações físicas (muscular ou articular), Dores/mal estar= dores leves ou mal estar, F. Energia= falta de energia (cansaço físico), F. Habilidade= falta de habilidade física, F. Orientação= falta de conhecimento ou orientação sobre atividades físicas, P. Aparência= preocupação com a aparência durante a prática, F. Interesse= falta de interesse em praticar.

Tabela 16 – Barreiras para prática de atividade física de idosos participantes do CC II, Campo Grande-MS (n=33)

CCI II (%)	Sempre	Quase Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Jor. Trabalho	-	-	9,09	-	90,91
Com. Familiar	-	-	12,12	15,15	72,73
F. Clima	30,30	3,03	21,21	12,12	33,33
F. Espaço	3,03	-	9,09	-	87,88
F. Equipamento	-	-	6,06	3,03	90,91
Tar. Domésticas	-	3,03	3,03	3,03	3,03
F. Companhia	3,03	-	3,03	-	93,94
F. Incentivo	-	-	-	-	100
F.R.Financeiros	-	3,03	6,06	3,03	87,88
Mau Humor	-	-	3,03	6,06	90,91
Medo Lesão	15,15	-	15,15	6,06	63,64
Limi. Físicas	9,09	9,09	18,18	3,03	60,61
Dores/mal estar	6,06	0,00	3,03	15,15	75,76
F. Energia	3,03	-	6,06	15,15	75,76
F. Habilidade	9,09	-	12,12	-	78,79
F. Orientação	3,03	-	9,09	-	87,88
A. Inseguro	54,55	3,03	6,06	3,03	33,33
P. Aparência	9,09	3,03	6,06	-	81,82
F. Interesse	-	-	3,03	3,03	93,94

Legenda: Jor. Trabalho= jornada de trabalho, Com. Familiar= compromissos familiares, F.Clima= falta de clima adequado, F. Espaço= falta de espaço disponível, F. Equipamentos= falta de equipamentos disponíveis, Tar. Domésticas= tarefas domésticas (para com sua casa), F. Companhia= falta da companhia, F. Incentivo= falta de incentivo de familiares ou amigos, F. R. Financeiros= falta de recursos financeiros, Mau Humor= mau humor, Medo Lesão= medo de lesionar-se, Limi. Físicas= limitações físicas (muscular ou articular), Dores/mal estar= dores leves ou mal estar, F. Energia= falta de energia (cansaço físico), F. Habilidade= falta de habilidade física, F. Orientação= falta de conhecimento ou orientação sobre atividades físicas, P. Aparência= preocupação com a aparência durante a prática, F. Interesse= falta de interesse em praticar.

Tabela 17 – Barreiras para prática de atividade física de idosos participantes do CC III, Campo Grande-MS (n=33)

CCI III (%)	Sempre	Quase Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Jor. Trabalho	-	-	3,03	6,06	90,91
Com. Familiar	3,03	6,06	9,09	21,21	60,61
F. clima	-	9,09	21,21	24,24	45,45
F. espaço	-	3,03	6,06	-	90,91
F. equipamento	6,06	3,03	6,06	6,06	78,79
Tar. Domésticas	-	-	3,03	-	96,97
F. Companhia	-	6,06	-	6,06	87,88
F. Incentivo	-	-	-	3,03	96,97
F.R.Financeiros	-	-	12,12	3,03	84,85
Mau Humor	-	3,03	3,03	3,03	90,91
Medo Lesão	6,06	3,03	9,09	15,15	66,67
Limi. Físicas	12,12	-	9,09	12,12	66,67
Dores/mal estar	9,09	3,03	15,15	6,06	66,67
F. Energia	-	3,03	-	12,12	84,85
F. Habilidade	3,03	6,06	3,03	3,03	84,85
F. Orientação	9,09	-	3,03	-	87,88
A. Inseguro	54,55	3,03	6,06	3,03	33,33
P. Aparência	9,09	9,09	9,09	9,09	63,64
F. Interesse	-	5,88	-	-	94,12

