

Paulo Roberto de Oliveira

POPULAÇÃO IDOSA DE UBERABA E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
fatores de não aderência

UBERABA – MG
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Paulo Roberto de Oliveira

POPULAÇÃO IDOSA DE UBERABA E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
fatores de não aderência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício” (Linha de Pesquisa Formação e Ação Profissional em Educação Física e Esportes), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção ao título de mestre.

Orientadora: Doutora Regina Maria Rovigati Simões

UBERABA – MG
2014

**Catologação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

O49p Oliveira, Paulo Roberto de
População idosa de Uberaba e a prática de exercícios físicos: fatores de não aderência / Paulo Roberto de Oliveira. -- 2014.
146 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.

Orientadora: Profª Drª Regina Maria Rovigati Simões

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Atividade física. 4. Exercício físico. I. Simões, Regina Maria Rovigati. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III Título.

CDU 613.71-053.9

Paulo Roberto de Oliveira

POPULAÇÃO IDOSA DE UBERABA E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
fatores de não aderência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício” (Linha de Pesquisa Formação e Ação Profissional em Educação Física e Esportes), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção ao título de mestre.

Aprovado em 28 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Doutora Regina Maria Rovigati Simões – Orientadora
Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Doutor Wagner Wey Moreira
Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Doutor Idico Luiz Pellegrinotti
Universidade Metodista de Piracicaba / Unimep

Dedico à minha esposa Leda, cujo carinho, amor e dedicação me fazem ter a certeza da importância de sua companhia ao meu lado e ao meu filho Paulo Henrique, razão principal que me incentiva a continuar na busca do auto aperfeiçoamento e de novas realizações.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela vida, pela saúde, pela oportunidade de realizar e por ter me possibilitado atravessar os caminhos que permitiram a realização deste sonho.

Aos meus pais, Eduardo e Núbia, pela minha existência e presença no mundo e pelos valores e educação recebidos.

A minha esposa, Leda Angela, por sua constante e doce companhia sempre ao meu lado, por seu respeito e aceitação das minhas escolhas, dividindo sempre comigo as rosas e os espinhos provenientes destas escolhas.

Ao meu filho, Paulo Henrique, por sua compreensão diante das minhas ausências pelas atividades do mestrado; por me trazer força e luz na minha jornada e por quem acredito que, o cuidar com ética e amor, pode ser a força transformadora para um mundo melhor

Aos meus irmãos, Jefferson, Claudia, Julio, Glaucia, Gleice e Eduardo por seu amor, compreensão, confiança depositada e por saber que posso contar com eles sempre.

Aos meus orientadores, professores Regina Maria Rovigati Simões e Wagner Wey Moreira, pelo apego e paixão contagiante à ciência, aos estudos e à docência; pelo profissionalismo, companheirismo, disponibilidade e acolhida no Programa de Pós Graduação; por suas grandiosas e ricas ajudas e pela inesquecível orientação ao longo desta recente jornada acadêmica, retomada na minha maturidade.

Aos professores Vilma Leni Nista-Picollo, Michele Viviene Carbinatto, Octavio Barbosa Neto, Sheyla Tribess, Ídico Luiz Pellegrinotti e Flavia Baccin Fiorante pela disponibilidade e carinho em compartilhar conhecimento simultaneamente aos seus muitos afazeres. Aprendi com todos e mui prazerosamente os ofícios do sacerdócio do ensino, pesquisa e extensão.

A todos os professores e servidores do Mestrado em Educação Física da UFTM, da minha e de outras linhas de pesquisa. A convivência, estudos, pesquisas e aprendizado interdisciplinares foram importantes e especiais em cada momento.

Aos colegas e professores dos grupos de estudo e pesquisa NUCORPO e POTENCIAL com quem a partilha de experiências, aprendizado e realizações foram grandes. Além e muito mais que profissionais, exemplos de disposição, empenho e dedicação à ciência e aos estudos. Foi e continuará sendo muito bom conviver convosco. A distância não nos separará.

Aos todos os colegas mestrandos do Programa de Pós Graduação em Educação Física da UFTM, ingressos de 2011 a 2013 pela companhia, idéias, sugestões e aprendizado comum e com quem foram intensos os momentos de aulas, seminários, estudos, pesquisas, alegrias e companheirismo. A amizade perdurará.

À UFTM, por possibilitar a oportunidade do curso, mediante oferta pública de vagas.

Aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, lotados na Secretaria ou nas diversas Unidades de Saúde da Família que atuam na atenção à saúde do idoso, com quem interagi durante as atividades de pesquisa e que compartilharam meu sonho.

Aos idosos de Uberaba, em especial aos sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade em participar do estudo, pelas alegrias e desabafos compartilhados e pelo estímulo para seguir em frente.

Obrigado. Deus os abençoe.

“Tudo neste mundo tem o seu tempo[...]. Há tempo de nascer e tempo de morrer[...]. Então entendi que nesta vida tudo o que a pessoa pode fazer é procurar ser feliz e viver o melhor que puder.”

Bíblia Sagrada. Eclesiastes 3.1-2,12.

SBB – 1988 Versão na Linguagem de Hoje

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e heterogêneo, sendo um dos grandes desafios da sociedade contemporânea. A população idosa brasileira vem aumentando significativamente nas últimas décadas, produto da queda das taxas de mortalidade e de fertilidade ocorridas após a década de 1960. O exercício físico é importante fator de proteção à saúde e os fatores que limitem a sua prática precisam ser conhecidos e contornados. Com o objetivo de identificar os motivos de não aderência à prática de exercícios físicos, entrevistei 322 idosos não praticantes, cadastrados em três Unidades de Saúde da Família de Uberaba – MG interpretando as respostas pela Análise de Conteúdo, com uso da Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado, proposta por Moreira, Simões e Porto (2005). Os resultados mostraram que da amostra inicial de 428 sujeitos, 75,2% (322) não praticam exercícios físicos e indicaram fatores de sua não aderência, dos quais 201 não residem perto de locais públicos onde estes serviços estão sendo ofertados à população. 96,5% dos não praticantes (311) acham a prática importante para a manutenção da saúde o que é paradoxal pelo fato de não a incorporarem habitualmente pelos benefícios que traz à saúde. Questionados sobre porque consideram importante a prática, dos 322 sujeitos não praticantes, 71 se abstiveram e 11 relataram não achar importante. As respostas dos outros 251 idosos foram organizadas em nove Unidades de Significado, com seguintes frequências: Proteção à Saúde(117); Capacidade Funcional(115); Não Respondeu(71); Disposição(34); É bom, faz bem(29); Questões Estéticas(19); Juízo de Terceiros(18); Não acha importante(11) e Socialização(6). Quanto à não aderência à prática de exercícios físicos, dois sujeitos se abstiveram de resposta e os outros 320 manifestaram 641 respostas, organizadas em oito Unidades de Significado, com seguintes frequências: Problemas de Saúde(264); Falta de Tempo(119); Trabalho(101); Preguiça(68); Dificuldades de acesso(55); Dificuldades Cotidianas(15); Falta de Companhia(9) e Não Quero(8).

Palavras Chave: Envelhecimento. Idosos. Exercício Físico. Atividade Física. Exercício:fatores de não aderência.

ABSTRACT

Population aging is a global, heterogeneous phenomenon, being one of the greatest challenges of contemporary society. Brazilian elderly population is increasing significantly in recent decades, a result of the fall of the fertility and mortality rates that occurred after the Decade of 1960. Physical exercise is an important factor of health protection and the elements that limit its practice need to be known and overcome. In order to identify the reasons for non-adherence to the practice of physical exercises, I interviewed 322 non-practitioner elderlies, registered in three family health Units of Uberaba-MG, interpreting the responses by Content Analysis, using the technique of elaboration and signified units analysis, proposed by Moreira, Simões and Porto (2005). The results showed that from the initial sample of 428 subjects, 75.2% (322) do not engage in physical exercises and indicated their non adherence factors, of which 201 do not reside near public places where these services are being offered to the population. 96.5% of non practitioners (311) think practice is important for maintenance of health, what is paradoxical because they do not usually incorporate it because of the benefits it brings to health. Questioned about why they consider important the practice, from the 322 non-practitioners, 71 abstained from the answer and 11 reported it was not important. The answers from the other 251 elderlies were organized into nine Signified Units, with the following frequencies: Protection to health (117); Functional Capability (115); Did not answer (71); Disposition (34); It is good, it is beneficial (29); Esthetic issues (19); Third party judgment (18); Think it is not important (11) and Socialization (6). Regarding the non-adherence to the practice of physical exercises, two subjects abstained from the answer and the other 320 expressed 641 answers, organized into eight Signified Units, with the following frequencies: health problems (264); Lack of time (119); Work (101); Laziness (68); Difficulties of access (55); Everyday difficulties (15); Lack of Company (9) and I don't want to (8).

Key words: Aging. Elderlies. Physical Exercise. Physical Activity. Exercise: non-adherence factors.

LISTA DE FIGURAS

Figuras

1	Transição Demográfica Sueca (1750 – 2050)	26
2	Transição Demográfica do Reino Unido (1850 – 2050)	27
3	Transição Demográfica Brasileira (1880 – 2050)	29
4	Transição Demográfica Brasileira – Fecundidade	31
5	Transição Demográfica Brasileira – Esperança de vida ao nascer	34
6	População brasileira por faixa etária e por sexo – 2010	36
7	Evolução Populacional de Uberaba (1991–2010)	37
8	Pirâmide Etária de Uberaba, de Minas Gerais e do Brasil – 2010	40
9	Pirâmide Etária Relativa – Brasil, 1960.	41
10	Pirâmide Etária Relativa – Brasil, 1991.	41
11	Frequência e Unidades de Significado da importância da prática de exercícios para a manutenção da saúde.	80
12	Estratificação por eSF das U. S. da importância da prática de exercícios para a manutenção da saúde.	81
13	Frequência de Resposta dos principais indicadores de não aderência à prática de exercícios físicos por idosos de Uberaba.	92
14	Frequência de Resposta e estratificação por eSF dos principais indicadores de não aderência à prática de exercícios.	93
15	Frequência de Resposta das Unidades de Significado de não aderência à prática de exercícios físicos.	95
16	Frequência de Resposta e Estratificação por eSF das Unidades de Significado de não aderência à prática de exercícios físicos.	96

LISTA DE QUADROS

Quadros

1	População por faixa etária. Uberaba, MG e Brasil. 2010	38
----------	--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabelas

1	Taxa média de crescimento anual. Brasil, 1950 – 2010	32
2	Idosos de Uberaba, MG e BR por gênero e % da população. 2010.	39
3	Percentual de Indivíduos que avaliaram estado de saúde como ruim.	53
4	Percentual de indivíduos que praticam atividade física no lazer.	63
5	Percentual de indivíduos fisicamente inativos - VIGITEL	64
6.	Seleção da amostra de sujeitos por eSF	70
7	Distribuição da amostra, segundo os grupos etários.	74
8	Distribuição da amostra, segundo o sexo.	75
9	Escolaridade informada pelos sujeitos da amostra	76
10	Distribuição da amostra total, por estado civil e eSF	77
11	Existência de locais públicos para a prática de EF próximo à residência.	78
12	Importância ou não da prática de EF para a manutenção da saúde.	78
13	Unidades de Significado dos indicadores da importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde.	82
14	Unidades de Significado dos indicadores de não aderência à pratica de exercícios físicos.	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEMEA	Centro Municipal de Ensino Avançado
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DS	Distrito Sanitário
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Atenção ao Idoso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UMS	Unidade Matricial de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
URS	Unidade Regional de Saúde
US	Unidade de Significado
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Seção

1	INTRODUÇÃO	16
2	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	21
2.1	A DIVERSIDADE DO FENÔMENO ENTRE BRASIL, SUÉCIA E REINO UNIDO	23
2.2	A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA E UBERABENSE	28
2.3	CLASSIFICAÇÃO DOS IDOSOS E HETEROGENEIDADE DOS SUJEITOS	42
3	O EXERCÍCIO FÍSICO	47
3.1	BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO	49
3.2	FATORES DE NÃO ADERÊNCIA À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	54
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	66
4.1	TIPO DE ESTUDO	66
4.2	LOCAL DA PESQUISA	67
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA	68
4.4	INSTRUMENTOS DA PESQUISA	70
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	71
4.6	PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	72
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	74
5.1	FATORES DE NÃO ADERÊNCIA À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	91
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109

REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE A – Entrevista	117
APÊNDICE B – Respostas à pergunta 2	118
APÊNDICE C – U.S., sujeitos e frequência de respostas à pergunta 2	124
APÊNDICE D – U.S. dos indicadores de respostas à pergunta 2	125
APÊNDICE E – Respostas à pergunta 3	130
APÊNDICE F – U.S., sujeitos e frequência de respostas à pergunta 3	136
APÊNDICE G – U.S. dos indicadores de respostas à pergunta 3	137
ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética	142
ANEXO 2 – Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba	143
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	144
ANEXO 4 – Definição de Termos	146

1 INTRODUÇÃO

Tão logo nascemos, começamos a experimentar os fenômenos do desenvolvimento e do envelhecimento. O corpo humano evidencia e torna nítido o impacto do reflexo dos anos na vida de uma pessoa. O processo do envelhecimento além de deixar suas marcas, físicas ou psicológicas, impregnadas no corpo, também desencadeia diversas alterações sociais, ambientais e culturais.

O interesse pela vida é natural, instintivo e notório aos seres de todas as espécies, mormente dos humanos, dotados das faculdades do pensar, do agir e da vontade. Importa, contudo, não apenas viver muito tempo, mas viver com qualidade, com saúde, com autonomia e com independência e funcionalidade tanto para as atividades da vida diária (AVD), quanto para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

Estudos têm demonstrado que a prática de exercícios físicos é um importante fator de proteção à saúde. Os temas exercício físico, motivação para a sua prática regular e fatores ou dificuldades limitadoras à sua prática habitual, tecnicamente definidos como barreiras, têm inquietado a muitos pesquisadores, ao longo do tempo. Em seu estudo, ainda que com objetivos e metodologia diferenciada, Carvalho (2001), também formulou o mesmo questionamento que nos move no presente trabalho: “Por que grande parte da população não pratica exercícios físicos, se eles são benéficos à saúde”? Varella (2014), da mesma forma contundemente questiona: “Se todos reconhecem que o exercício físico faz bem para o organismo, porque ninguém se exercita com regularidade”? Com o propósito de contribuir para a discussão da temática é que me empenhei em realizar o presente estudo e investigação.

Esta dissertação está organizada em cinco seções. Na primeira e introdutória são apresentados o problema de pesquisa, as justificativas e os objetivos gerais e específicos. A segunda aborda a questão do envelhecimento populacional; como ocorre uma transição demográfica e ainda a heterogeneidade e classificação dos idosos. Na terceira, o foco é o exercício físico, seus benefícios de diversas ordens, os fatores limitadores à sua prática habitual e estudos já realizados e seus

resultados. Na quarta seção são descritos os procedimentos metodológicos e na última são apresentados os resultados deste estudo.

É através do corpo que existimos. Não se concebe a possibilidade da existência do homem no mundo sem o corpo. Refletir sobre a vida é uma ação natural da existência humana. Ainda antes de ser gerado, o ser humano já enseja reflexões e ações por parte dos seus ascendentes e se torna produto destas ações.

Estudos sugerem que desde muito cedo, ainda na infância, a ideia do planejamento de uma futura e então distante reprodução, visando à continuidade da espécie, está presente no imaginário das crianças.

A origem, os objetivos e o destino da vida humana se constituem desde os primórdios da civilização em objeto de bastante reflexão originando grande número de teorias e debates sobre o tema sob variados enfoques.

Estudar sobre o desenvolvimento humano conduz à verificação das suas diversas fases desde o nascimento até a morte. Este trabalho foca a sua atenção na população idosa, que vivencia a última etapa do seu ciclo vital.

O idoso traz em si, a experiência de quem muito já viveu. A temporalidade da vida representa apenas uma das muitas formas de se medir a vida vivida. As experiências de cada sujeito são singulares e impactadas por diferentes significações que vão sendo impressas na personalidade do sujeito, à medida em que, vivendo, vai se interagindo ambientalmente, transformando e sendo transformado.

A sociedade contemporânea está sendo beneficiada pelos benefícios produzidos pelo desenvolvimento tecnológico, uma das grandes conquistas do século passado, mas que também trouxe uma série de desafios, mormente para as políticas sociais como assistência e previdência social, aposentadoria e saúde.

Outra conquista social muito importante foi o avanço da tecnologia médica, com influências benéficas na longevidade e qualidade de vida das pessoas, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, contribuindo para a elevada redução das taxas de mortalidade pelo controle sobre as doenças infecto-contagiosas, responsáveis até meados do século passado, por grande número de óbitos, em todas as faixas etárias, em decorrência do seu alto poder de contágio e por baixo mecanismo social de controle e proteção proporcionados pelos governos.

Estabelecidos estes ganhos sociais, na atualidade, as doenças que são responsáveis por muitas mortes e limitações pertencem ao grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) propor aos seus países-membros, o estabelecimento de compromissos para a redução das taxas de morbimortalidade por essa categoria de doenças, que representam atualmente um desafio de saúde para o desenvolvimento das nações.

Na apresentação do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, para o período de 2011 a 2022, Malta, Morais Neto e Silva Junior (2011 p. 426), informaram que:

As DCNT são as principais causas de óbitos no mundo e gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer. [...] No Brasil, como outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de óbitos [...] e atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos e os de baixa escolaridade e renda. [...] As estimativas mostram que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas insuficientemente ativas têm de 20,0 a 30,0% de aumento no risco de todas as causas de mortalidade. A atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão.

As DCNT são passíveis de prevenção e podem ter a sua evolução minimizada, melhorando o prognóstico e qualidade de vida dos indivíduos, por meio de dois tipos de ações: a) de prevenção dos diversos fatores de risco, dentre os quais o sedentarismo e a inatividade física; b) de manutenção e ampliação dos fatores de proteção, dentre os quais a prática regular de exercícios físicos, objeto de estudo do presente trabalho.