Legenda: Jor. Trabalho= jornada de trabalho, Com. Familiar= compromissos familiares, F.Clima= falta de clima adequado, F. Espaço= falta de espaço disponível, F. Equipamentos= falta de equipamentos disponíveis, Tar. Domésticas= tarefas domésticas (para com sua casa), F. Companhia= falta da companhia, F. Incentivo= falta de incentivo de familiares ou amigos, F. R. Financeiros= falta de recursos financeiros, Mau Humor= mau humor, Medo Lesão= medo de lesionar-se, Limi. Físicas= limitações físicas (muscular ou articular), Dores/mal estar= dores leves ou mal estar, F. Energia= falta de energia (cansaço físico), F. Habilidade= falta de habilidade física, F. Orientação= falta de conhecimento ou orientação sobre atividades físicas, P. Aparência= preocupação com a aparência durante a prática, F. Interesse= falta de interesse em praticar.

Tabela 18 – Barreiras para prática de atividade física de idosos participantes do CC IV, Campo Grande-MS (n=193)

CCI IV (%)	Sempre	Quase Sempre	As vezes	Raramente	Nunca
Jor. Trabalho	-	-	2,07	3,11	94,82
Com. Familiar	1,55	2,59	7,25	10,88	77,72
F. clima	16,67	5,73	19,27	13,02	45,31
F. espaço	2,07	0,52	4,66	3,63	89,12
F. equipamento	0,52	0,52	2,07	2,07	94,82
Tar. Domésticas	-	0,52	3,11	3,63	92,75
F. Companhia	1,04	0,52	3,63	2,07	92,75
F. Incentivo	-	-	2,59	0,52	96,89
F.R.Financeiros	0,52	1,04	3,63	2,59	92,23
Mau Humor	-	1,04	5,18	4,66	89,12
Medo Lesão	5,18	1,55	17,62	6,22	69,43
Limi. Físicas	6,22	2,59	18,65	8,81	63,73
Dores/mal estar	1,04	1,55	14,51	13,99	68,91
F. Energia	3,11	1,55	8,29	5,70	81,35
F. Habilidade	1,55	2,07	6,22	7,77	82,38
F. Orientação	6,74	1,55	4,15	5,70	81,87
A. Inseguro	36,27	1,04	6,74	5,18	50,78
P. Aparência	2,07	0,52	3,63	5,70	88,08
F. Interesse	-	0,52	2,07	2,59	94,82

Legenda: Jor. Trabalho= jornada de trabalho, Com. Familiar= compromissos familiares, F.Clima= falta de clima adequado, F. Espaço= falta de espaço disponível, F. Equipamentos= falta de equipamentos disponíveis, Tar. Domésticas= tarefas domésticas (para com sua casa), F. Companhia= falta da companhia, F. Incentivo= falta de incentivo de familiares ou amigos, F. R. Financeiros= falta de recursos financeiros, Mau Humor= mau humor, Medo Lesão= medo de lesionar-se, Limi. Físicas= limitações físicas (muscular ou articular), Dores/mal estar= dores leves ou mal estar, F. Energia= falta de energia (cansaço físico), F. Habilidade= falta de habilidade física, F. Orientação= falta de conhecimento ou orientação sobre atividades físicas, P. Aparência= preocupação com a aparência durante a prática, F. Interesse= falta de interesse em praticar.

Foram consideradas como “muito relevantes” as barreiras que, somadas, apresentaram maiores percentuais de resposta “Sempre” e “Quase sempre”.

Participantes do CCI I mencionaram como barreiras muito relevantes a “falta de clima adequado”, o “medo de lesionar-se”, as “limitações físicas” e o “ambiente insuficientemente seguro”. No CCI II as barreiras muito relevantes foram a “falta de clima adequado”, o “medo de lesionar-se”, o “ambiente insuficientemente seguro”. No CCI III foram muito relevantes as “limitações físicas”, as “dores e mal estar leve” o “ambiente insuficientemente seguro” e a “preocupação com a aparência”. Neste CCI a “falta de clima adequado” apresentou maior percentual de “As vezes” para esta barreira, que também deve ser ressaltado. Já no CCI IV as barreiras muito

relevantes foram a “falta de clima adequado”, as “limitações físicas”, a “falta de conhecimento ou orientação para AF” e o “ambiente insuficientemente seguro”.

Para agrupar as barreiras, Pinto *et al.* (2017), em estudo para obstáculos para AF com universitários de Florianópolis, mencionaram as barreiras em diferentes domínios, baseando-se na classificação de Boscatto, Duarte e Gomes (2011) quais sejam: a) barreiras ambientais, descritas pelos fatores climáticos, falta de espaço e equipamentos disponíveis para realização de AF, segurança do ambiente e local inadequado na região em que habita; b) barreiras sociais, relatadas por extensa jornada de trabalho, compromissos com a família ou com cuidados com a casa onde mora, falta de apoio familiar, falta de recursos financeiros, falta de conhecimento ou de profissional para orientar a AF, falta de companhia para praticar AF; c) barreiras comportamentais, indisposição de humor; medo de lesão física, preocupação com a aparência e vestimenta durante a prática de AF, desinteresse em praticar AF, e d) barreiras físicas, referidas pela falta de habilidades físicas, limitações e cansaço corporais, sentir dor ou mal-estar leves.

Considerando a classificação proposta por Boscatto, Duarte e Gomes (2011) as barreiras serão apresentadas e discutidas conforme os domínios ambiental, social, comportamental e físico.

Diante da realidade regional, destaca-se como principal barreira o fator climático, de domínio ambiental. Muitos dos idosos do presente estudo, ao serem questionados sobre este aspecto, relataram que principalmente a chuva era o motivo que os impedia de sair de casa, seja pelo medo de adoecer em “tomar chuva” ou pela prévia recomendação dos professores e diretores dos CC de não participarem das atividades nestes dias.

Para Eiras *et al.* (2010), em pesquisa realizada com dois grupos de idosos de Curitiba-PR, um grupo em programa de atividade física público e outro de caminhada em parque público, foram destacados a exposição ao sol e a chuva como barreiras.

As barreiras “medo de lesionar-se”, as “dores e mal estar leve” (no caso do CC III) e “limitações físicas” foram muito relevantes para os CC e compreendem os domínios comportamental e físico. Estas barreiras podem estar ligadas ao conceito de capacidade intrínseca, que segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (2015), significa a soma de todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa possui no tempo atual da vida. Ainda

por este relatório, tais barreiras também estão ligadas a capacidade funcional, que compreende o ser ou fazer o que o indivíduo considera relevante. Deste modo, pode ser que uma barreira justifique a outra, indicando que o idoso tem medo de lesionar-se pois sente dor ou possui uma limitação física, portanto encontra-se impedido de realizar atividade física.

Eiras *et al.* (2010), também encontraram as barreiras comportamentais e físicas, relacionadas a “medo de lesionar-se” e “dores e mal estar leve”, em idosas na cidade de Curitiba-PR. Na análise de discurso das idosas pesquisadas, perceberam que as mesmas costumavam esconder as reais dores resultantes dos problemas físicos que possuíam, devido à estíma que atribuíam aos programas que participavam. A mesma relação pode ser considerada para os idosos do presente estudo.

A barreira “preocupação com a aparência”, de domínio comportamental, está relacionada com o momento da prática de atividade física. Porém, esta barreira pode ser compreendida segundo o desconforto do sujeito com seu corpo, a auto-imagem ou sua aparência na situação da atividade física, ou pela preocupação com a manutenção da aparência física (por exemplo na manutenção de massa muscular ou gordura corporal). Este segundo entendimento pode estar ligado com a adesão e motivação para a prática de atividades físicas, que segundo Costa *et al.* (2017), em pesquisa realizada em Teresina-PI, foi um dos motivos mais citados para participação de idosos em programa de atividade física, em que salientaram a busca pela manutenção do peso corporal.

A barreira “ambiente insuficientemente seguro”, pertencente ao domínio comportamental, foi discutida recentemente por Lopes *et al.* (2016) em pesquisa realizada na cidade de Florianópolis-SC com idosas longevas ativas e não ativas. A pesquisa apontou o ambiente e sua influência sobre a permanência em programas de atividade física. A segurança do local, a luminosidade do ambiente foram citadas, dentre outros fatores, como requisito importante para as longevas, e corroboram com os dados do presente estudo.