Após estudos técnicos e testes pilotos realizados com o apoio de universidades brasileiras, o Ministério da Saúde do Brasil vem realizando desde 2006 um trabalho de vigilância em saúde pública, e pesquisou de 54.144 a 54.369 sujeitos anualmente, através do Sistema VIGITEL¹ – Vigilância de Fatores de Risco

¹ VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Sistema de Vigilância Sanitária implantado pelo Ministério da Saúde em 2006 em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal e que tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos linhas fixas de telefone em cada cidade. As pesquisas buscam conhecer características da população adulta brasileira em relação à condição socioeconômica, inatividade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação, doenças existentes e a prática de atividades físicas, dentre outras. A pesquisa é feita anualmente, desde 2006, com mais de 54.000 indivíduos por ano e seus resultados são amplamente divulgados pelo Ministério da Saúde.

e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, que divulga relatórios anuais dos resultados das suas pesquisas. Estas pesquisas confirmam que baixo percentual da população brasileira se exercita de modo suficiente no lazer e que há um grande percentual de indivíduos da população, fisicamente inativos, especialmente na faixa etária dos idosos.

Além de fundamental fator de proteção de saúde, os exercícios físicos são importantes para o organismo humano em geral. Um envelhecimento bem sucedido vincula-se a um estilo de vida ativo que por sua vez, possibilita ao sujeito o envolvimento na prática de exercícios físicos aliadas a convívios sociais, recreativos e eficiente nutrição e controle da saúde.

Um ou mais fatores podem predispor ou dificultar a modificação comportamental, para a prática de exercícios. Destacam-se, por sua maior prevalência: o conhecimento; a atitude; as experiências anteriores; o apoio social de familiares e amigos; a disponibilidade de espaços e instalações; os fatores limitantes ou barreiras percebidas pelas pessoas (falta de tempo, distância até o local da prática, falta de recursos financeiros, entre outras) e as normas sociais (leis, regras e regulamentos).

Quando tais fatores, também identificados na literatura como determinantes, exercem uma influência positiva para a prática regular do exercício físico eles são chamados de “facilitadores” ou “determinantes positivos” tendo em vista que oportunizam, viabilizam ou facilitam a realização da atividade.

Por outro lado, quando os fatores inibem a prática, tornam-na mais difícil de ser concretizada ou a atrapalham, são chamados de “barreiras” ou “determinantes negativos” e se configuram como um peso negativo no processo de tomada de decisão do sujeito para a prática regular do exercício físico. Assim, as barreiras podem ser interpretadas como as razões, desculpas ou motivos alegados.

Os facilitadores e as barreiras foram classificados por Cassou et al (2008) em seis dimensões de fatores determinantes a saber: 1) fatores demográficos e biológicos; 2) fatores psicológicos, emocionais e cognitivos; 3) fatores sociais e culturais; 4) fatores ambientais; 5) Histórico de relacionamento da pessoa com a atividade física; 6) atributos comportamentais.

A pesquisa é necessária e oportuna, pois visa identificar as dificuldades de não aderência à prática de exercícios que possam ser futuramente contornados, com a finalidade de motivar mais pessoas à prática desse importante fator de proteção à saúde. A pesquisa pode gerar benefícios aos sujeitos pesquisados e à comunidade em geral, através de contribuições à promoção da saúde e a programas de educação em saúde coletiva, proporcionando condições de que mais sujeitos se beneficiem com a prática do exercício físico obtendo melhoria das suas condições de saúde, elemento fundamental para a ampliação da qualidade de vida percebida das pessoas.

Os resultados obtidos com o presente estudo servem de insumo que possibilita aos interessados em geral e em especial ao profissional em Educação Física, a oportunidade de uso desses resultados no desempenho de suas funções, mormente em ações de Educação em Saúde e de Educação em Saúde Coletiva à população idosa, carente de conhecimentos do assunto.

O estudo tem relevância social por contribuir na busca de intervenções que visem superar esses fatores limitantes ou barreiras, favorecendo o acesso de mais pessoas à prática de exercícios, retardando os efeitos típicos do envelhecimento, mantendo a autonomia e a independência, que se constituem em grande desafio social e um assunto significativo para a ciência e para a sociedade.

Tendo em vista os dados preliminares discutidos nesta introdução, atendendo a princípios éticos fundamentais, e com utilização de metodologia científica, o principal objetivo deste estudo e pesquisa é identificar quais são os motivos de não aderência à prática de exercícios físicos, presentes no discurso de um grupo de idosos de Uberaba (MG), com mais de 60 anos de idade.

Como objetivos específicos, o trabalho pretende: a) verificar a literatura científica acerca do idoso e do exercício físico; b) descrever a visão do idoso sobre a prática do exercício físico; c) entender as barreiras para a prática regular do exercício físico.

2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Os aspectos conceituais do envelhecimento humano permeiam e se interagem com diferentes referenciais teóricos conforme o viés de cada encaminhamento que se queira dar ao assunto, envolvendo questões filosóficas, ambientais, biológicas, funcionais, fisiológicas, relacionais, psicológicas e sócio-econômicas, dentre outras.

Segundo Farinatti (2008), construtos ou a própria percepção do que é o envelhecimento são por demais complexos em sua elaboração e não devem limitar-se a definições operacionais.

A mesma complexidade conceitual é identificada por Spirduso (2005) ao ponderar que o envelhecimento é uma extensão lógica dos processos fisiológicos do crescimento e desenvolvimento, começando com o nascimento e terminando com a morte.

Para Carvalhaes Neto (2011) o envelhecimento é o conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida adulta e, com frequência, mas não sempre, reduzem a viabilidade do indivíduo, enquanto que para Paschoal (1996), ele significa um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse.

Ao longo do curso da vida humana, a história revela que existiram pessoas que tiveram uma vida bem mais longa que muitos dos seus contemporâneos. Igualmente, sempre ocorreram óbitos de recém nascidos, crianças e adolescentes que tiveram um período de vida curto, comparado com a maioria dos humanos que atingem a vida adulta.

A experiência da longevidade não fez, não faz e certamente continuará não fazendo parte da vida de todas as pessoas, pois a finitude vital abrange pessoas de todas as idades.

Conforme Moragas (2010) um dos motivos que influem nessa questão é que as sociedades distribuem desigualmente as oportunidades vitais entre seus membros, embora nas sociedades democráticas modernas essas diferenças sejam menores.

Ter uma vida longa, já foi em muitas culturas e épocas diferentes, privilégio de uma minoria da população.

Porém, desde meados do século XIX, a sociedade vem experimentando um crescimento populacional, de proporções sistematicamente acentuadas na população idosa.

Regra geral, atualmente, as populações estão tendo uma vida mais longa. Um número cada vez maior de pessoas tem sido beneficiada com uma duração de vida maior que, segundo Kalache, Veras e Ramos (1987) é evidenciada pela elevação do tempo médio de vida tanto das populações de cidades quanto de países e continentes, resultado da divisão do somatório das idades individuais pelo número de pessoas.

O envelhecimento humano, conforme sustentado por Veras (2009), faz parte de um conjunto de preocupações atuais da sociedade contemporânea, constituindo a longevidade da população em um fenômeno mundial com importantes repercussões nos campos social e econômico.

Este processo acarreta alterações na proporção relativa dos diversos grupos etários no total de uma população, quanto ao que Moragas (2010) assevera que a proporção de pessoas idosas em relação ao total da população atinge, atualmente, níveis superiores aos de qualquer outra época da história.

Decorrente do estudo do processo do envelhecimento humano, teóricos do desenvolvimento e outros profissionais envolvidos com o tema, utilizam atualmente a classificação que distingue o processo em duas fases distintas: envelhecimento primário e secundário.

O envelhecimento primário é entendido como o processo gradual e inevitável de deterioração corporal que ocorre durante todo o ciclo da vida, enquanto que o secundário é entendido como os processos que resultam de doença, de abuso ou da falta de uso do corpo e que, muitas vezes, são evitáveis e passíveis de beneficiarem-se do resultado da ação humana.

O estudo do tema, por suas especificidades, envolve diferentes áreas do conhecimento, como Antropologia, Biologia, Demografia, Economia, Educação Física, Estatística, Genética, Geriatria, Gerontologia, Medicina, Psicologia, e Sociologia dentre outras, conforme Félix (2010).

Estudar este assunto enseja ainda adentrarmos sobre as experiências de vida de indivíduos, populações e culturas que tiveram ou estão tendo uma vida prolongada, perpassando por seus históricos genéticos e as suas intrincadas relações sócio-culturais ao longo da existência.

O envelhecimento populacional se tornou nas últimas décadas um fenômeno com interesses e repercussão mundial, conforme defendido por Papaléo Netto e Ponte (1996) e Veras (2009).

Grande número de países tem voltado suas atenções para a discussão e busca de soluções para este delicado assunto, segundo argumentação de Leme (1996) e Félix (2010).

As questões que perpassam esse processo acarretam reflexos em diversas áreas do existir humano, envolvendo questões complexas e multifatoriais, como trabalho, família, renda, saúde, estilo de vida, sustentabilidade, educação e qualidade de vida.

A sociedade contemporânea convive atualmente com uma forte pressão sobre a questão demográfica.

Se em décadas anteriores houve um grande receio social acerca do estigma da fome e da carência de alimentos para um então rápido crescimento populacional, hoje o foco das preocupações se relaciona com uma grande expansão da população idosa, aliado à constatação de que houve um sub-dimensionamento das perspectivas e projeções de estudos demográficos para a estratificação dessa população.

Um alto contingente de idosos que se aparentava distante, para um futuro relativamente distante, está rapidamente sendo alcançado.

Com isso, possibilidades teóricas, tidas como remotas a menos de um século atrás, são hoje uma dura realidade para a sociedade contemporânea.

2.1 A DIVERSIDADE DO FENÔMENO ENTRE BRASIL, SUÉCIA E REINO UNIDO

O fenômeno do envelhecimento populacional, conforme demonstra a história recente, não ocorre da mesma maneira e grau em países distintos. Contribuem para

isto, os variados graus de impacto das condições culturais, ambientais, sócio-econômicas, nutricionais, genéticas dessas populações em geral, e de seus indivíduos, em particular.

Mesmo considerando o grande peso exercido pelas influências sócio-econômicas dos países desenvolvidos, também neles o fenômeno do envelhecimento populacional tem ocorrido em forma, graus e em épocas variadas, conforme defendem Veras (2009); Paschoal (1996); Papaléo Netto e Ponte (1996); Leme (1996); Kalache, Veras e Ramos (1987).

Um fator que muito contribuiu para o envelhecimento populacional no século XX, foi a melhoria das condições de saúde.

Nahas (2001), ressalta que apesar de ainda existirem locais com problemas sócio-ambientais e de assistência médica, observamos uma revolução na saúde pública dos países desenvolvidos, também acompanhada em menor intensidade nos países em desenvolvimento, com destaque para a prevenção e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

No Censo de 2010, o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, publicou um Atlas demográfico comparando o Brasil e o mundo quanto à idade mediana da população, distribuída em seis faixas etárias: de 15,5 a 19 anos; de 19,1 a 23,0 anos; de 23,1 a 29,2 anos; de 29,3 a 35,0 anos; de 35,1 a 40,0 anos e de 40,1 a 44,7 anos.

Referido Atlas indica as seguintes idades medianas: de 29,2 (Mundo); de 29,0 (Brasil); de 19,7 (Continente Africano); de 27,6 (América Latina); de 29,2 (Ásia); de 32,8 (Oceania); de 37,2 (América anglo-saxônica) e de 40,1 (Europa). Analisando os dados do Atlas Demográfico Mundial de 2010, identifica-se três grandes grupos de países, que analiso a seguir.

No primeiro grupo, predominam nas duas faixas etárias inferiores (de 15,5 a 23,0 anos), as medianas alcançadas por países em desenvolvimento, com características de baixos índices de desenvolvimento humano (IDH), baixos níveis sócio-econômicos, altas taxas de fecundidade, mortalidade e crescimento populacional, com forte concentração geográfica no continente africano.

Já no grupo de países representados nas duas faixas intermediárias (de 23,1 a 35,0 anos), fortemente impactadas por dados da população chinesa e indiana que

representam cerca de 35% da população mundial, os países com estas medianas apresentam indicadores médios de IDH, níveis sócio-econômicos medianos, baixas taxas de crescimento populacional e taxas de fecundidade e mortalidade em queda.

No terceiro e último bloco de países, que é representado pelas duas faixas etárias superiores (de 35,1 a 44,7 anos), há predominância dos países desenvolvidos, com altos indicadores de IDH e níveis sócio-econômicos, baixo crescimento populacional - quando não estável ou negativo -, baixas taxas de fecundidade e mortalidade e com forte concentração geográfica na Europa e na América anglo-saxônica.

Ainda nestas duas últimas faixas, estão presentes os países com as populações mais envelhecidas do mundo e que apresentam manutenção de altas expectativas de vida ao nascer, como o Japão, Alemanha, Itália, França, Suécia, Reino Unido, Canadá e Estados Unidos, que já tiveram a sua transição demográfica, aqui entendida como as mudanças experimentadas pelas populações, que proporcionaram condições à passagem demográfica de altas taxas de natalidade e mortalidade para uma situação de baixos níveis destes dois indicadores.

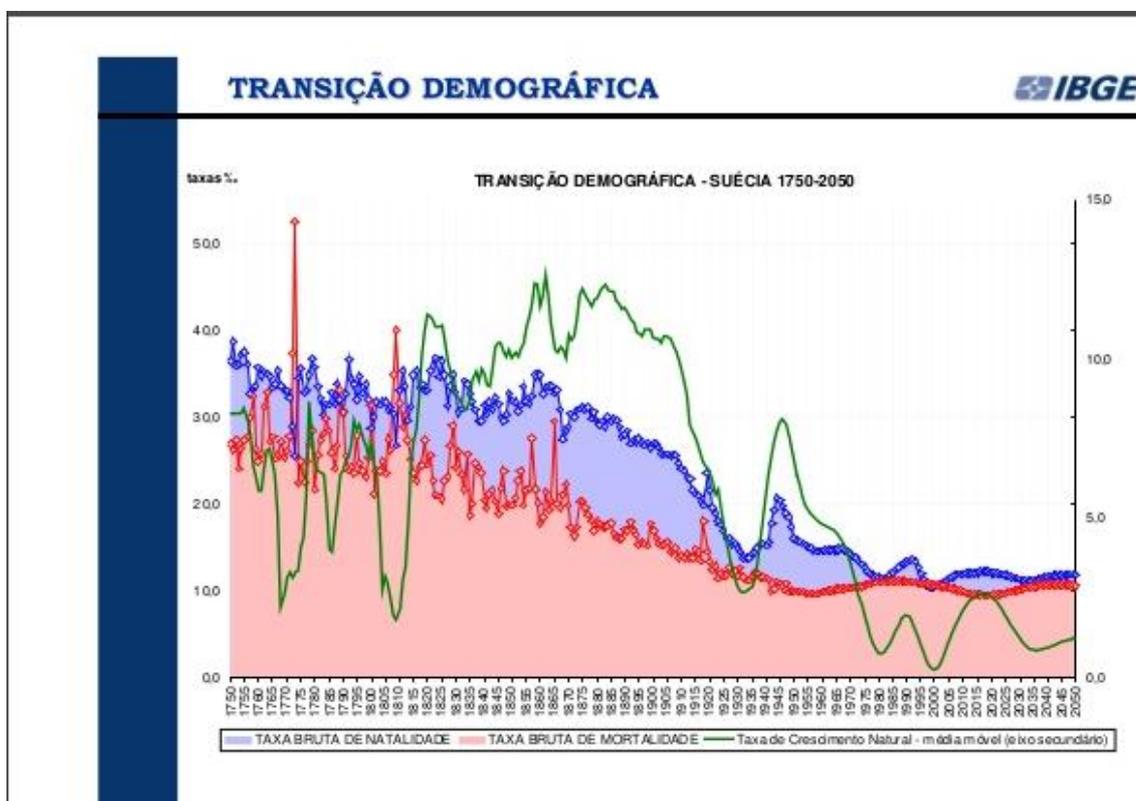
A respeito da transição demográfica no mundo e no Brasil, Borges (2013), ressalta que nos países desenvolvidos as taxas de mortalidade e de fecundidade caíram lentamente, corroborando sua análise com uso de dados da Suécia e do Reino Unido. Ressalta, contudo, que na maioria dos países em desenvolvimento, este processo se deu de forma bastante rápida, com bruscas mudanças em um curto período de tempo.

A situação brasileira é, entre tantos outros, um bom exemplo de rápida transição demográfica. A população brasileira vem apresentando importantes transformações, decorrentes desse processo de transição experimentado pelo país a partir da década de 1940, com acentuadas quedas dos índices de natalidade/fecundidade e mortalidade.

Na Figura 1 demonstramos como se deu a transição demográfica na Suécia, país atualmente considerado o melhor país para se envelhecer com base em critérios de estudo mundial de 2012 realizado pela HelpAge Internacional, com supervisão do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e patrocinado pela ONU e que visou medir a gestão do envelhecimento pelos governos calcado em 4

domínios: segurança de renda do idoso; estado de saúde; emprego e educação; e ambiente propício contemplando conexões sociais, segurança física, acesso a transporte público e liberdade civil.

A Suécia goza de reconhecida demonstração de respeito internacional pela forma como trata aos seus idosos e por proporcionar a todos os seus habitantes diversas políticas de bem estar social. A transição demográfica sueca se deu num intervalo de mais de dois séculos e meio, e a figura 1 indica a época, a intensidade e alterações suavizadas temporalmente nas taxas de fecundidade/natalidade, mortalidade e de crescimento populacional, desde 1750 e com projeções até 2050.