Para embasar a discussão da barreira “falta de conhecimento ou orientação para a AF”, pode-se citar os achados de Costa *et al.* (2017), que apontaram a importância e o significado do professor para a motivação em praticar AF. No seu estudo o autor apresenta a relevância da companhia do professor durante a aula, juntamente à sensação de inserção ao grupo do Centro de Convivência, e ao prazer

em perceber a atenção e dedicação na relação professor-aluno, somadas as questões de prescrição correta da quantidade, intensidade e frequência de AF apresentadas por Krug *et al.* (2011).

6 CONCLUSÃO

A autopercepção da saúde foi apontada pelos participantes dos Centro de Convivência do Idoso em maior parte como “Excelente”, “Muito Boa” e “Boa”, o que pode indicar que a participação nos programas de atividades físicas dos locais estudados repercute positivamente nas condições de saúde geral dos idosos. Todavia, não foi questionado o entendimento de saúde dos idosos, tampouco quais aspectos da vida de cada entrevistado justificam a resposta pessoal para a autopercepção.

Quanto a realização de atividades físicas vigorosas as análises apontaram que, em média, os idosos participantes dos Centro de Convivência, não cumprem o número de sessões e nem o tempo semanal recomendados pela literatura, sendo que metade dos idosos declararam não realizar atividades físicas vigorosas. Já os resultados da realização de atividades físicas moderadas, revelaram que, para este tipo de atividade, os idosos alcançaram tanto a média de sessões quanto a média de tempo semanal recomendados. Para a caminhada, os idosos alcançaram a média de sessões recomendadas porém não atingiram a média de tempo recomendado. O tempo sentado apresentou-se maior que o tempo realizando atividades físicas, independente de qual seja o tipo de atividade.

As barreiras encontradas neste estudo correspondem aos domínios ambientais, sociais, comportamentais e físicos, dispostos na literatura.

O estudo forneceu informações sobre como os idosos compreendem sua saúde, os diferentes tipos de atividades físicas, as sessões e o tempo de realização das mesmas pelos idosos pesquisados, e as barreiras para atividades físicas relevantes quanto as possíveis repercussões para a saúde desta população. Compreender as dificuldades relatadas por eles pode refletir em benefícios diretos, pois auxiliará na manutenção das políticas direcionadas aos idosos no município de Campo Grande, o dispêndio de recursos financeiros da gestão municipal, o envolvimento de profissionais de diversas áreas de atuação no âmbito da saúde local, garantindo os direitos reservados aos idosos e uma educação para posturas saudáveis dos idosos em relação a manutenção da própria saúde.

7 RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados do presente estudo, recomenda-se a Gestão Municipal:

1. Melhorar a distribuição das atividades físicas em relação ao nível e distribuição de dias da semana;
2. Incluir atividade de resistência muscular como pilates, musculação, além da caminhada;
3. Orientar profissionais da educação física ou fisioterapeutas quando da realização de atividades físicas dos idosos, notadamente nos equipamentos já disponíveis nos Centro de Convivência;
4. Conscientizar os idosos sobre as repercussão para a saúde e qualidade de vida advinda da participação nos Centros de Convivência;
5. Utilizar de recursos visuais como redes sociais, televisão e panfletos informativos para divulgar a quantidade de atividade física recomendada para a população idosa;
6. Utilizar recursos financeiros para igualar os equipamentos e espaços disponíveis entre o Centros de Convivência;
7. Estabelecer parcerias com as Universidades locais para inclusão de acadêmicos dos últimos anos da graduação, em atividades supervisionadas por docentes dessas instituições formadoras.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Determinants of self-rated health among elderly persons in São Paulo, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 333-341, 2005.

BIERNAT, Elżbieta; PIĄTKOWSKA, Monika. Individual and environmental factors determining sedentary lifestyle of the Polish population. **Iranian Journal of Public Health**, v. 43, n. 8, p. 33-34, 2014.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 3 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 de out. 2003. Seção 1, p.1.

BRASIL. Governo do Brasil. Economia e emprego. **Em 10 anos, cresce número de idosos no Brasil**, 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil>>. Acesso em: 9 fev. 2018

BOSCATTO, Elaine Caroline; DUARTE, Maria de Fátima da Silva; GOMES, Marcius de Almeida. Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 5, p. 329-334, 2011.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMPO GRANDE (município) CEVITAL - Coordenadoria de Estatísticas Vitais.. Perfil de mortalidade e nascidos vivos em Campo Grande – MS, 2016. **Boletim Epidemiológico 2017**. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2017/12/BOLETIM-FINAL.pdf>>. Acesso em: 6 de março de 2018.

PLANURB. Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande 2017**. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/planurb/wp-content/uploads/sites/18/2018/01/perfil-socioeconomico-2017.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

CAMPO GRANDE (município) Secretaria Municipal de Assistência Social (2012-2016). **Atenção à pessoa Idosa, 2016**. Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/sas/canaisTexto?id_can=1893>. Acesso em: 25 abr. 2016

CASSOU, Ana Carina; FERMINO, Rogério César; SANTOS, Mariana Silva; RODRIGUEZ-AÑES, Ciro Romélio; REIS, Rodrigo Siqueira. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista de Educação Física**, v. 19, n. 3, p. 353-360, 2008.

COSTA, Fábio Soares da; CABRAL, Camila Oliveira de M.; RODRIGUES, Janete de Páscoa; SANTOS, Andreia Mendes dos. Idosos e Exercícios Físicos: Motivações e Contribuições para Saúde e o Lazer. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 20, n. 4, p. 212-237, 2017.

COUtrim, Rosa Maria da Exaltação. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**, v. 21, n. 2, p. 367-390, maio/ago. 2006.

D'ORSI, Eleonora; XAVIER, André Junqueira; RAMOS, Luiz Roberto. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 685-692, ago. 2011.

EIRAS, Suélen Barboza; SILVA, William Hey Alexandre da; SOUZA, Doralice Lange de; VENDRUSCULO, Rosecler. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 2, p. 75-90, mar. 2010.

FENALTI, Rita de Cássia de Souza; SCHWARTZD, Gisele Maria. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 17, n. 2, p. 131-141, jul./dez. 2003.

FREITAS, Caroline Silva de; MEEREIS, Estele Caroline Welter; GONÇALVES, Marisa Pereira. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 57-68, 2014.

GASPARI, Jossett Campagna de; SCHWARTZ, Gisele Maria. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 69-76, jun./abr. 2005.

GOMES, Christianne Luce. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, v. 1, n.1, p.3-20, jan./abr. 2014.

GUTIERRES FILHO, Paulo José Barbosa; GERALDO, Tayana de Lucca; BENTO, Gisele Grazielle Bento; SILVA, Franciele Cascaes da; ARANCIBIA, Beatriz Angelica Valdivia; SILVA, Rudney da. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 141-151, jan./mar. 2014.

HARTMANN, Ana Cristina Vaz Costa. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. 75 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontífca Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE) **Em 2016, expectativa de vida era de 75,8 anos.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos.html>> Acesso em: 3 mar. 2018

_____. (IBGE). **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>>. Acesso em: 25 jul. 2018

KRUG, Rodrigo de Rosso; MARCHESAN, Moane; CONCEIÇÃO, Júlio César Rodrigues da; MAZO, Giovana Zarpellon; ANTUNES, Gabriel Aguiar; ROMITTI, Jamile Centenaro. Contribuições da caminhada como atividade física de lazer para idosos. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 14, n. 4, p. 1-29, 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 201-208, 2004.

LOPES, Marize Amorim; KRUG, Rodrigo de Rosso; BONETTI, Albertina; MAZO, Giovana Zarpellon. Envelhecendo na percepção das pessoas longevas ativas e inativas fisicamente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 1, p. 141-153, 2014.

_____. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 38, n. 1, p. 76-83, mar. 2016.

LOURENÇO, Tânia Maria. **Capacidade funcional do idoso longevo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR.** 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, 2011.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, dez. 2010.

MADEIRA, Marina Cordeiro. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.165-174, jan. 2013.