Fonte: Borges (2013)

Figura 1 – Transição Demográfica Sueca (1750 – 2050)

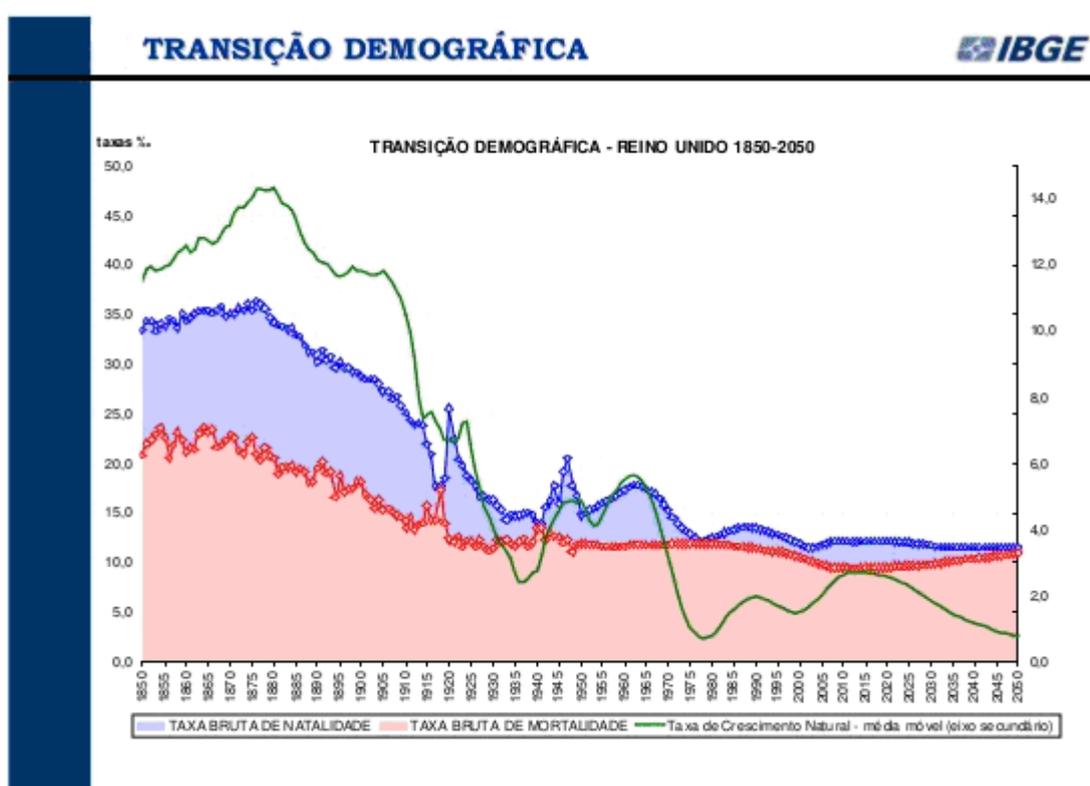
Analisando os dados da Figura 1, constata-se que a transição demográfica da Suécia apresentou as seguintes características: a) redução gradativa e consistente da taxa de mortalidade de 1810 a 1950, ocorrendo a partir de 1950 uma tendência estável de baixa mortalidade. Tal processo durou cerca de 140 anos e foi responsável pela redução de uma taxa situada um pouco acima de 200 para uma taxa pouco acima de 100; b) taxa de natalidade historicamente acima da taxa de

mortalidade; c) redução gradativa e consistente da taxa de natalidade no período de 1810 a 1990, salvo no período 1940-1960, com tendência de estabilidade após 1990. Duração do processo: 180 anos, responsável pela redução de uma taxa de 330 para uma taxa em torno de 130; d) taxa de crescimento muito irregular, com muitos picos e vales, tendendo a estabilidade de baixo crescimento após 1970.

O Reino Unido, integrado por 4 países: Inglaterra, País de Gales, Irlanda do Norte e Escócia, vem investindo pesadamente no fornecimento de políticas de bem estar à sua população, especialmente naquelas voltadas ao financiamento previdenciário, através de Benefício de Prestação Continuada (BPC); ambiente econômico e do setor de saúde, o que o destaca na comparação com outros países.

No Reino Unido, o processo da transição demográfica ocorreu de forma distinta daquela ocorrida na Suécia.

Na Figura 2 demonstramos a transição demográfica do Reino Unido, num intervalo temporal de pouco mais um século e meio, indicando a época e intensidade das alterações ocorridas nas taxas de natalidade, mortalidade e de crescimento populacional, desde 1850 e com projeções até 2050.



Fonte: Borges (2013)

Figura 2 – Transição Demográfica do Reino Unido (1850 – 2050)

Analisando a Figura 2, constata-se que a transição demográfica do Reino Unido apresentou as seguintes características: a) redução suave e gradativa da taxa de mortalidade de 1850 a 1950 e a partir daí com tendência de estabilidade. Tal processo durou cerca de 100 anos e foi responsável pela redução de uma taxa pouco acima de 20 para uma taxa pouco acima de 10 e que se mantém; b) taxa de natalidade historicamente acima da taxa de mortalidade; c) redução gradativa e consistente da taxa de natalidade de 1880 a 2000, e após com tendência de estabilidade. Duração do processo: 120 anos, responsável pela redução de uma taxa de 33 para uma taxa em torno de 10; d) taxa de crescimento com queda intensa de 1880 a 1940, tendendo a estabilidade de baixo crescimento após 1980.

Tendo em vista as considerações acerca das transições demográficas destes países, principalmente quanto à longa duração dos seus respectivos processos de envelhecimento populacional, trazemos à discussão a situação brasileira e posteriormente a da cidade de Uberaba.

2.2 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA E A UBERABENSE

O Brasil é atualmente detentor da quinta maior população do mundo. Assim, os estudos acerca do envelhecimento humano se revestem de fundamental importância para o país e seus habitantes, principalmente pela rapidez da mudança da estrutura etária de nossa população e seus conseqüentes efeitos na vida da sociedade brasileira.

Uma série de fatores exerce influência, em graus variados de relevância, sobre o fenômeno do envelhecimento populacional e o crescimento da população idosa que ele acarreta.

Dentre estes indicadores demográficos, destacam-se: taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade; taxas de crescimento, sobrevivência e morbidade; tragédias naturais e decorrentes de guerras; e fluxos migratórios.

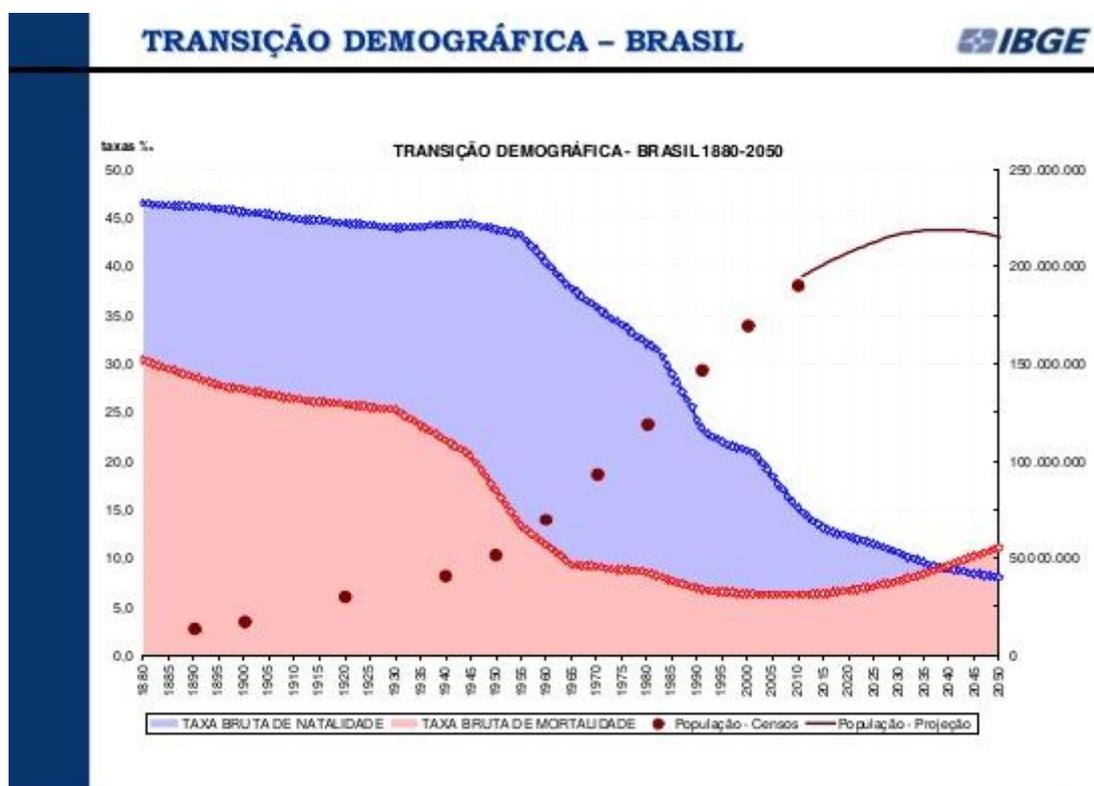
Em que pese a influência destes indicadores, importa ressaltar que eles impactam de forma diferenciada cada sociedade.

A nossa estrutura etária no último Censo de 2010, evidencia as grandes mudanças ocorridas na nossa demografia a partir da segunda metade do século XX,

refletindo em dois grandes declínios nos níveis de fecundidade e de mortalidade que estabeleceram as bases do padrão de envelhecimento da população brasileira, provocando ao mesmo tempo um estreitamento da base da nossa pirâmide etária, em decorrência da redução dos níveis de fecundidade e também um alargamento do topo da pirâmide etária pela redução dos níveis de mortalidade.

A forma como vem ocorrendo a transição demográfica brasileira, distingue-se daquelas ocorridas no processo de transição demográfica da Suécia e do Reino Unido.

A Figura 3 demonstra as taxas de natalidade e mortalidade brasileira e a população absoluta em um período de 130 anos entre os anos de 1880 a 2010, além de projetar tais dados até o ano de 2050. Analisando-a constata-se que o processo da transição demográfica brasileira está sendo fortemente impactado pelas drásticas reduções das taxas de natalidade/fecundidade e mortalidade num espaço temporal bem mais curto que o demandado pela transição demográfica sueca e do Reino Unido.



Fonte: Borges (2013)

Figura 3 – Transição Demográfica Brasileira (1880 – 2050)

A taxa de mortalidade da população brasileira se situou em altos patamares, na faixa de 30% a 25% por cerca de cinco décadas, de 1880 a 1930. Em apenas 35 anos, de 1930 a 1965, tivemos uma redução da taxa de mortalidade de 25% para 8%.

Paralelamente, houve uma redução também com a taxa de natalidade, historicamente situada na faixa dos 45% por quase oito décadas, de 1880 a 1955, e que teve uma queda drástica em apenas cinco décadas e meia, de 1955 a 2010, para situar-se em faixas próximas de 15%, com tendência declinante até 2050.

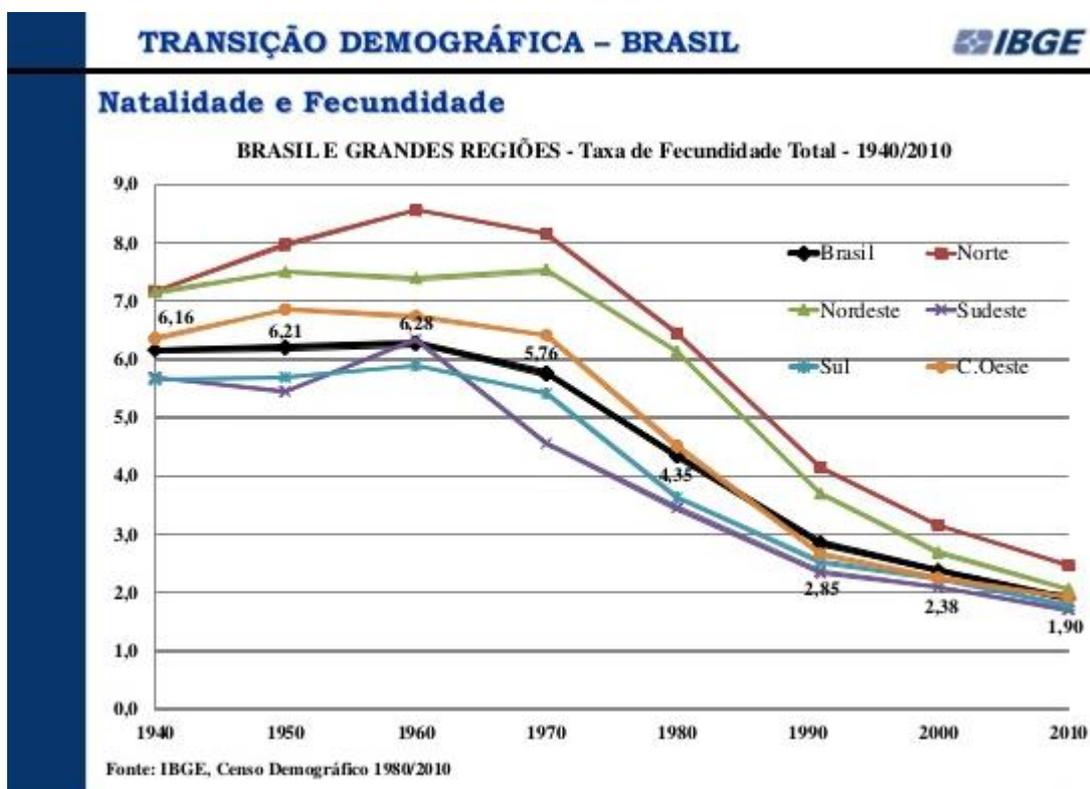
Ao analisar a forma como vem ocorrendo a transição demográfica brasileira, dois aspectos muito importantes se destacam por sua ocorrência e impacto na sociedade brasileira que também a distingue na comparação com outros países, a saber: as taxas de fecundidade/natalidade e o perfil social da população (urbana ou rural).

Em primeiro lugar, demonstro o detalhamento de como a sociedade brasileira vem se comportando quanto à fecundidade/natalidade.

Na maioria dos países onde o processo da transição demográfica, em função da alteração da fecundidade já ocorreu, a alteração comportamental dos indivíduos se deu de forma homogênea em quase todo o tecido social, salvo casos peculiares de elevados contingentes de população rural.

O Brasil, conforme o IBGE, em função da sua vasta extensão territorial, das enormes disparidades sócio-econômicas de regiões do país e ainda por diversas questões sócio-culturais dos seus habitantes não vêm apresentando taxas de redução da fecundidade/natalidade de forma homogênea em todo o território nacional.

Esta situação fica evidenciada na Figura 4, que demonstra a evolução da taxa de natalidade e fecundidade desde o Censo de 1940 até o de 2010, destacando as distintas situações regionais e a do país como um todo.



Fonte: Borges (2013)

Figura 4 – Transição Demográfica Brasileira – Fecundidade.

A partir da década de 1960 as taxas de fecundidade da população brasileira, por região, vêm caindo sistematicamente.

Essa queda foi mais acentuada no período de 1960 a 1990, tornando bem parecidas as taxas de fecundidade do Brasil, e das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste que declinaram de taxas em torno de 6% em 1960 para taxas próximas de 3% em 1990 e que mantiveram tendência de declínio de 1990 a 2010, situando-se então em faixas inferiores a 2%.

No mesmo período, as regiões Norte e Nordeste do Brasil também tiveram queda nas suas taxas de fecundidade.

Em 1960, a região Nordeste apresentava taxa de 7,4%, reduzindo para 3,7% em 1990 e para 2,2% em 2010, enquanto que a região Norte do país, historicamente a que apresenta as maiores taxas de fecundidade reduziu de 8,6% em 1960, para 4,2% em 1990, continuando a queda para 2,6% em 2010. Tais fatos demonstram a heterogeneidade das nossas taxas de fecundidade no território brasileiro.

Os benefícios do bônus demográfico, que consiste na possibilidade de um grande contingente de população economicamente ativa gerar recursos para um baixo número de população dependente (normalmente integrado por crianças e adolescentes até 15 anos e adultos idosos) minguarão cada vez mais e certamente cessarão em três ou quatro décadas, mantidos os níveis de fecundidade atuais. Em segundo lugar, quanto ao crescimento populacional conforme a situação de domicílio (urbano/rural), o Brasil também apresenta características bem singulares.

O Brasil experimentou no interstício de 1950 a 2010, profundas transformações no perfil de sua população. Tal mudança se verificou de forma mais acentuada nas primeiras quatro décadas do período, diminuindo a sua intensidade nas duas décadas finais.

A Tabela 1 demonstra a taxa média de crescimento decencial da população brasileira residente nas zonas rural ou urbana, entre 1950 e 2010.

Tabela 1 - Taxa média geométrica de crescimento anual da população residente, segundo a situação do domicílio - 1950/2010

Situação do domicílio	Taxa média geométrica de crescimento anual da população residente (%)					
	1950/1960 (1)	1960/1970	1970/1980	1980/1991	1991/2000	2000/2010 (2)
Total	2,99	2,89	2,48	1,93	1,64	1,17
Urbana	5,15	5,22	4,44	2,97	2,47	1,55
Rural	1,55	0,57	(-) 0,62	(-) 0,67	(-) 1,31	(-) 0,65

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1950/2010.

(1) Para o cálculo da taxa foi utilizada a população presente em 1950, enquanto para os anos seguintes foi utilizada a população residente. (2) Para a obtenção da taxa do período 2000/2010 foram utilizadas as populações residentes em 2000 e 2010, sendo que para este último ano foi incluída a população estimada de 2,8 milhões de habitantes para os domicílios fechados.

Conforme mostrado na tabela, houve, no período de 1950 a 1980, um forte êxodo de população rural para os aglomerados urbanos, principalmente para as regiões metropolitanas nessas duas primeiras décadas e que depois se pulverizou pelas grandes e médias cidades que também passaram a demandar intenso uso de mão-de-obra operária, até então instalada no campo e empregada em atividades agropastoris, que à época demandava muita mão-de-obra, em função do baixo nível de mecanização e tecnicidade das suas explorações.

Uberaba foi uma das cidades que foram beneficiadas com esse intenso crescimento populacional entre os anos de 1970 e 1980.

Estima-se que até 2050, tenhamos no Brasil uma população idosa muito numerosa representando um grande percentual da população brasileira, com intenso uso dos mais variados recursos de saúde, de cuidados pessoais, previdenciários e de assistência social, demandados por este grupamento populacional.

A população idosa brasileira, à semelhança de muitos outros países, está vivendo mais anos na sua etapa vital. A expectativa média de vida está se ampliando genericamente pelos diversos estratos populacionais, o que sugere que grande parte da população atual irá alcançar a velhice.