MARCELLINO, Nelson Carvalho; BARBOSA, Felipe Soligo; MARIANO, Helena Stéphanie. A cidade e os acessos aos espaços e equipamentos de lazer. **Impulso**, v. 17, n. 44, p. 55-66, 2006.

MARTINS, Marcelle de Oliveira; PETROSKI, Edio Luiz. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de

instrumento. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 2, n. 1, p. 58-65, 2000.

MATSUDO, Sandra Mahecha; ARAÚJO, Timóteo; MATSUDO, Victor; ANDRADE, Douglas; ANDRADE, Erinaldo; OLIVEIRA, Luis Carlos; BRAGGION, Glauca. Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio: Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, Belkis; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Org). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. (Temas em saúde coletiva).

NASCIMENTO, Carla Manuela Crispim; GOBBI, Sebastião; HIRAYAMA, Márcio Sussumu; BRAZÃO, Manuella Colim. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **Revista da Educação Física**, v.19, n.1, p.109-118, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015.

PEDRINELLI, André; GARCEZ-LEME, Luiz Eugênio; NOBRE, Ricardo do Serro Azul. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 44, n. 2, p. 96-101, 2009.

PICCOLI, João Carlos Jaccottet; QUEVEDO, Daniela Muller de; SANTOS, Geraldine Alves dos; FERRAREZE, Matheus Elias; GLUHER, Adriana. Coordenação global, equilíbrio, índice de massa corporal e nível de atividade física: um estudo correlacional em idosos de Ivoti, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 209-222, 2012.

THE R project for statistic computing, versão 3.5.1: free software environment for statistical computing and graphics. [s.l]: The R Foundation, 2018. Programa para download. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

ROZENDO, Adriano da Silva; JUSTO, José Sterza. Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In: TRENCH, Belkis; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Org). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. (Temas em saúde coletiva).

SALVADOR, Emanuel Péricles; FLORINDO, Alex Antonio; REIS, Rodrigo Siqueira; COSTA, Evelyn Fabiana. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 972-980, dez. 2009.

SANTOS, Marlete Bezerra dos; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 613-624, 2011.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; SANTOS, Rafaela Gomes dos; SQUARCINI, Camila Fabiana Rossi; SOUZA, Adriano Lopes de; AZEVEDO, Marlúcio Pereira de; BARBOSA, Frank Ney Monteiro. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa-perspectivas de um programa de treinamento físico. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n.3, p. 145-166, jun. 2011.

SOUZA, Doralice Lange de; VENDRUSCULO, Rosecler. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto " Sem Fronteiras". **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 24, n. 1, p. 95-105, 2010.

TARANTO, Giuseppe. **Diretrizes do ACSM** (Colégio Americano de Medicina do Esporte) **para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2010.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; GUARIENTO, Maria Elena. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, 2010.

WEINERT, Brian T.; TIMIRAS, Poala S. Invited review: theories of aging. **Journal of Applied Physiology**, v. 95, n. 4, p. 1706-1716, 2003.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1329-1338, jun. 2007.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

BLOCO I

Número do participante: _____

Data: __/__/__ Idade:____ Sexo: _____

Você costuma visitar um médico regularmente? De qual especialidade?

Sente alguma dor ou desconforto? Qual parte do corpo?

Já fez algum tipo de cirurgia? Qual parte do corpo?

Possui diagnóstico para alguma enfermidade articular? Qual parte do corpo?

Possui diagnóstico para alguma enfermidade em algum órgão? Qual?

Você mantém hábitos que possam contribuir para melhorar seu diagnóstico? Quais?

Você trabalha de forma remunerada? ()Sim ()Não

Quantas horas você trabalha por dia: _____

Quantos anos completos você estudou: _____

De forma geral sua saúde está:

()Excelente ()Muito boa ()Boa ()Regular ()Ruim

BLOCO II

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginastica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias_____ por **SEMANA** ()Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

horas:_____ Minutos:_____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginastica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias_____ por **SEMANA** ()Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

horas:_____ Minutos:_____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias_____ por **SEMANA** ()Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta caminhando por dia?

horas:_____ Minutos:_____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia da semana?

horas:_____ Minutos:_____

4b. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana?

horas:_____ Minutos:_____

BLOCO III

1. Considerando os fatores abaixo relacionados, indique com que frequência eles representam, **PARA VOCÊ**, fatores que **DIFICULTAM** sua prática de **ATIVIDADES FÍSICAS (AF)**.

FATOR	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
Jornada de trabalho extensa					
Compromissos familiares (pais, cônjuge, filhos, etc)					
Falta de clima adequado (vento, frio, calor, etc)					
Falta de espaço disponível para a prática					
Falta de equipamento disponível					
Tarefas domésticas (para com sua casa)					
Falta de companhia					
Falta de incentivo da família e/ou amigos					
Falta de recursos financeiros					
Mau humor					

Medo de lesionar-se					
Limitações físicas (ex. Muscular ou articular)					
Dores leves ou mal-estar					
Falta de energia (cansaço físico)					
Falta de habilidade físicas					
Falta de conhecimento ou orientação sobre AF					
Ambiente insuficientemente seguro (criminalidade)					
Preocupação com a aparência durante a prática					
Falta de interesse em praticar					
Outros (quais?)					

2. Caso você **não tenha tempo disponível para praticar atividades físicas**, cite suas causas mais frequentes (p.e., levar trabalho para casa, trabalhos domésticos, compromissos sociais).

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela Isabela Caroline Marques Santos, do curso de mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Você será entrevistado sobre as atividades que você participa no Centro de Convivência do Idoso e sobre a motivação em participar das atividades. A pesquisadora fará perguntas e suas respostas serão registradas nos protocolos da pesquisa.

Os questionamentos estão divididos em três blocos. O primeiro se refere aos dados pessoais de identificação, onde buscaremos identificar pontos relativos à sua saúde atualmente. O segundo bloco refere-se ao tempo gasto em atividades físicas no seu dia-a-dia. O terceiro diz respeito às dificuldades que encontra em executar qualquer tipo de atividade física.

Você permanecerá neste estudo apenas durante o tempo gasto na entrevista, não sendo necessário contato posterior. Não são previstos prejuízos ou eventos adversos como resultado da sua participação neste estudo.

O objetivo destes questionamentos se refere às possíveis melhorias para o atendimento das pessoas que frequentam o Centro de Convivência, contribuindo para o desenvolvimento das políticas de atenção ao idoso vigente em Campo Grande/MS, instauradas pela Prefeitura Municipal.

Somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso à identidade das participantes deste estudo, portanto, seu nome não será revelado na exposição do estudo.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Sonia Maria Oliveira de Andrade (067) 992316282 ou Isabela Caroline Marques Santos (067) 981526207. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou participante da pesquisa.

_____ data _____

Assinatura do participante da pesquisa

_____ data _____

Assinatura do pesquisador

ANEXO A
AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA: CCI Edmundo Scheuneman



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

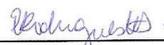
GERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E GESTÃO DO TRABALHO DO SUAS

Encaminhamento

Ao CCI Edmundo Sheuneman,

Mediante autorização pela Superintendência de Proteção Social Básica/SAS, estamos encaminhando a acadêmica, **Isabela Caroline Marques Santos**, aluna do curso de Mestrado em Desenvolvimento na região Centro-oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Prof. Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade, para o prosseguimento da pesquisa intitulada: *Atividade Física de Idosos: Adesão, Barreiras e Repercussões na Saúde*, iniciada no segundo semestre de 2016 e previsão para término em fevereiro de 2018.

Atenciosamente,



Elaine Rodrigues Teles

Gerente de Informações e Gestão do Trabalho do Suas

Elaine Rodrigues Teles
Gerência de Informação e
Gestão do Trabalho do SUAS

Campo Grande, 07 de julho de 2017.

ANEXO B**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA: CCI Elias Lahdo**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

GERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E GESTÃO DO TRABALHO DO SUAS

Encaminhamento

Ao CCI Elias Lahdo,

Mediante autorização pela Superintendência de Proteção Social Básica/SAS, estamos encaminhando a acadêmica, **Isabela Caroline Marques Santos**, aluna do curso de Mestrado em Desenvolvimento na região Centro-oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Prof. Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade, para o prosseguimento da pesquisa intitulada: *Atividade Física de Idosos: Adesão, Barreiras e Repercussões na Saúde*, iniciada no segundo semestre de 2016 e previsão para término em fevereiro de 2018.