Nos grandes centros urbanos brasileiros que já apresentam um perfil demográfico que se assemelha com o dos países mais desenvolvidos, o Brasil dispõe de melhor estrutura de serviços de saúde, mormente em áreas habitadas por pessoas de melhor nível sócio-econômico.

Entretanto, regra geral, ainda não dispomos de uma infra-estrutura de serviços de saúde capaz do atendimento específico das demandas decorrentes dessas transformações, que permeie todo o território do país.

Em documento editado pelo IBGE (2009, p.18), intitulado “Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados”, aquele Instituto pondera acerca da população brasileira:

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população acarretam um crescimento das despesas com tratamentos médico e hospitalar. O custo das internações hospitalares e o tempo médio de permanência na rede hospitalar são expressivamente mais elevados para os idosos, devido à multiplicidade e à natureza de suas patologias. [...] A ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequências do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como grandes desafios para o sistema de saúde.

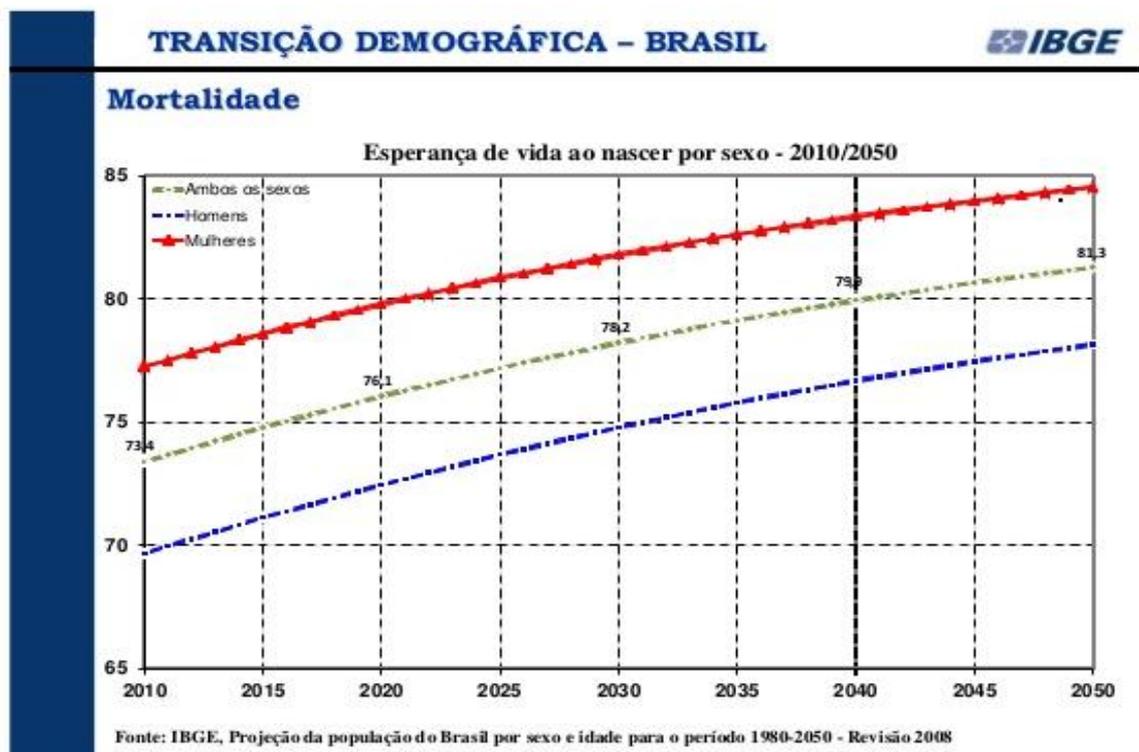
Da mesma forma que ocorre em outras sociedades contemporâneas a duração da vida não é idêntica para os gêneros, na sociedade brasileira, conforme demonstram as tábuas de mortalidade, de expectativa de vida e curvas de sobrevivência do IBGE. Normalmente, segundo dados históricos, as mulheres vivem mais que os homens, um período médio de sete anos.

A tendência das mulheres sobreviverem aos homens, exibindo uma mortalidade menor que a masculina, é um fenômeno que ocorre em todo o mundo, conforme Spirduso (2005). Uma das explicações, comumente aceita, porém de difícil mensuração, para essa sobrevida maior da mulher, reside na suposição de que ela

esteja menos sujeita a elementos estressores profissionais ao longo da sua vida ou à sua predisposição de melhor enfrentamento dessas situações. Contudo, não existe consenso e a literatura apresenta outros fatores categorizados como de ordem biológica, comportamental, sociais, genéticas, profissionais e hormonais. Há evidências de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de doença e de declínio funcional do que os homens, o que estaria associado a diversos fatores.

Segundo Spirduso (2005) alguns pesquisadores acreditam que o limite das projeções de expectativa de vida e esperança de vida ao nascer estejam se aproximando dos níveis atuais da média do limite de vida biológico médio (85 anos). Essa questão porém, é bastante controversa, envolve também um enfoque multidisciplinar profícuo em debates não conclusivos, entre os estudiosos do tema. Contudo, para efeito de financiamento previdenciário, Giambiagi e Tafner (2010) alegam que quanto maior for a esperança de vida, maior será o número de anos de recebimento de benefícios previdenciários, aposentadorias e pensões.

A figura 5 demonstra a esperança de vida ao nascer, por gênero, em 2010 e projetada para até 2050, segundo o IBGE.



Fonte: Borges (2013)

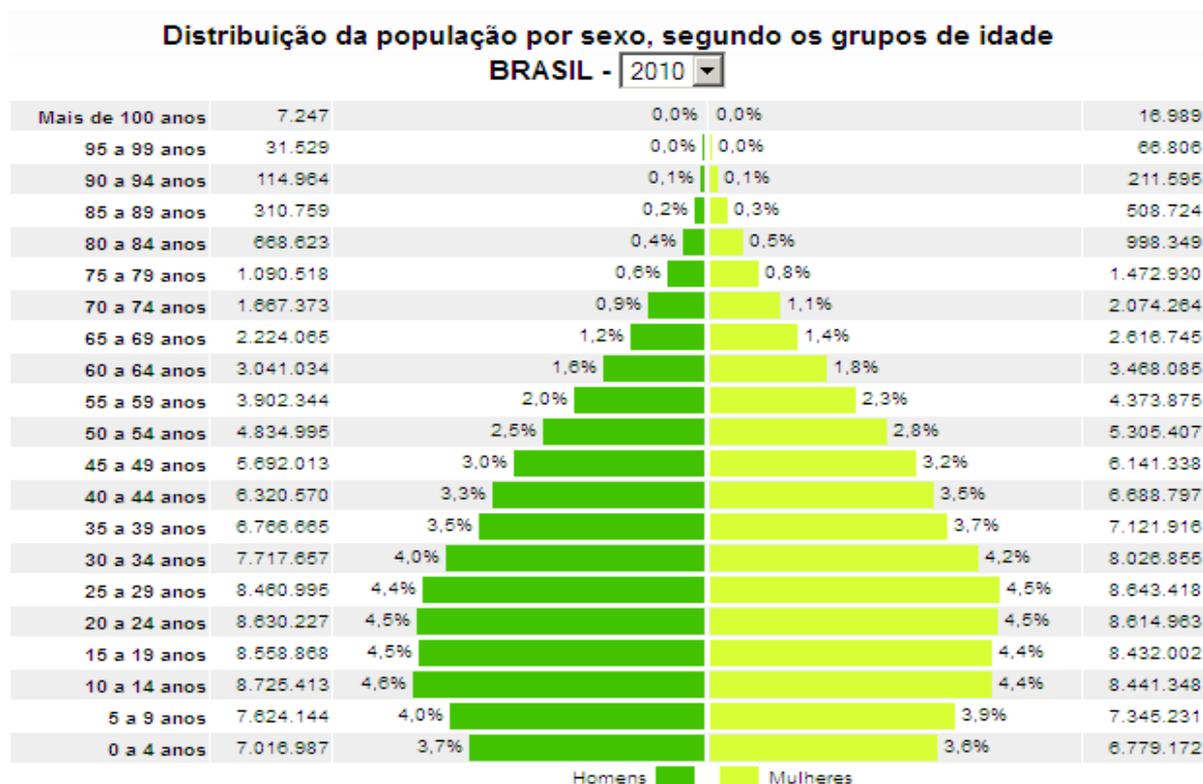
Figura 5-Transição Demográfica Brasileira – Esperança de vida por sexo 2010 – 2050

Os países desenvolvidos e aqueles melhor posicionados entre os em desenvolvimento têm experimentado um grande aumento da população idosa. A situação brasileira não foge à regra. O aumento da participação da população com 60 anos ou mais tem evoluído rapidamente.

Em 1940, a participação relativa da população com 60 anos ou mais representou 4% do total da população. Em 2010, o grupo populacional evoluiu para 10,79% da população brasileira, correspondendo a quase 21 milhões de pessoas.

O Brasil, quanto à questão, apresenta ainda uma situação extremamente gravosa que está relacionada ao grupo populacional representado por pessoas com 80 ou mais anos de idade, que obviamente estão muito mais sujeitos a intensivos cuidados de saúde e com menor autonomia e independência tanto para as atividades da vida diária (AVD) quanto para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

No Censo do IBGE de 2000, o grupo etário de 80 anos ou mais de idade, representou 12,6% do total da população idosa do país. No último Censo, de 2010, o mesmo grupo já constituía 14,3% de toda a população idosa brasileira, e vem sistematicamente alargando o topo da nossa pirâmide etária brasileira, demonstrada na figura 6 e que atualmente também vem sendo fortemente impactada pelo estreitamento de sua base, em decorrência da redução dos índices de fecundidade e natalidade, já comentados neste trabalho.



Fonte: IBGE, Censo de 2010.

Figura 6 – População brasileira por faixa etária e por sexo.

Ponderadas estas observações acerca da população brasileira e a forma de sua transição demográfica, pretendo discutir sobre a situação do município de Uberaba.

Segundo dados do Censo do IBGE em 1970 a população do município de Uberaba era de 126.600 habitantes. O Censo de 1980 identificou para Uberaba uma população de 199.208 habitantes representando um crescimento populacional na década de mais de 57%. Nesta ocasião, Uberaba experimentou um crescimento extraordinário, configurando-se como uma das principais médias cidades não só em seu Estado, mas no território nacional. Naquela década, a população de Minas Gerais evoluiu de 11.487.415 para 13.378.553 habitantes, com incremento de 16,4% e o Brasil teve um incremento decenal de 27,8 %, evoluindo de 93.139.037 para 119.002.706 habitantes.

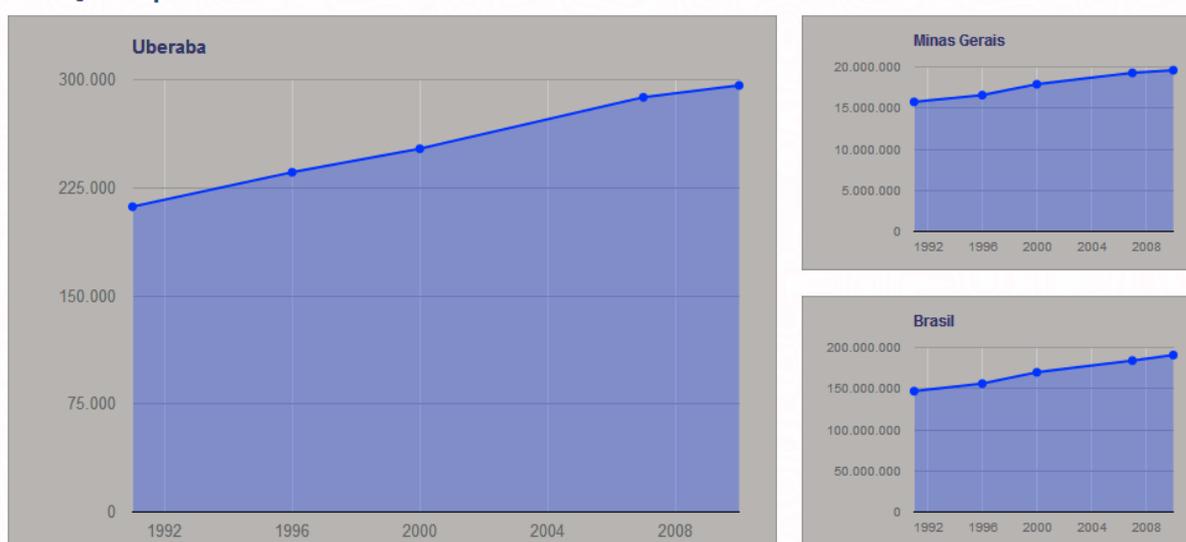
A pujança do crescimento populacional da década de 70 não se repetiu nos censos posteriores de 1991, 2000 e 2010, cujas populações do município de

Uberaba foram censitadas em 211.824, 252.051 e 295.988 respectivamente com crescimentos decendiais de 6,3% em 1991; 19% em 2000 e 17,4% em 2010.

Em 30 anos, de 1980 a 2010, a população uberabense cresceu 48,5%, bem abaixo do crescimento havido apenas na passagem da década de 1970 a 1980.

Analisando a situação da cidade de Uberaba, interior do Estado de Minas Gerais, apresento um infográfico da sua evolução populacional nas duas últimas décadas.

Evolução Populacional



Ano	Uberaba	Minas Gerais	Brasil
1991	211.824	15.743.152	146.825.475
1996	235.738	16.567.989	156.032.944
2000	252.051	17.891.494	169.799.170
2007	287.760	19.273.506	183.987.291
2010	295.988	19.597.330	190.755.799

Fonte: IBGE–Cidades - Uberaba>Infográficos, 2013

Figura 7 – Evolução Populacional Uberaba (1991–2010).

Conforme os dados do IBGE nos Censos de 1991 e 2010, nas duas últimas décadas, a população de Uberaba cresceu 39,7% bem acima da população do Estado de Minas Gerais (24,4%) e da população brasileira (29,9%), em que pese ter havido uma desaceleração do seu ritmo de crescimento, retro comentado.

Antes de apresentar as pirâmides etárias para visualização, acrescentamos o Quadro 1, com tabelas contendo os números absolutos da população de Uberaba, Minas Gerais e Brasil, separados por gênero, para cada faixa etária considerada.

Quadro 1 – população por faixa etária de Uberaba, Minas Gerais e Brasil.

Idade	Uberaba		Minas Gerais		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	7.313	7.125	523.258	504.533	5.638.154	5.444.151
5 a 9 anos	9.448	8.928	726.034	702.961	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	11.118	10.503	858.109	830.051	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	12.205	11.825	868.032	851.253	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	13.891	13.399	874.104	859.390	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	13.688	13.246	851.586	853.105	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	12.468	12.459	790.229	805.450	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	10.657	11.059	694.342	722.116	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	10.149	11.029	671.738	702.039	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	9.868	11.027	628.195	666.388	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	8.823	9.823	548.830	584.829	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	7.010	8.000	441.415	479.714	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	5.255	6.510	339.165	376.212	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	3.798	4.736	251.626	290.172	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	2.974	3.943	191.852	233.376	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	2.017	2.842	129.276	168.843	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	1.202	1.879	76.292	112.030	668.589	998.311
85 a 89 anos	548	871	34.862	56.569	310.739	508.702
90 a 94 anos	175	433	12.469	24.269	114.961	211.589
95 a 99 anos	39	107	3.332	7.576	31.528	66.804
Mais de 100 anos	12	24	739	1.904	7.245	16.987

Fonte: IBGE – Cidades

Diante dos dados apresentados no Quadro 1 e apurando o número absoluto de idosos de Uberaba, Estado de Minas Gerais e Brasil, por gênero, e os seus respectivos percentuais da população total desses locais, apresento os resultados na Tabela 2.

Tabela 2 – Idosos de Uberaba, Minas Gerais e Brasil por gênero e % da população. 2010.

Localidade	Total Idosos	Homens	Mulheres	% da População
Uberaba	37.365	16.020	21.345	12,62
Minas Gerais	2.310.564	1.039.613	1.270.951	11,79
Brasil	20.589.669	9.155.656	11.434.013	10,79

Fonte: IBGE Cidades - Uberaba – Infográficos 2010

Comparando Uberaba, Minas Gerais e o Brasil, não percebe-se grandes distorções percentuais entre os grupos etários de idosos destes três estratos populacionais. O quadro 1 apresenta a estratificação destes idosos por gênero e faixa etária.

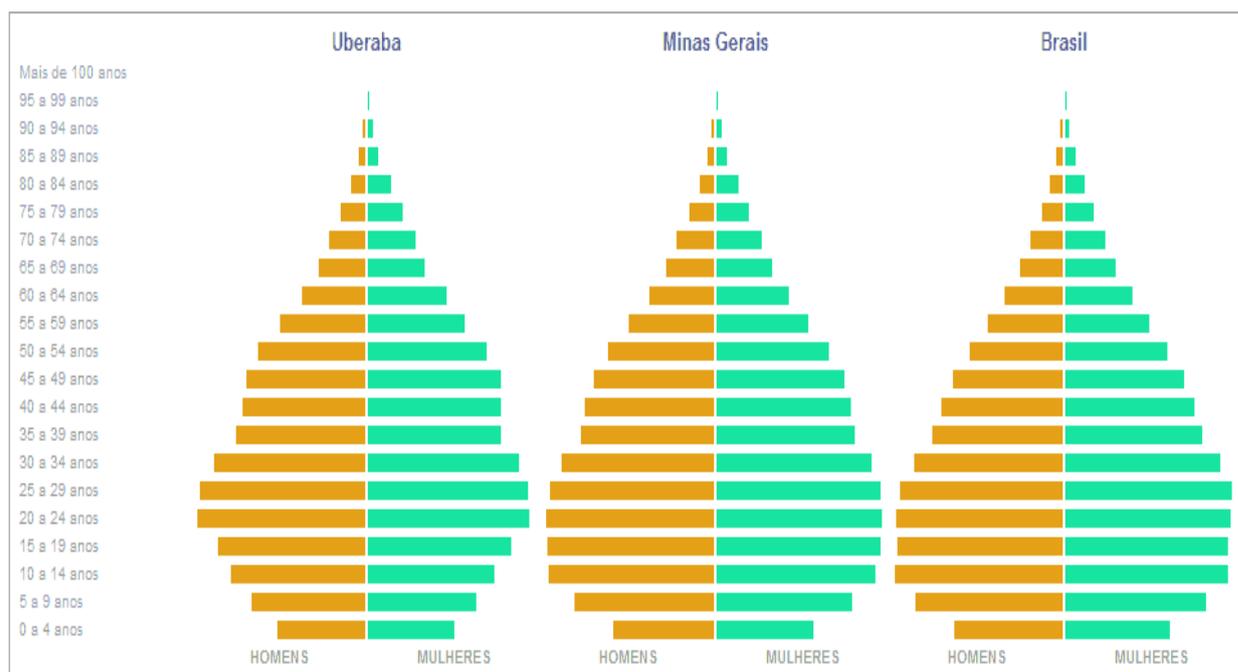
Há de ressaltar-se que o percentual de idosos de Uberaba representa quase 2% a mais que a média nacional, possivelmente resultado de melhores condições sócio-econômicas e de apoio à saúde, oferecidas pela cidade e conquistadas pela população local.

Destaca-se ainda, que o percentual populacional de idosos de Uberaba também é maior que o do Estado de Minas Gerais e do Brasil.

Estudos da literatura científica, defendidos por Kalache (2010); Veras (2009); Néri (1993) demonstram que historicamente melhores condições sócio-econômicas e de saúde de uma determinada região, refletem positivamente na longevidade humana.

Diante destas considerações, apresento na figura 8, a pirâmide etária do município de Uberaba em conjunto com a pirâmide etária do Estado de Minas Gerais e a do Brasil com o propósito de melhor discutir e possibilitar a visualização com as imagens postas lado a lado, com caracteres indicativos das faixas etárias demonstradas nas pirâmides, ao lado esquerdo das imagens.

Pirâmide Etária



Fonte: IBGE – Cidades – Uberaba - Infográficos, 2013. Censo de 2010.

Figura 8 – Pirâmide Etária de Uberaba, Minas Gerais e Brasil

Uma pirâmide etária (perfeita, em sua forma), como a do Brasil de 1960, Figura 9, apresenta base bem alargada e forma triangular, característica de regimes demográficos impactados por altas taxas de fecundidade e de mortalidade.

Como já observado neste trabalho, atualmente o Brasil não possui mais a estrutura etária como a da figura 9. Nossa população está envelhecendo, houve grande redução nos níveis de fecundidade e de mortalidade e os nossos idosos estão vivendo mais.

Com isso, nossa estrutura etária nacional evoluiu da forma piramidal perfeita, para uma forma cônica e de base regularmente estável e larga com tendência de estreitamento face à diminuição da participação dos menores de 15 anos de idade, situação que mantivemos até cerca de duas décadas atrás, conforme demonstrado pela figura 10, segundo dados do Censo de 1991 divulgado pelo IBGE.

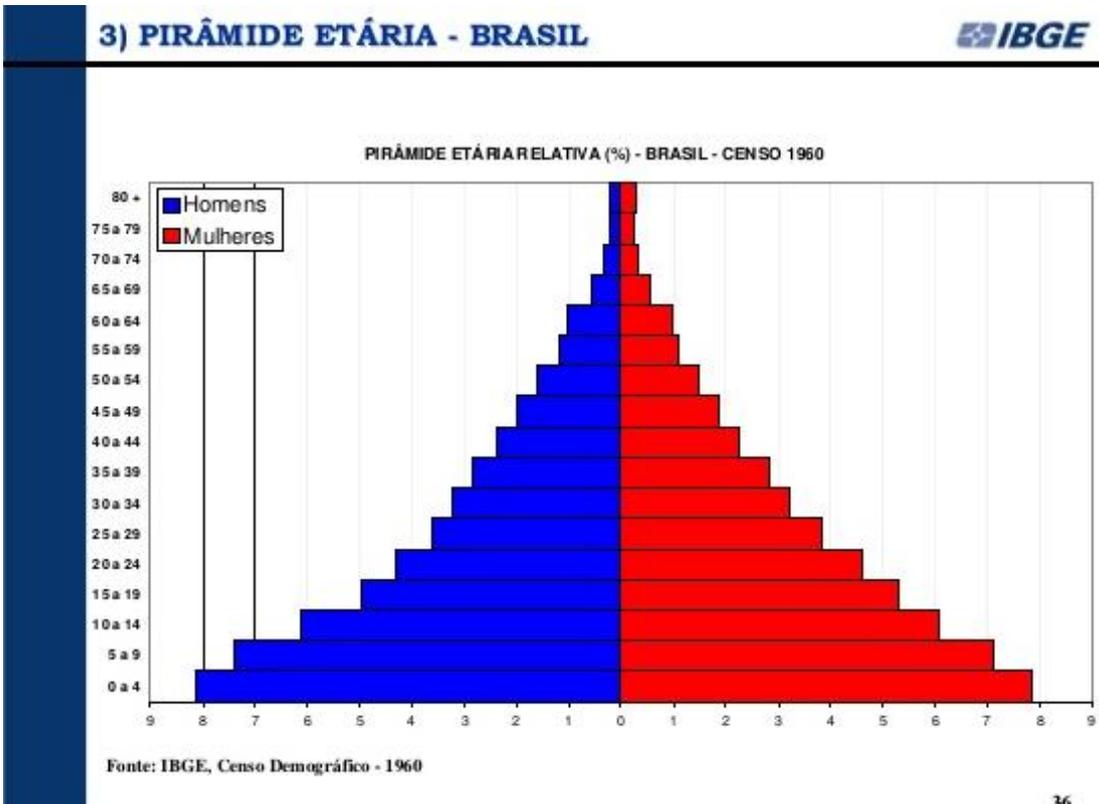


Figura 9 – Pirâmide Etária Relativa – Brasil, 1960. IBGE

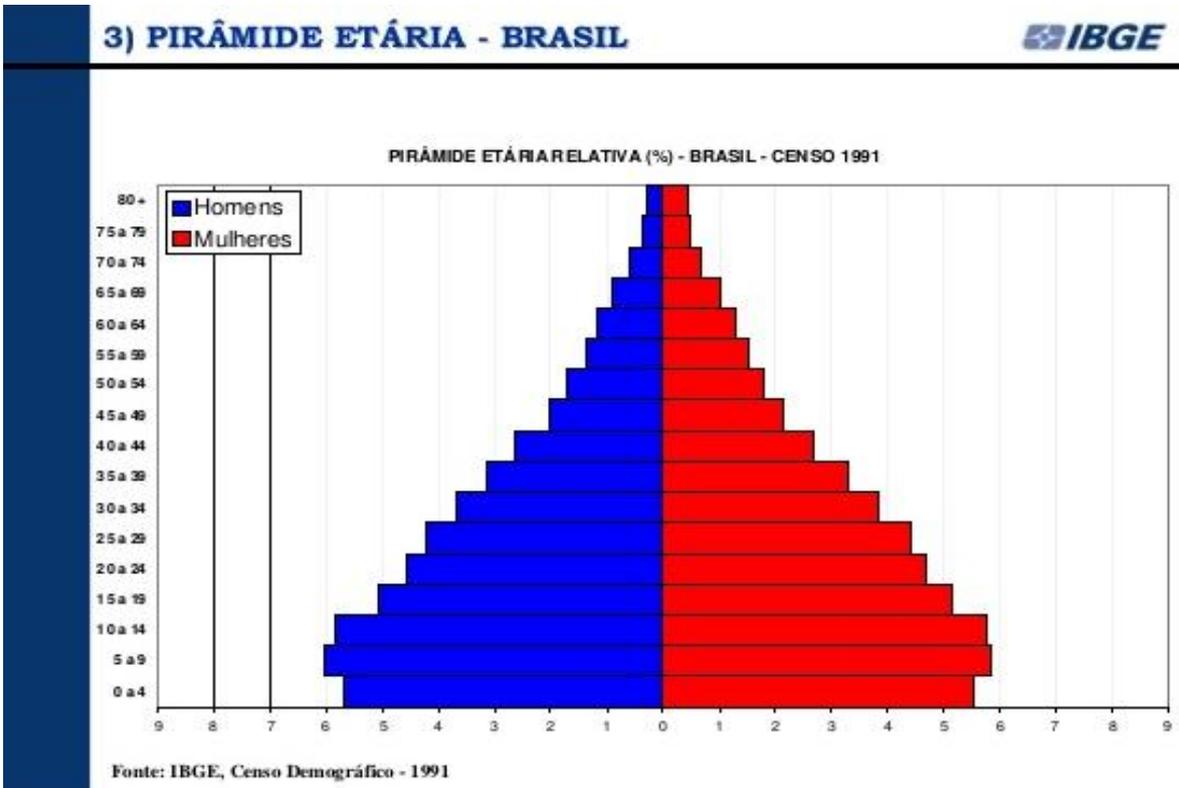


Figura 10 – Pirâmide Etária Relativa – Brasil, 1991. IBGE

Nas duas últimas décadas, começou a ocorrer simultaneamente, tanto um estreitamento da base populacional, pela já referida diminuição da participação dos menores de 15 anos de idade, quanto uma ampliação e alargamento do topo da pirâmide etária, pelo aumento da participação dos maiores de 65 anos de idade resultando numa pirâmide etária que atualmente assemelha-se mais à figura de um pião invertido, conforme indicado na figura 6 deste trabalho.

Face às diferenças regionais das estruturas etárias das diversas cidades, estados e regiões do país, ainda podemos encontrar situações específicas como todas as aqui descritas, ressaltando que a situação específica do município de Uberaba mantém ao longo do tempo características de similaridades com a região Sudeste e um pouco melhores que dados comparativos do país como um todo.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS IDOSOS E HETEROGENEIDADE DOS SUJEITOS

O critério de classificação dos idosos, proposto pela ONU – Organização das Nações Unidas, em 1982, quando da realização da I Assembléia Geral sobre Envelhecimento, em Viena, ainda é muito adotado pela sociedade mundial contemporânea e estabeleceu um limite etário para a inserção do indivíduo no grupo populacional classificado como idoso: 65 anos para os habitantes de países desenvolvidos e 60 anos para os habitantes de países em processo de desenvolvimento.

Ao normatizar uma Política Nacional do Idoso em 1994, o Brasil também adotou essa classificação. Contudo, algumas políticas destinadas ao público idoso, consideram 65 anos como a idade mínima para o seu início, a exemplo da legislação previdenciária que considera a perda da capacidade laborativa masculina para fins de benefício da aposentadoria urbana por idade.

Da mesma forma, ilustrando outro exemplo, a Constituição Federal de 1988, assegura o transporte urbano gratuito apenas para os idosos maiores de 65 anos.

Neste trabalho, consideramos o idoso brasileiro pela regra etária dos 60 anos de idade.

Conforme Camarano (2004), um critério de classificação é uma regra que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns encontradas em todos eles.

O critério etário, por si só recebe muitas críticas. A principal delas é que os indivíduos são heterogêneos por diversos fatores e fortemente impactados culturalmente pelas condições ambientais proporcionadas pelos diversos países aos seus habitantes. Em função disso, há ressalvas também dos países que apresentam baixos índices de desenvolvimento humano, em virtude principalmente de condições sócio-econômicas.

De qualquer forma, o critério existe para a uniformização de procedimentos, com todas as especificidades que dele possam advir.

Camarano (2013), adverte que como toda classificação, a de “idoso” simplifica demais a heterogeneidade desse segmento, mas oferece a facilidade da sua verificação em definir alvos para as políticas públicas especialmente voltadas para esse segmento da população.

Corroborando com críticas a este critério etário, Néri (1993) argumenta que a história tem demonstrado que assumir a idade cronológica como critério universal de classificação para a categorização do indivíduo idoso enseja correr o risco de supor que indivíduos de diferentes lugares e épocas são homogêneos.

Ainda conforme Camarano (2004), a determinação biológica de idades-limite vem demonstrando limitações também relacionadas à heterogeneidade entre os indivíduos em função do espaço geográfico que habitam, dos grupos sociais a que se integram e ainda por sua renda e condições de consumo.

As classificações etárias da velhice vêm sofrendo alterações com o passar do tempo. Na contemporaneidade, é comum ainda encontrarmos diversas formas de classificações de velhice.

O fenômeno do envelhecimento populacional que ora se processa com bastante ênfase em quase todos os lugares tem possibilitado o despertar das sociedades para a constatação de que o aumento da longevidade humana está transformando a velhice na fase mais longa da vida, abrangendo períodos vitais muito longos que podem se estender a 30, 40 ou mais anos.

Assim, estudiosos do assunto admitem que seja muito apropriado atualmente, referir-se não apenas a uma única velhice, mas enquadrar a que fase da vida etária, funcional ou biológica se refere, conforme situação mais apropriada às condições sociais e individuais de cada idoso.

A idade funcional é uma medida da capacidade de uma pessoa para efetivamente conservar ou manter a funcionalidade em seu ambiente físico e social em comparação com outras pessoas da mesma idade cronológica.

Mesmo assim, a classificação funcional da velhice, muito defendida para os padrões norte-americanos sugere indicadores etários na sua classificação: meia-idade (40 a 65 anos); início da velhice (65 a 75 anos); velhice mediana ou avançada (75 a 85 anos) e velhice muito avançada (acima de 85 anos).

Segundo Simões (1994), outra classificação, mais aplicável ao contexto brasileiro é a apresentada pela OMS: meia-idade (45 a 59); idoso (60 a 74); ancião (75 a 90) e velhice extrema (acima de 90).

Enumerando as correlações existentes entre os diversos biomarcadores do envelhecimento, Néri (1993), pondera que além dos já mencionados critérios etários e meramente cronológicos, outros fatores devem ser observados e apresenta um conceito de idade funcional firmado na capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente e outro, de idade biológica, em função do potencial de vida residual ao indivíduo numa certa idade, ou seja, quantos anos lhe restam de vida.

Compilando e unificando classificações etárias da velhice, Ferreira e Simões (2011) apud Costa (1998) indicaram uma classificação nas seguintes etapas: Mediescência na fase I (de 30 a 49 anos); Pré-sescência, idade intermediária ou período de involução (dos 40/45 anos até 59/65 anos); Mediescência na fase II ou Maturidade tardia (dos 50 anos a 65/70 anos); Senescência, Velhice, Terceira Idade, Idade Adulta Tardia, Maturidade ou Primeira Velhice (dos 60/70 anos a 75/80 anos e ainda uma Segunda Velhice, Quarta Idade ou Grande Idade (a partir dos 75 ou 80 anos).

Existe um consenso entre os estudiosos do envelhecimento humano: a literatura indica que é notório tanto social quanto culturalmente, que o indivíduo é mais propenso a enxergar a velhice alheia e não a própria. A propósito, Alves

(1995), argumenta quanto à sua experiência pessoal que, “de repente, seus olhos se abriram e percebeu estar velho”.

Merece ainda relevância, ressaltar também que as características histórico-sociais de cada população são fortemente impactadas por sua cultura e que as características biológicas individuais são afetadas de forma diferenciada de acordo com o ambiente de cada pessoa.

No Japão, por exemplo, a velhice é marca de status e os idosos recebem deferência social por sua condição longeva, enquanto que nos Estados Unidos e em muitos países ocidentais, o envelhecimento ainda é visto por muitos como indesejável, traduzindo estereótipos ligados à cansaço, pouca coordenação motora, propensão a doenças, isolamento, uso improdutivo do tempo, autocomiseração, rabugices e excentricidades.

Ainda que se estabeleçam limites etários que se tornem socialmente aceitáveis como indicativos da entrada na velhice, a realidade é que, muitas pessoas ao atingirem tal limite etário, poderão não se sentir como idoso e muito menos agir como um idoso, segundo padrões sociais estereotipados.

Embora a visão estereotipada de muitos a respeito do idoso, possibilite entendê-lo como débil, fraco e limitado, estudos evidenciam que grande parte da população idosa possui boa saúde física, conforme enfatizado por Ramos e Cendoroglo (2011) e que, geralmente os indivíduos que se mantêm física e intelectualmente ativos conservam, segundo Farinatti (2008), por mais tempo, a funcionalidade e a autonomia.

Contudo, conforme ressalta Kalache (2010), os idosos contemporâneos estão vivendo muito mais tempo e uma parcela significativa deste público tem tido a longevidade prolongada mas com uma qualidade de vida fortemente impactada por perdas de autonomia e independência para as rotinas do cotidiano.

A ênfase equivocada numa visão negativa da velhice, que durante muito tempo foi disseminada socialmente, hoje já não encontra respaldo nos discursos de muitos idosos que, com frequência vem relatando estar desfrutando na velhice uma das melhores fases de suas vidas. Idosos mais engajados física e socialmente em atividades coletivas de grupos de convivência para a terceira idade demonstram, conforme Spirduso (2005), um prazer pela vida e um otimismo que não combina

com a concepção estereotipada de que a velhice é uma fase da vida apenas impregnada por tristezas e limitações.

À parte das considerações biológicas, cronológicas e etárias e ainda àquelas ligadas à funcionalidade que possam servir de balizadores classificatórios, resta olhar para o sujeito idoso na totalidade da sua existência. O idoso não deve ser visto apenas como produto de uma classificação, mas precisa ser entendido e considerado como um ser total e uno, vivente no mundo e que o transforma com as suas ações.

3 O EXERCÍCIO FÍSICO

Conforme Caspersen et al (1985), a atividade física é todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética voluntária que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso. Os mesmos autores definem o exercício físico como uma das formas de atividade física planejada, estruturada, sistemática, efetuada com movimentos corporais repetitivos, a fim de manter ou desenvolver um ou mais componentes da aptidão física, compreendida pelos autores como o conjunto de características possuídas ou adquiridas por um indivíduo e que estão relacionadas com a capacidade de realizar atividades físicas.

A expressão prática esportiva também é muito referenciada socialmente, ainda que com uma grande variedade de significados. Sandoval (2005, em razão p. 90), sintetiza em seu argumento que “o esporte é uma atividade física regulamentada e competitiva”. Segundo Guedes (2012, p 466) face a uma grande variedade de significados, definição consensual mais precisa de esporte tem apresentado alguma dificuldade, mas acrescenta:

“Todavia, mais recentemente, conceito bastante aceito coloca o esporte como um sistema ordenado de ações físicas e intelectuais de relativa complexidade (jogo), de natureza competitiva e praticado mediante normas e princípios institucionalmente regulamentados.