Atenciosamente,

Elaine Rodrigues Teles

Gerente de Informações e Gestão do Trabalho do Suas

Elaine Rodrigues Teles
Gerência de Informação e
Gestão do Trabalho do SUAS

Campo Grande, 07 de julho de 2017.

ANEXO C**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA: CCI Jacques da Luz**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

GERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E GESTÃO DO TRABALHO DO SUAS

Encaminhamento

Ao CCI Jaques da Luz,

Mediante autorização pela Superintendência de Proteção Social Básica/SAS, estamos encaminhando a acadêmica, **Isabela Caroline Marques Santos**, aluna do curso de Mestrado em Desenvolvimento na região Centro-oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Prof. Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade, para o prosseguimento da pesquisa intitulada: *Atividade Física de Idosos: Adesão, Barreiras e Repercussões na Saúde*, iniciada no segundo semestre de 2016 e previsão para término em fevereiro de 2018.

Atenciosamente,

Elaine Rodrigues Teles

Gerente de Informações e Gestão do Trabalho do Suas

Elaine Rodrigues Teles
Gerência de Informação e
Gestão do Trabalho do SUAS

Campo Grande, 07 de julho de 2017.

ANEXO D**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA: CCI Vovó Ziza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

GERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E GESTÃO DO TRABALHO DO SUAS

Encaminhamento

Ao CCI Vovó Ziza,

Mediante autorização pela Superintendência de Proteção Social Básica/SAS, estamos encaminhando a acadêmica, **Isabela Caroline Marques Santos**, aluna do curso de Mestrado em Desenvolvimento na região Centro-oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Prof. Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade, para o prosseguimento da pesquisa intitulada: *Atividade Física de Idosos: Adesão, Barreiras e Repercussões na Saúde*, iniciada no segundo semestre de 2016 e previsão para término em fevereiro de 2018.

Atenciosamente,

Elaine Rodrigues Teles

Gerente de Informações e Gestão do Trabalho do Suas

Elaine Rodrigues Teles
Gerência de Informação e
Gestão do Trabalho do SUAS

Campo Grande, 07 de julho de 2017.

ANEXO E

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS:
ADESÃO, BARREIRAS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE

Pesquisador: ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65859117.9.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.038.080

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva que busca compreender a relação entre as barreiras para prática de atividades físicas de idosos (295) e a repercussão na saúde dos mesmos. Será realizada em Centros de Convivência de Idosos na cidade de Campo Grande.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Caracterizar idosos em relação às atividades físicas e as repercussões sobre sua saúde, na cidade de Campo Grande – MS.

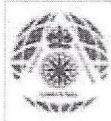
Objetivos específicos:

- a) Identificar as doenças crônicas e o autocuidado.
- b) Avaliar o nível de atividade física de vida diária da amostra pesquisada.
- c) Identificar as barreiras para a adesão aos programas de atividades físicas disponíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios da pesquisa serão indiretos, pois contribuirá para melhor atendimento da população Pesquisada. Os participantes não correrão riscos consecutivos ou após sua Participação, contudo, caso haja algum imprevisto que cause qualquer tipo de dano, a pesquisa será imediatamente interrompida e será informado às instâncias envolvidas.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.038.080

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto atende aos requisitos analisados pelo Comitê de Ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória (Projeto de pesquisa, Instrumentos de coleta de dados, Carta de aceitação da instituição onde serão coletados os dados e TCLE) foram anexados corretamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu ao solicitado pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866457.pdf	13/04/2017 15:00:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Disserta_IsabelaMarques_quatro.pdf	13/04/2017 14:59:17	ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdois.pdf	13/04/2017 14:58:44	ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil_folha_rosto.pdf	16/02/2017 23:38:08	ISABELA CAROLINE MARQUES SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 28 de Abril de 2017

Assinado por:
PAULO ROBERTO H Aidamus de Oliveira Bastos
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br