Com isso, atividade física, exercício físico e esporte demonstram ter conceitos diferentes; no entanto, em algumas situações podem estar sobrepostos entre si. Nos três casos, é exigido movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos, resultando dessa forma, em dispêndio energético e em adaptações relativas à aptidão física.

Continuando a explorar do posicionamento de Guedes (2012, p 464) acerca do assunto, e da didática de sua argumentação, ressalto que o autor sustenta que:

Mesmo admitindo a significativa participação de cada uma dessas categorias na definição do dispêndio energético diário, estrategicamente o dispêndio energético advindo dos programas de condicionamento físico e da prática de esporte é o que permite provocar as maiores variações energéticas no cotidiano das pessoas, constituindo-se, portanto, no principal modulador dos níveis de prática habitual de atividade física.

Bento (2006, p.5) sustenta algumas críticas ao uso indiscriminado e por vezes indevido, atribuído à expressão genérica atividade física que, “[...]sem clarificar o seu tipo e forma, é erigida em panacéia para combater a doença e para garantir a saúde”. O autor refuta o argumento falacioso que “[...] para ter saúde e ser ativo, o indivíduo não carece de enfrentar os horrores, incômodos, opressão e obrigações da competição desportiva” sustentando que:

é no desporto que mais refulgem princípios caros ao trabalho (rigor, seriedade, empenho, afinco, exigências, objetivos, regras, disciplina, compromissos, etc.), sem que isso leve à anulação ou subjugação dos valores e dimensões associadas ao lúdico e prazeroso.

Entendo oportuna a clarificação dos termos acima para situar adequadamente cada uma das três situações, justificando sua necessidade tendo em vista o intenso uso destas expressões ao longo do trabalho e a similaridade cultural, por vezes equivocada, destas expressões.

Em um dos anexos desta obra, listo definições de outras expressões aqui adotadas.

Faria Junior e Silva (2010) considera que o desenvolvimento demográfico com as suas consequências colocaram em destaque uma mudança do que é ser idoso e a importância das atividades físicas e desportivas para este grupo populacional. Para os autores:

O conceito imaginativo e desejável de uma velhice ativa, sã e satisfeita integra a atividade física e o desporto, como tratamento indispensável para os idosos, tanto na área de prevenção e da compensação sadia como no aumento do bem estar geral e a melhoria da independência e a competência nas atividades diárias.

Conforme consideram Rodrigues e Diogo (2002), a atividade física pode ser conceituada em três aspectos: sociológico – relacionado ao tempo livre que a pessoas dispõe para as suas relações sociais, econômicas, familiares e outras; psicológico – com respeito à importância da atividade física para a própria pessoa e o aspecto funcional, que se refere à capacidade da pessoa para o desenvolvimento da atividade física que se propôs realizar.

Tendo em vista as considerações deste trabalho, urge a necessidade de mobilização da sociedade, inclusive dos profissionais de Educação Física para uma melhor e mais efetiva atuação de Educação em Saúde, com o objetivo fundamental de promover ações de saúde junto à população idosa ou mesmo daqueles em vias de adentrar nesse grupo etário.

3.1 BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO

A prática regular do exercício físico contribui de maneira importante para a conquista e manutenção da boa condição de saúde. Conforme Vilarta (2007), no contexto das redes multicausais do processo de saúde individual, os exercícios aparecem como um dos fatores que podem modificar o risco das pessoas para o adoecimento.

Mazo, Lopes e Benedetti (2001, p 235) asseveram que:

alimentação adequada e prática de atividade física regular são aliados para se ter um envelhecimento saudável e bem sucedido. Um estilo de vida ativo e saudável desde a infância influencia em uma velhice com melhor qualidade, autonomia e independência.

Segundo Carvalho (2010) o exercício físico regular tem sido indicado como um coadjuvante importante visando diminuir a degeneração progressiva associada ao envelhecimento nos domínios físico, psicológico e social e encerra vários objetivos, vinculados a um principal que é a melhoria do bem estar e da qualidade de vida da pessoa idosa, com o que também concordam Santos et al (2010) ressaltando que ao longo do processo de envelhecimento, o exercício regular tem papel de destaque na qualidade da vida humana..

Shephard (2003) sustenta que os exercícios físicos possibilitam aos seus praticantes :

- a) maior independência e autonomia funcionais;
- b) melhoria da condição de saúde física e emocional;
- c) ampliação da manutenção funcional ao longo do tempo;
- d) melhoria do senso de bem-estar;
- e) aperfeiçoamento da capacidade de atuar sobre o mundo e si

- mesmo;
- f) contribuição para a possibilidade de aumento da rede de contatos sociais;
- g) aumento da proteção quando frente às doenças crônicas.

Exercícios bem mensurados e escolhidos eficientemente conforme as características individuais dos praticantes constituem-se em ótima medida minimizadora dos efeitos do envelhecimento.

Alguns idosos ainda são capazes de participar com segurança, de programas moderados de treinamento físico, e em muitas funções biológicas podem mostrar melhoras de aptidão em níveis similares àquelas alcançadas por adultos mais jovens.

O exercício físico é fundamental para melhorar a saúde de todos os indivíduos da espécie humana, especialmente os idosos. A OMS – Organização Mundial da Saúde reconhece os benefícios do exercício físico ao enfatizar que eles aportam recursos adicionais, ainda que independentes da nutrição e da dieta alimentar.

Adicionalmente, ressalta o mesmo organismo internacional, que a influência positiva dos exercícios se constitui em excelente instrumento de promoção à saúde, em qualquer faixa etária, induzindo várias adaptações fisiológicas e psicológicas.

Além disso, ganhos de função induzidos pelo treinamento são dinamizadores, quando não suficientes, para proporcionarem importantes conseqüências positivas para a qualidade de vida em pessoas mais velhas, podendo a idade biológica ser efetivamente reduzida em cerca de 10 ou mais anos, conforme estudos epidemiológicos enfatizados por Shephard (2003).

Farinatti e Monteiro (2010) asseveram que a prática regular de exercícios físicos ao longo de toda a vida é aceita como intervenção que contribui para a prevenção de diversas condições patológicas e a manutenção da aptidão funcional.

Okuma (1998) considera que, para muitas pessoas, os exercícios físicos proporcionam diversas recompensas psicológicas intrínsecas, mencionando como exemplos :

- a) auto-realização;
- b) crescente sentimento de auto-eficácia;
- c) mudanças no bem-estar, na disposição geral, na aptidão física e na

- fruição de sensações corporais agradáveis (conforto, relaxamento e ausência de dores e de cansaço;
- d) maior disposição;
- e) alteração de quadros de doenças, com supressão ou diminuição do uso de medicamentos.

A sociedade contemporânea tem compreendido melhor a amplitude dos benefícios advindos da prática regular de exercícios físicos que, conforme Wilmore, Costill e Kenney (2010), proporciona melhorias tanto nos aspectos biológicos quanto psicossociais na vida do ser humano, diminuindo a depressão e a ansiedade e aumentando os sentimentos de auto-estima e socialização.

Os exercícios físicos possibilitam aos seus praticantes um efeito estimulante imediato, produzindo um novo interesse pela vida e na maneira de viver, melhorando a saúde global e a função imunológica, aumentando a resistência a infecções agudas.

Conforme Papalia, Olds e Feldman (2008) o exercício é tão valioso na velhice quanto em períodos anteriores da vida e assevera que ninguém é velho demais para se exercitar.

Néri (1993) argumenta que a relação positiva entre envelhecimento e exercício físico já está bem documentada, ressaltando que se o envelhecimento provoca uma diminuição das capacidades motoras e da eficiência fisiológica, o exercício físico promove exatamente o contrário.

Segundo Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000) e Macedo et al (2003), estudos evidenciam que os exercícios habituais sejam benéficos para a saúde, proporcionando:

- a) melhora da eficiência do metabolismo;
- b) diminuição da gordura corporal;
- c) incremento da massa e força muscular e da densidade óssea;
- d) fortalecimento do tecido conjuntivo;
- e) incremento da flexibilidade;
- f) aumento do volume sistólico;
- g) diminuição da frequência cardíaca em repouso;
- h) redução da pressão arterial;

- i) melhora da autoestima, do auto-conceito e da imagem corporal;
- j) melhora no humor;
- k) aumento da disposição física e mental;
- l) melhora das funções cognitivas;

Contudo, em contrapartida, conforme preconizado em estudos de Nahas (2001), e de Gualano e Tinucci (2011), um estilo de vida marcado por comportamentos sedentários e de baixa atividade física afeta consideravelmente a independência e a autonomia funcional, além de representar uma importante causa de morte prematura e de danos à saúde pública na sociedade moderna.

A saúde, tanto em seus conceitos amplos ou restritos é considerada por grande número de pessoas como importante atributo da existência humana, por sua importância e intrincadas relações com todo o organismo vital.

Existem evidências que os cuidados individuais com a saúde têm sido postergados para o futuro por um grande contingente de pessoas, que só demonstram preocupação com o assunto quando a saúde já se encontra debilitada de alguma maneira ou ante o surgimento de sintomas indicativos de alguma disfuncionalidade biológica ou desajuste orgânico, mormente na meia-idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, levando à perda precoce de vidas e de muitos anos de vida.

O Sistema Vigitel também vem pesquisando os seus entrevistados acerca da sua auto-percepção de saúde, buscando sinalização de como a saúde do sujeito vem sendo percebida por ele mesmo.

A Tabela 3 apresenta estes resultados com os dados obtidos entre os anos de 2007 a 2011.

Tabela 3 – Percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim*, no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e DF, ambos os sexos, por grupos de idade e anos de escolaridade. Evolução dados de 2006 a 2011.

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Idade (anos)						
18 a 24	Indisponível	4,1	3,4	4,0	3,7	3,2
25 a 34	Indisponível	4,6	3,2	3,6	3,2	4,1
35 a 44	Indisponível	4,1	3,7	4,4	3,9	4,0
45 a 54	Indisponível	5,6	5,9	5,5	6,5	5,3
55 a 64	Indisponível	7,2	6,5	7,8	8,1	7,2
65 e mais	Indisponível	7,3	8,9	8,1	7,2	9,
Escolaridade						
0 a 8	Indisponível	6,7	6,3	7,0	6,6	6,7
9 a 11	Indisponível	3,6	2,8	2,9	2,9	3,0
12 e mais	Indisponível	2,3	1,9	1,8	1,6	1,8

Fonte: VIGITEL, 2011

Para efeitos do Sistema Vigitel, a auto-avaliação da saúde é obtida com uma única questão que pede para o indivíduo classificar o seu estado de saúde em muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim, não sabe; e não quis informar. Essa auto-avaliação tem sido muito utilizada em inquéritos de saúde.

Analisando os dados da Tabela 3, percebe-se claramente dos componentes dos grupos etários em que inseridos os sujeitos pesquisados que, quanto mais a pessoa vai avançando na idade, pior vai ficando a sua auto-percepção de saúde, elevando os percentuais de quem avalia seu estado de saúde ruim.

Comparando os anos de escolaridade dos sujeitos pesquisados com a sua auto-percepção de saúde, a Tabela 3 demonstra que à medida que o sujeito acumula mais anos de estudo, a sua auto-percepção de saúde tende a ser mais crítica e positivamente percebida, uma vez que os indicadores percentuais decrescem à medida que o sujeito detenha maior nível de escolaridade.

3.2 FATORES DE NÃO ADERÊNCIA À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Conquanto a prática regular de exercícios físicos possa contribuir tão eficientemente para a melhoria do estilo e qualidade de vida do público idoso, com claros reflexos na saúde dos sujeitos, há evidências na literatura científica que tem constatado a predominância de baixa adesão de indivíduos em programas regulares de exercícios físicos ofertados à população, por fontes públicas ou privadas, gratuitas ou pagas. Acerca dessa baixa aderência, Cesar, Borin e Pellegrinotti (2006, p. 31) destacam que:

O fator importante para a aderência a programas de práticas de atividades físicas, sejam esportivas generalizadas ou práticas individualizadas de forma cíclica ou acíclica, é o conhecimento dos benefícios orgânicos, sociais e psicológicos obtidos pelo praticante.

Além da baixa aderência aos programas, os estudos também evidenciam altos índices de evasão, baixos níveis de comprometimento e forte arrefecimento num prazo de até seis meses, da disposição inicial que tenha motivado o ingresso num programa.

Pesquisando aderentes e desistentes da prática de exercícios físicos, Nascimento et al (2010), desenvolveram estudos com o objetivo de avaliar e explorar os motivos para a adesão e os motivos para a desistência dos exercícios físicos entre pessoas de grupos de idosos que participaram ou participavam de programas estruturados de exercícios físicos em Palmitos (SC).

Foram entrevistados 22 idosos ao todo, sendo 14 aderentes com idade entre 53 a 79 anos e 08 desistentes com idade entre 65 a 80 anos. Para o exame das entrevistas foi usada a análise de conteúdo, através do modelo de matrizes teóricas e a técnica do espelho, com identificação e associação de vários micro-discursos ou partes da fala que contém um mesmo sentido.

Os resultados do estudo demonstraram os seguintes motivos contribuintes para a aderência a um programa estruturado de exercícios físicos: a) histórico familiar positivo para doenças crônicas e degenerativas; b) auto-avaliação positiva da saúde; c) disponibilização de tempo para a realização da atividade física; e d) expectativa de resultados promissores a partir das atividades.

Entre os motivos para a desistência se destacaram: a) auto-avaliação da saúde com restrições; b) percepção negativa do efeito do exercício físico, principalmente o relato da dor e do cansaço. Em ambos os sexos, houve aumento da prevalência de inatividade física no lazer conforme a diminuição do nível econômico.

Os pesquisadores do estudo concluíram também que os motivos relativos à saúde representam um fator imprescindível para a adesão a um programa de exercícios físicos e que a falta de tempo disponível é uma das explicações mais mencionadas para o abandono, indicando que aprender a lidar com o tempo é uma barreira a ser transposta pelos aderentes ao desafio da adesão à prática regular de exercícios físicos.

Usando método qualitativo e instrumento de entrevista semi estruturada Okuma, Miranda e Velardi (2007), realizaram um estudo com duração de 12 meses, com o objetivo de verificar a manifestação de atitudes indicadoras de adesão à atividade física por idosos participantes de um programa específico para idosos e o uso de conhecimentos sistematizados após um período de 45 dias sem supervisão de professores.

A pesquisa verificou as atitudes de 21 idosos de São Paulo (SP), com idade média de 67,3 anos, frente à prática de exercícios físicos. A análise dos resultados revelou, mediante a técnica de Análise de Conteúdo, três categorias presentes nos discursos dos sujeitos pesquisados: a) a prática da atividade física; b) o uso do conhecimento sobre a atividade física; c) a motivação para a prática da atividade física.

A análise destas categorias apontou para a manifestação de atitudes indicadoras de autonomia e de intenção de prática permanente, mas ainda observou-se instabilidade nas atitudes demonstradas pelos componentes de conduta, cognitivo e afetivo.

Discorrendo sobre o vínculo positivo entre a atividade física e a saúde individual, Lovisolo (2000), descreve a sua importância e ressalta a existência de uma falta de sintonia entre a percepção e a ação dos sujeitos quanto ao assunto, gerando um descompasso entre as promessas que o sujeito faz a si mesmo ou a outrem e a alteração efetiva de sua conduta na prática. O descompasso têm se

tornado motivo de ironia, pois a mudança no estilo de vida é sempre postergada para começar quase sempre numa segunda-feira, depois das férias ou no mês seguinte.

Há diferentes teorias que buscam explicar e detalhar o fenômeno da motivação, compreendida como uma força que coloca a pessoa em ação e move a sua disponibilidade de se transformar. Do exame destas teorias motivacionais, constata-se que as mesmas são fortemente influenciadas pelos seus formuladores e por sua área específica de pesquisa científica. A motivação tem sido objeto de estudo científico por pesquisadores de distintas áreas do conhecimento. Temática de estudo da Psicologia, educadores, administradores e líderes em geral, tem se debruçado sobre o assunto, também de muito interesse dos psicólogos do esporte. Conforme defendido por Samulski (2009), motivar significa predispor-se a um comportamento para um fim desejado.

Analisando a motivação para a prática regular do exercício físico na terceira idade, Balbinot (2012), realizou pesquisa quantitativa com questionário fechado, em 32 idosos de Porto Alegre (RS) com idades entre 60 e 85 anos, integrantes de um grupo que pratica exercícios físicos regularmente duas vezes por semana a mais de um semestre. Este estudo verificou a existência de correlações significativas entre: a) “tempo de prática dos participantes” com o motivo “exercitar o corpo”; b) “estado civil” com o motivo “melhoria e manutenção da performance física”; c) “quantidade de pessoas que moram com o indivíduo” com os motivos “convívio com outros grupos” e “exercitar o corpo”.

Com os resultados do estudo, o pesquisador concluiu que os idosos têm entre os aspectos relacionados com a saúde: a qualidade de vida, exercitar o corpo, evitar o sedentarismo, a longevidade, as doenças e a performance física. Também foi observada a relação existente entre a prática de exercício e o convívio com outros grupos e aspectos das relações interpessoais, como a amizade, o companheirismo, a valorização do próximo e o respeito.

Em Uberaba (MG), Queiroz Junior et al (2012), também realizaram pesquisas, iniciadas em 2008, com o objetivo de identificar os motivos que levam as mulheres idosas a participar de programas públicos de exercícios físicos, analisando as

modalidades praticadas assim como a frequência e tempo disponibilizado semanalmente.

A pesquisa foi realizada mediante entrevista estruturada a 464 mulheres idosas cadastradas na Unidade de Atendimento ao Idoso – UAI e no Projeto de Ginástica Orientada, ambas sob coordenação da Prefeitura Municipal. A amostra foi dividida em dois grupos iguais de 232 idosas para efeito de comparação da qualidade de vida, avaliada pelo WHOQOL bref, um denominado INPRAE (idosas não praticantes de exercícios) e o outro chamado IPRAE (idosas praticantes de exercício).

Comparando-se os grupos, concluiu-se que o grupo das praticantes: sentia menos dor e desconforto; tinha mais energia para o dia-a-dia, maior capacidade de locomoção e o trabalho, satisfação com suas relações pessoais, atividades sexuais e apoio dos amigos, maior satisfação com a moradia; estava mais satisfeito com seu sono; desempenhava melhor as atividades no cotidiano; aproveitava e encontrava melhor sentido na vida; demonstrava maior concentração; aceitava melhor sua imagem corporal; eram mais satisfeitas consigo (melhor auto estima); tinha menos sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão; se sentia mais seguro e protegido na vida diária; considerava seus recursos financeiros suficientes para satisfazer suas necessidades; apresentava maior satisfação com os acessos aos serviços de saúde, estava mais satisfeito com disponibilidade de informações que tem disponível para o dia-a-dia, tinham mais oportunidades de realizar atividades de lazer e maior satisfação com o meio de transporte.

As 232 mulheres praticantes de exercício, apresentaram idade média de 68 anos, eram predominantemente viúvas e aposentadas. Quanto à participação por modalidades, 60,78% das respondentes praticavam atividades combinadas de duas ou mais modalidades. As modalidades únicas mais praticadas foram: a) ginástica; b) hidroginástica; c) caminhada; e d) musculação. Já nas práticas combinadas, as modalidades mais praticadas foram: a) hidroginástica; b) ginástica; c) musculação; e d) alongamento. Quanto às motivações, 40,94% aderiram à prática aos exercícios por mais de um objetivo. Os objetivos individuais mais prevalentes foram: a) saúde e indicação médica; b) condicionamento físico; e c) lazer, que também foram predominantes nos objetivos combinados, ao lado da condição social. Quanto à

frequência, 60,72% frequentam duas vezes por semana mais de uma modalidade esportiva. Quanto à duração, 57,75% praticam as atividades entre 60 e 120 minutos semanais.

Especificamente quanto ao grupo de praticantes, os pesquisadores concluíram que a adesão aos programas de exercícios físicos pelas idosas é multifatorial e predominantemente influenciada pelas questões de saúde, de forma explícita, todavia, a verdadeira razão pela busca do corpo ativo se funda no tão almejado desejo pela longevidade com qualidade de vida.

Balbinotti et al (2011), preconiza que os pressupostos estabelecidos pela TAD Teoria da Auto-determinação podem auxiliar de forma decisiva na motivação dos praticantes de exercícios físicos. Conforme os autores dessa teoria em 1981, DECI; RYAN prevê-se uma integração de três fatores relacionados com a motivação: os intrínsecos, os extrínsecos e os amotivacionais (onde a motivação não se manifesta) e que podem interferir no processo motivacional quando inseridos em contextos específicos, rechaçando contudo uma classificação baseada na tríade simplista da divisão entre esses três fatores motivacionais, e que estabelecem um *continuum* de estilos regulatórios ligados à motivação do sujeito. Para a TAD, a motivação é a força que mobiliza a pessoa a interagir no ambiente.

Segundo Samulski (2009), a motivação para a prática de exercício físico tem uma relação com fatores pessoais e ambientais. Conforme Nahas (2001), para iniciar e manter níveis satisfatórios de atividade física alcançando boa condição nos componentes básicos da aptidão física relacionada à saúde é requerido do sujeito um esforço individual.

A motivação, conforme Samulski (2009), é reconhecida como sendo um termo com significado amplo, que inclui necessidades, impulsos, desejos, interesses, propósitos, atitudes e aspirações de um indivíduo.

Porém, constata-se nas sociedades urbanas modernas, que os níveis de comprometimento com a prática regular de exercícios físicos são baixos, assim como a aderência a programas desta natureza. Para a manutenção dos propósitos, exige-se que uma forte motivação esteja continuamente presente.

Em que pese a existência de grande corpo de conhecimento que consolida o exercício físico como importante ferramenta na promoção de saúde,

paradoxalmente, conforme Gualano e Tinucci (2011), verifica-se uma redução gradativa da prática regular do exercício físico na maior parte das populações modernas.

Os aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos levaram Freitas (2007), a investigar, identificar, classificar e discutir os aspectos socioculturais e educativos, relacionados à saúde e à qualidade de vida do idoso, estabelecendo relações com os motivos de adesão e permanência na prática regular de exercícios físicos realizados em espaços públicos.

Os sujeitos pesquisados foram 120 usuários de dois programas de exercícios físicos no Recife (PE), que haviam ingressado nos programas há pelo menos seis meses e continuavam freqüentes, com idades entre 60 e 85 anos e distribuídos em várias modalidades (hidroginástica, ginástica aeróbica, musculação, natação e dança).

O instrumento de coleta foi um questionário adaptado sobre motivação para a prática esportiva utilizado pelo Laboratório de Estudos em Práticas Esportivas e Lazer (LAPEL) da ESEF/UPE com um rol das principais variáveis de adesão e permanência, segundo ordem de prioridade.

Os pesquisadores concluíram que os motivos mais importantes para a adesão foram: a) melhorar a saúde; b) melhorar o desempenho físico; c) adotar estilo de vida saudável; d) reduzir o estresse; e) acatar prescrição médica; f) buscar a recuperação de lesões; g) melhorar a auto-imagem; e h) melhorar a auto-estima e relaxar.

Já para a permanência, os motivos mais importantes foram: a) melhorar a postura; b) promover o bem-estar; c) manter-se em forma; d) sentir prazer; e) ficar mais forte e receber incentivos do professor; f) sentir bem-estar provocado pelo ambiente.

Além da questão motivacional, segundo Cassou et al (2008), há uma variedade de fatores (demográficos e biológicos; psicológicos; emocionais e cognitivos; sociais e culturais; ambientais; relacionais e comportamentais) que podem influenciar a prática regular de exercícios físicos, tanto de forma positiva

quanto negativamente. Essa gama de determinantes demonstra a complexidade e diversidade dos aspectos presentes nessa prática.

Em Belo Horizonte (MG), estudos de Ribeiro, Costa e Noce (2010), objetivaram verificar quais os principais motivos que levam os idosos a praticarem atividade física, bem como avaliar o grau de satisfação em relação às aulas da terceira idade.

Com o uso instrumental do questionário QM – Terceira Idade, desenvolvido por Zazá e Samulski em 2001 e por uma seção de perguntas abertas, a pesquisa abordou 80 indivíduos, de ambos os gêneros, com idade de 60 a 69 anos, praticantes de diversos tipos de exercícios físicos há no mínimo seis meses, em academias, escolas de dança e associações que atendem idosos.

Os resultados obtidos foram apresentados em fatores percentuais, observando-se que os motivos mais importantes para a prática de atividades físicas pelos idosos foram: a) melhorar a qualidade de vida, com 88,75% considerando muito importante, 10% importante, e 1,25% sem importância; b) melhorar ou manter o estado de saúde, com 83,75% considerando muito importante, 12,5% importante, 1,25% pouco importante e 2,5% sem importância; e c) prevenir doenças, 81,25% considerando muito importante, 11,25% importante, 2,5% pouco importante e 5% sem importância.

Em contrapartida, os motivos menos importantes foram: a) ficar muito tempo sozinho, com 33,75% considerando sem importância, 33,75% pouca importância, 13,75% importante e 18,75% muito importante, e b) tornar-se mais independente, com 20% considerando sem importância, 25% pouca importância, 18,75% importante e 36,25% muito importante.

Quanto à satisfação, os fatores mais relevantes citados foram os efeitos das atividades físicas na saúde e a receptividade e relacionamento com o professor, com um percentual de 82,43%.

Para os pesquisadores, os resultados da pesquisa revelaram que o que mais interessa aos indivíduos da terceira idade que recorrem à prática de atividades físicas, é a manutenção do estado saudável, demonstrando que os idosos estão preocupados com o seu estado de saúde e buscam na atividade física uma melhor qualidade de vida.

Objetivando verificar e analisar o nível de atividade física e as principais barreiras à prática percebidas por idosos, foi realizado um estudo por Nascimento et al (2008), com 129 idosos de Rio Claro (SP), com idade entre 60 e 90 anos e média de 71,9 anos, de ambos os gêneros.

A pesquisa diagnosticou, através de questionário fechado, baixos níveis de atividade física e identificou 22 barreiras, dentre as quais “doença ou lesão” foi a mais prevalente.

Outra barreira muito percebida pelos sujeitos da pesquisa foi a “falta de persistência”. Também significativas foram as barreiras “necessidade de descanso” e “falta de energia”, entendidas pelos pesquisadores como demonstrativas de falta de motivação.

O estudo evidenciou ainda, que as barreiras foram mais percebidas pelo gênero feminino (19 das 22 barreiras) e que nos subgrupos mais e menos ativos fisicamente, as principais barreiras percebidas são idênticas, indicando a existência de forte correlação entre a alta percepção de barreiras percebidas pelo sujeito e o seu nível de realização de atividades físicas.

Buscando identificar as barreiras para a atividade física em idosos de diferentes níveis socioeconômicos (NSE) Cassou et al (2008), pesquisaram 17 idosos do sexo masculino, idade média de 68,9 anos, selecionados por conveniência entre participantes de grupos comunitários e/ou de convivência de Curitiba (PR).

Os sujeitos selecionados eram integrantes de grupos focais de coral, atividades artísticas, recreativas ou físicas (ginástica, bolão, sinuca), se reuniam semanalmente, eram autônomos e independentes funcionalmente, gozavam de boa condição de saúde e para o estudo, foram divididos em dois níveis socioeconômicos: a) alto (classes A/B), com n=12 e baixo (classes C, D e E), com n=5, classificados pelo grau de escolaridade do chefe da família e por posse de utensílios domésticos.

A análise qualitativa identificou 164 relatos de barreiras para a prática da atividade física, sendo 118 por sujeitos do NSE alto e 46 pelo NSE baixo. As barreiras foram classificadas nas 6 dimensões propostas por Sallis e Owen em: demográficas e biológicas; psicológicas, cognitivas e emocionais; culturais e sociais; ambientais; características de histórico com a atividade física; e comportamentais.

Os pesquisadores concluíram que idosos de NSE distintos percebem as barreiras para a atividade física de maneiras diferentes.

As maiores freqüências de respostas do NSE alto foram: limitações físicas; isolamento social; e problemas de saúde, enquanto que no NSE baixo foram: custo; clima; e falta de suporte social, indicando forte dependência de espaços e locais públicos e gratuitos para a prática da atividade física, dos esportes e do exercício.

Semelhantemente, como já demonstrado em diversos estudos neste trabalho, as pesquisas anuais que vêm sendo efetuadas desde 2006, sob coordenação do Ministério da Saúde e realizadas através do SISTEMA VIGITEL igualmente demonstram, conforme a Tabela 4, que: a) baixo percentual da população brasileira pesquisada, em todos os grupos etários, se exercita suficientemente no lazer; b) que o percentual de indivíduos fisicamente inativos é maior que o de ativos; c) que a freqüência da condição de inatividade física é ampliada nas faixas etárias do público representativo da população idosa.

Conforme demonstrado ainda na Tabela 4, os indicadores de freqüência de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer são bem modestos em todas as faixas etárias; são ainda mais reduzidos no público idoso (tendem à redução com o avançar da idade) e com forte influência negativa da baixa quantidade de anos de estudo, indicando que a educação tem um impacto relevante para potencializar maior freqüência de prática deste fator de proteção à saúde e contra a manifestação das DCNT.

Tabela 4 - % de indivíduos que praticam atividade física no lazer (* e **) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e DF, ambos os sexos, por grupos de idade e anos de escolaridade. Evolução dados de 2006 a 2011.

Variáveis	2006*	2007*	2008*	2009*	2010*	2011 **
Idade (anos)						
18 a 24	18,3	19,4	18,6	18,4	20,4	40,5
25 a 34	15,7	14,8	14,8	15,7	14,8	32,1
35 a 44	11,9	14,5	13,3	12,6	12,6	26,4
45 a 54	13,3	13,4	12,8	12,4	13,1	26,2
55 a 64	16,0	15,7	15,2	13,3	13,1	24,7
65 e mais	12,7	14,4	14,3	13,6	12,2	22,2
Anos de Escolaridade						
0 a 8	12,1	12,4	12,0	11,4	11,6	24,0
9 a 11	17,4	17,6	17,8	17,8	18,0	35,1
12 e mais	18,9	21,4	19,6	20,1	20,2	42,2

Fonte: VIGITEL, 2011.

* Indivíduos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana.

** A partir de 2011, o indicador foi alterado para: “indivíduos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre”. Considera-se volume recomendado de atividade física, a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. Com a alteração inserida em 2011, acompanhando as mudanças nas recomendações internacionais (WHO,2011), que não considera mais um número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física, esse indicador não é comparável aos dados anteriormente publicados de prática de atividade física suficiente no tempo livre.

Outro indicador medido pelo Sistema VIGITEL no período de 2006 a 2011, este agora representando um grave fator de risco para as DCNT, pelos prejuízos que acarreta é a inatividade física. A Tabela 5 apresenta o percentual de fisicamente inativos entre os pesquisados entre os anos de 2006 a 2011, exceto 2008.

Tabela 5 - % de indivíduos fisicamente inativos * (critérios A e B) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e DF, ambos os sexos, por grupos de idade e anos de escolaridade. Evolução dados VIGITEL de 2006 a 2011.

Variáveis	2006-critério A	2007critérioA	2008	2009criérioB	2010critérioB	2011critérioB
Idade (anos)						
18 a 24	30,1	31,8	Indisponível	14,4	12,0	13,1
25 a34	24,2	23,9	Indisponível	11,8	9,7	9,5
35 a 44	23,7	22,8	Indisponível	12,3	10,9	11,3
45 a 54	26,5	25,6	Indisponível	13,0	13,5	13,4
55 a 64	32,0	31,9	Indisponível	21,0	20,0	19,0
65 e mais	56,1	56,5	Indisponível	37,1	36,7	32,3
Anos de Escolaridade						
0 a 8	24,7	27,4	Indisponível	17,1	14,5	14,2
9 a 11	27,6	27,3	Indisponível	12,6	12,9	12,7
12 e mais	45,8	38,3	Indisponível	16,5	15,7	15,7

Fonte: VIGITEL, 2011.

*Critério A: Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

*Critério B: Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer, nos últimos três meses, e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas.

Se qualifiquei os percentuais do indicador de fator de proteção à saúde “atividade física no lazer”, de modestos, infelizmente, não posso atribuir a mesma qualificação para os percentuais do indicador de fator de risco “inatividade física”.

Tratando-se de fator de risco à saúde e não de fator de proteção, o percentual do indicador de inatividade física da população pesquisada mostrou-se, regra geral, muito elevado em todas as faixas etárias, com tendência de aumento na medida em que se eleva a quantidade de anos de estudo.

Percebo ainda na análise, que o percentual de frequência da condição de inatividade física foi máximo na faixa etária dos 65 anos ou mais de idade. Cruzando os dados das Tabelas 4 e 5 concluo que o percentual de idosos inativos supera o

percentual dos que se exercitam satisfatoriamente no lazer em vários anos da pesquisa. Finalmente, pondero que é elevado o percentual de fisicamente inativos em outros grupos etários de adultos maduros.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Buscando atingir o objetivo principal de identificar os motivos de não aderência à prática de exercícios físicos por idosos de Uberaba(MG), os trabalhos deste estudo, da pesquisa de campo e sua análise se pautaram pelos procedimentos metodológicos aqui descritos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa transversal, exploratória e descritiva, com abordagem predominantemente qualitativa, objetivou identificar quais são os motivos de não aderência à prática de exercícios físicos, presentes no discurso dos idosos.

Conforme Martins e Bicudo (2005), a metodologia de pesquisa qualitativa deve ser de natureza teórica e prática concomitantemente.

O aprendizado do pesquisador sobre as observações empíricas e experiências vividas constituem o seu ponto de partida.

Nas pesquisas qualitativas os dados coletados são predominantemente descritivos, e a sua análise tende a ser indutiva, requerendo esforços que busquem compreender o significado que os sujeitos atribuem aos assuntos pesquisados.

Para a realização do presente estudo foi necessária realização de pesquisa bibliográfica com vistas a informar o pesquisador sobre o conhecimento prévio do estágio em que se encontra o assunto pesquisado, conforme defendido por Grigolli (2008), ressaltando que os estudos descritivos têm como característica a clara apresentação dos seus resultados.

Tal pesquisa abrangeu diversos assuntos relacionados com o objeto de estudo, dentre os quais, destaco os seguintes temas principais: caracterização do idoso; exercício físico e seus benefícios à saúde; motivação e seus determinantes positivos e negativos; processo e efeitos do envelhecimento; envelhecimento saudável; demografia mundial e brasileira com estratificação de idosos; inatividade e sedentarismo; qualidade de vida em saúde para o idoso; educação em saúde; pesquisa qualitativa e suas técnicas de análise.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) denominadas de Nossa Senhora da Abadia, Nídia Modesto Veludo e Jacob José Pinto, localizadas nos bairros Abadia, Tutunas e Cássio Resende, respectivamente, e abrangeu sujeitos dessas três Unidades de saúde da família de Uberaba, uma de cada Distrito Sanitário em que geograficamente está dividido o município.

O critério para escolha das USF, foi possuir o maior número de idosos dentre as USFs integrantes de cada Distrito Sanitário (DS). Todas as USFs selecionadas possuem mais de uma equipe de Saúde da Família (eSF) e o critério para seleção das eSFs também foi possuir o maior número de idosos cadastrados dentre as eSFs vinculadas àquelas USFs retro mencionadas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS (Sistema Único de Saúde). É uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho que visa ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Para atingir os objetivos da Estratégia Saúde da Família as Unidades contam com equipes multiprofissionais de saúde intituladas eSF (equipe de Saúde da Família).

Cada eSF tem um território de atuação e deve ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas como clientela, sendo recomendada a média de cerca de 3.000 pessoas. A atribuição do número de pessoas por equipe pondera o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, foram criados os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), que são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuando de maneira integrada e de apoio à equipe de saúde da família.

Os NASFs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS através da ampliação da clínica, melhor capacidade de análise e de intervenção em problemas e necessidades de saúde, destacando-se: atendimento conjunto; interconsulta; projetos terapêuticos; educação permanente;

intervenções em saúde de grupos populacionais e da coletividade; ações intersetoriais e de prevenção e promoção da saúde. Um dos programas do Ministério da Saúde, coordenados pelos NASFs municipais é a Academia da Saúde.

O Programa Academia da Saúde visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir de espaços públicos construídos com infra-estrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais, orientação de exercícios físicos; ações de segurança, educação alimentar e nutricional e de educação em saúde.

Os pólos do Programa Academia da Saúde são coordenados pela atenção básica e articulados com os demais pontos de atenção à saúde. Sua principal ação é construir políticas e espaços de promoção da saúde, reconhecendo o território e a comunidade como atores fundamentais na articulação e reconhecimento de determinantes sociais de saúde a partir da realidade local.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Conforme dados apurados pelo IBGE no último censo demográfico realizado em 2010, a população idosa de Uberaba (MG) totalizou 37.365 pessoas, correspondentes a 12,62% do total da população do município, conforme demonstrados em dados constantes do Quadro 1 e Tabela 2 deste trabalho.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o número de famílias estimadas de Uberaba totalizou 89.006 em Agosto/2013. À época, o município estava com 44.492 famílias cadastradas e sob acompanhamento da Estratégia de Saúde da Família, com um índice de cobertura de 49,98%, enquanto que o número de idosos, com mais de 60 anos de idade cadastrados e acompanhados na ESF era de 24.335 pessoas, representando 65,13% do total da população idosa do município.

Tal fato transparece que ainda existem muitos idosos não amparados pelas políticas adotadas por aquela Estratégia, principalmente aquelas direcionadas para o setor de saúde. Contudo, o índice de cobertura alcançado pelo município na assistência aos idosos (65,13%) é superior ao índice de cobertura do total da população uberabense, com base no número de famílias (49,98%), o que sugere que o segmento dos idosos ou vem demandando mais os serviços da Estratégia ou

as ações da rede de atendimento tem recebido maior atenção ou sido mais eficazes no alcance deste público alvo.

A distribuição dos idosos pelas equipes de saúde da família do município não é igualitária. O município de Uberaba conta atualmente com 50 equipes de saúde da família, distribuída pelos três distritos sanitários em que está dividido o município.

Há equipes com baixo número de idosos, em decorrência da opção adotada por familiares dos idosos que, prioritariamente, por opção, se mudam para os bairros mais novos e que normalmente estão geograficamente localizados em bairros periféricos, reservando aos seus idosos a residência em bairros mais centrais e mais antigos da cidade e que oferecem melhores condições de infra-estrutura, de transporte público e de acesso a serviços de saúde. Desta forma, usualmente estas USFs e eSFs são integradas por um maior número de idosos.

Das 50 eSFs de Uberaba, selecionamos três equipes, uma de cada Distrito Sanitário, que totalizou 2.202 idosos.

A eSF Abadia-Olhos D'Água, equipe vinculada à USF Nossa Senhora da Abadia e pertencente ao Distrito Sanitário I, possui 717 idosos de um total de 3.355 pessoas. A eSF Tutunas, equipe vinculada à USF Nídia Modesto Veludo e pertencente ao Distrito Sanitário II, possui 667 idosos, dentre as 2.894 cadastradas. A eSF Cássio Resende, equipe da saúde da família vinculada à USF Jacob José Pinto e pertencente ao Distrito Sanitário III, possui 818 idosos dentre as 2.483 pessoas cadastradas na Unidade de Saúde..

O estabelecimento do tamanho da amostra probabilística dirigida ou intencional do estudo levou em consideração os aspectos de qualidade e quantidade da amostra.

Para atendimento dos requisitos de qualidade da amostra, foram ponderados pelo pesquisador na seleção de como e onde a coleta deveria ser feita, a delimitação do universo capaz de ser representado e uma amostra com abrangência em representar os diversos estratos de sexo, idade, escolaridade, condição sócio-econômica e localização geográfica.

Buscando satisfazer os requisitos de quantidade, foram levados em consideração as características da população idosa, o tamanho dessa população e a sua estratificação por equipes de saúde da família com grande número de idosos.

Os sujeitos da amostra foram aleatoriamente selecionados da população idosa (2.202) das três eSF pesquisadas. O tamanho da amostra foi estabelecido em 412 sujeitos assumindo intervalo de confiança de 97,55%, nível de heterogeneidade de 50% e margem de erro amostral aceitável de 5%. Foram entrevistados 428, dos quais 322 atenderam a todos os critérios de inclusão e de exclusão, a saber: Critérios de Inclusão: 1) ter idade igual ou superior a 60 anos; 2) concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; 3) estar cadastrado em uma equipe de Saúde da Família do município de Uberaba; 4) deter nível cognitivo que o habilite a participar da pesquisa; 5) aparentar boas condições de saúde, sem perdas funcionais e de mobilidade; 6) Não praticar exercícios regularmente. Critérios de exclusão: possuir diagnóstico clínico de déficit de audição ou de visão grave que dificulte a comunicação e estar acamado.

A tabela 6 apresenta a seleção da amostra de sujeitos, por eSF.

Tabela 6 - Seleção da Amostra de sujeitos por eSF

Sujeitos idosos referidos e sua condição	Quantidade	Qtde por Esf	
Total de população idosa de Uberaba (censo2010)	37.365		
Idosos cadastrados na Estratégia Saúde Família	24.335		
Idosos cadastrados nas três eSF pesquisadas	2.202	A - Abadia -	717
		B -Tutunas -	667
		C-C.Resende-	818
Amostra calculada	412		

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

4.4 INSTRUMENTO DA PESQUISA

Para a consecução dos objetivos gerais e específicos deste trabalho utilizamos uma entrevista estruturada contendo cinco perguntas além dos dados de identificação do sujeito, conforme modelo constante do Apêndice A.

Os sujeitos foram consultados acerca de seus dados pessoais como nome, idade, sexo, anos de escolaridade, estado civil e também sobre: a sua auto-percepção acerca da importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde; se reside próximo ou tem acesso a locais públicos destinados à prática de exercícios físicos e esportes; se realiza algum tipo de exercício ou esportes

regularmente e com que freqüência e duração; e acerca da pergunta geradora sobre dificuldades encontradas para a prática de exercícios físicos ou esportes.

A entrevista estruturada é uma forma que tem sido bastante utilizada em pesquisas qualitativas e que apresenta muitas vantagens para a pesquisa.

Em uma pesquisa qualitativa, o pesquisador deve interrogar o que deseja saber do mundo ao seu redor. Surgem duas possibilidades para essa interrogação. Pode interrogar o mundo diretamente perguntando: o que é isto que vejo? Esse modo é chamado de perspectiva de primeira ordem. Alternativamente, conforme Martins e Bicudo (2005), também há a possibilidade de interrogar as ideias que as pessoas têm sobre o mundo e a respeito de um fenômeno. Tal forma alternativa é chamada de perspectiva de segunda ordem.

Nesta pesquisa é utilizada para a entrevista, a formulação de uma pergunta geradora e provocadora de posicionamentos, com uso da perspectiva de segunda ordem, uma vez que consultaremos o sujeito acerca da sua ideia sobre um fenômeno: Qual dificuldade o Sr(a) encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes?

Quanto ao questionamento a ser apresentado aos sujeitos, manifestamos concordância com o posicionamento defendido por Simões (1994), de que, em nossa maneira natural de falar, opinamos sobre as coisas, sobre os seres, sobre os fenômenos que se dão a conhecer, através de manifestações de juízos de valor.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados da entrevista, utilizei a Análise de Conteúdo, através da técnica de elaboração e análise de unidades de significado, proposta por Moreira, Simões e Porto (2005), que trata-se de uma técnica de investigação qualitativa, originária da combinação das abordagens de Análise de Conteúdo, em especial uma adaptação da Análise de Avaliação Assertativa efetuada por Bardin em 1977 e da Análise do Fenômeno Situado efetuadas por Giorgi em 1978 e Martins e Bicudo em 1989.

A proposta desta técnica prevê 3 fases distintas: a fase da descrição, em que pesquisador procede a verificação do relato ingênuo, puro, do que foi dito pelo seu

entrevistado. A fase de redução, em que a realidade do sujeito se mostra sem pré-conceitos, denotando a essência do discurso do sujeito e quando expressões cotidianas do sujeito são expressas tecnicamente através de um procedimento de reflexão para se chegar às expressões concretas, representativas do que o sujeito pretendeu transmitir, denominada de indicadores. Na terceira fase, ocorre a análise interpretativa do fenômeno, buscando compreendê-lo em sua essência, representada pelas unidades de significado.

Todas as unidades de significado são interpretadas formando numa descrição consistente e segura sobre aquilo que o sujeito revelou em suas expressões. Como medida de rigor metodológico, pesquisadores sujeitam suas interpretações a outros analistas buscando críticas ou confirmações ao trabalho.

4.6 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Inicialmente, atendendo disposições legais, submeti o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para análise e verificação de conformidade. O projeto foi aprovado sob o número 2627/2013, conforme Anexo 1.

Posteriormente solicitei autorização à Secretaria Municipal da Saúde de Uberaba para realização da pesquisa junto aos sujeitos no ambiente das Unidades de Saúde da Família – USF. Conforme Anexo 2, a Secretaria anuiu aos procedimentos da pesquisa nas Unidades de Saúde.

Procedi junto à Diretoria de Atenção Básica à Saúde levantamento das USF - Unidades de Saúde da Família e eSF - equipes de Saúde da Família com quantitativo de usuários cadastrados e segmentação por faixa etária.

Visando integrar a pesquisa com representantes de diversos bairros da cidade, efetuei análise de todas as equipes de saúde da família e de todos os três Distritos Sanitários de Uberaba.

Dentre as diversas equipes de saúde da família, representando cada um dos três Distritos Sanitários, selecionei para composição da amostra de sujeitos, aquelas equipes com maior número de idosos entre a população assistida.

De todos os participantes da pesquisa, após esclarecimento, foi acolhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na forma do modelo constante do Anexo 3, conforme determinação da Comissão Nacional de Ética em pesquisa.

A coleta dos dados foi feita de forma direta, pelo próprio pesquisador nos meses de Novembro de Dezembro de 2013, nas eSF anteriormente mencionadas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos idosos entrevistados, como apresentado na Tabela 7, Verificou-se que a maioria dos idosos concentra-se na faixa inicial de 60 a 64 anos, com 185 sujeitos representando 57,5% da amostra. A segunda faixa com maior número de sujeitos é a imediatamente seguinte (de 65 a 69 anos), com 56 respondentes, representando 17,4% da amostra. A idade média dos 322 sujeitos não praticantes de exercícios físicos, foi de 65,66 anos.

Tabela 7 – Distribuição da Amostra, segundo os grupos etários

Grupo Etário	Quantidade de Sujeitos	Percentual
De 60 a 64 anos	185	57,5
De 65 a 69 anos	56	17,4
De 70 a 74 anos	44	13,7
De 75 a 79 anos	27	8,4
De 80 a 84 anos	8	3,0
De 85 a 89 anos	1	~
De 90 a 94 anos	1	~
Total	322	100

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Os dados de frequência e de sujeitos entrevistados e respectivos percentuais, classificados por faixa etária mantêm coerência com a estratificação populacional idosa de Uberaba descrita no Quadro 1, de forma que os estratos com maior número de pessoas contribuíram mais, tanto em quantidade de indivíduos, quanto percentualmente, ofertando mais respostas à pesquisa.

O mesmo raciocínio se aplica ao analisar os dados da população brasileira, conforme a Figura 6, pois os estratos idosos mais novos possuem uma representatividade percentual relativa maior.

Quanto ao sexo, evidenciou-se a predominância das mulheres (73,9%) sobre 26,1% de homens, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da Amostra de não praticantes, segundo o sexo

Mulheres		Homens		Total	
N	%	n	%	n	%
238	73,9	84	26,1	322	100

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

A maior prevalência do público feminino na pesquisa decorre de várias situações, todas coerentes e representativas dessa predominância feminina.

A população idosa feminina de Uberaba (21.345 mulheres) representa 57,1% do total de idosos habitantes no município (37.365).

Conforme dados da PNAD 2012, o gênero feminino representa 51,3% da população brasileira.

Os idosos brasileiros, com mais de 60 anos (24.806.502) representam 12,6% da população (196.877.000), dos quais 13.788.122, equivalentes a 55,6% do total são mulheres e 11.018.380 são homens.

O gênero feminino tem expectativa de vida – representada por estimativa de quantos anos supostamente alguém viverá, a partir de uma idade atual - superior ao masculino, conforme demonstram dados demográficos já bem sedimentados na literatura científica.

Conforme demonstrado na Figura 5, a esperança de vida ao nascer, do gênero feminino brasileiro em 2010 foi de 77,3 anos contra 69,9 anos do gênero masculino.

Conforme Berquó e Baeninger (2000) o superávit de mulheres idosas continua prevalecendo na sociedade brasileira, sendo maior, quanto mais avançada for a idade.

Segundo Moraes (2012) o gênero feminino se preocupa mais com os aspectos relacionados à saúde, tanto a própria, como a de seus familiares, demandando por consequência maior acesso e frequência às Unidades de Saúde da Família, locais onde foram coletados os dados do presente estudo.

Os dados desta pesquisa, corroboram a predominância verificada em outros estudos acerca do fenômeno da feminilização do envelhecimento, acerca do qual, Camarano (2004) pondera que embora as mulheres possuam maior predominância

populacional e maiores expectativa e esperança de vida, sujeitam-se mais a quedas, deficiências físicas e mentais, mormente acidentes vasculares encefálicos e demências, do que seus parceiros masculinos.

Os sujeitos foram consultados sobre a quantidade de anos em que frequentou a escola. Os dados alcançados foram separados por eSF e por classificação das respostas em sete níveis, com início na condição de analfabeto, culminando com o ensino superior. Tais dados constam da Tabela 9.

Tabela 9 – Escolaridade informada pelos sujeitos da amostra

Situação de Escolaridade	eSF	A	B	C	Total	%
Analfabeto (0/menos de 1 ano de estudo)		12	5	3	20	6,2
Alfabetizado. (até 2 anos de estudo)		27	11	9	47	14,6
Básico – de 3 a 4 anos de estudo		45	34	35	114	35,4
Fundamental Incompleto – de 5 a 7 anos		17	20	22	59	18,3
Fundamental – 8 anos de estudo		7	11	12	30	9,3
Médio – 11 anos de estudo		10	17	21	48	14,9
Superior e Pós Graduação – 12 anos e +		-	2	2	4	1,3
Total		118	100	104	322	100

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Os resultados indicaram que 181 pesquisados, correspondentes a 56,2% não chegaram a concluir o ensino básico, atualmente Fundamental I, detendo 4 ou menos anos de escolaridade. A condição mais prevalente foi a de 3 a 4 anos de escolaridade, com 114 sujeitos representando 35,4% da amostra total.

A baixa escolaridade e o alto índice de analfabetismo na sociedade brasileira, conforme Berquó e Baeninger (2000) são heranças antigas do nosso passado e é maior para as mulheres, o que as coloca em situação de grande vulnerabilidade social já há bastante tempo e em situação que perdura até a atualidade.

Tal assertiva é consonante com dados divulgados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo IBGE, que indica que em 2012, o número médio de anos de estudo dos idosos brasileiros com 60 anos ou mais foi de 4,6 anos para os dois gêneros e de 4,7 anos para os homens e de 4,5 anos para as mulheres.

Analisando os mesmos dados da PNAD 2002, verifiquei que o número médio de anos de estudo dos idosos brasileiros, com 60 anos ou mais em 2002 foi de 3,4 anos para os dois gêneros e de 3,6 anos para os homens e de 3,2 anos para as mulheres. Isto indica que os idosos brasileiros estão tendo mais acesso à educação na atualidade do que em décadas anteriores.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2008), os adultos mais velhos da atualidade têm melhor nível de instrução do que os seus predecessores e estima que essa tendência irá prevalecer à medida que as coortes mais jovens envelhecerem, ressaltando que a possibilidade de continuar os estudos na velhice ilustra como essa etapa da vida pode tornar-se mais satisfatória através da reestruturação do curso de vida.

No que concerne aos resultados deste estudo, merece destaque a situação dos analfabetos (20 sujeitos), 6,2% da amostra, em que alguns sujeitos mesmo declarando essa condição, formalizaram o TCLE e a situação dos alfabetizados funcionais, com até 2 anos de estudo, alguns com dificuldades de assinar seus nomes, verificadas *in loco* no momento da pesquisa, num total de 47 pesquisados representando 14,6% da amostra.

Outra questão abordada no estudo foi questionar os sujeitos acerca do estado civil. Por opção deste pesquisador foram agregados numa mesma situação os casados, amasiados e conviventes em união estável e em uma outra situação os sujeitos que se declararam desquitados, separados ou divorciados.

A característica sóciodemográfica da investigação, relacionada ao estado civil do sujeito está apresentada, separadamente por eSF, na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da Amostra Total, por estado civil e eSF

Estado Civil	Sujeitos da amostra por eSF				%
	A	B	C	total	
Solteiro	23	19	23	65	20,2
Casado, Em União Estável ou Amasiado	57	54	52	163	50,6
Viúvo	27	16	16	59	18,3
Desquitado, Separado ou Divorciado	11	11	13	35	10,9
Total	118	100	104	322	100

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Dentre as diversas condições de estado civil declaradas pelos sujeitos, os casados, em união estável e amasiados constituem o maior grupo, totalizando 163 indivíduos representando 50,6 % da amostra total.

Questionou-se os sujeitos acerca da existência perto de sua casa, de algum lugar público para realizar exercícios ou praticar esportes. As informações coletadas constam da Tabela 11.

Tabela 11 – Existência de Locais Públicos para a prática de E.F. próximo à residência.

Reside próximo local público p/ E.F.	Sujeitos da Amostra	%
Sim	121	37,6
Não	201	62,4
Total	322	100

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

A maior parte dos sujeitos consultados, 201 indivíduos representando 62,4% da amostra, alegaram a inexistência de locais públicos apropriados para a prática de exercícios físicos próximos dos seus locais de moradia.

O estudo também procurou verificar através dos discursos dos sujeitos, a sua auto percepção sobre a importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde. Dos 322 pesquisados, 311 atribuem importância à prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, representando 96,5% da amostra. As respostas estão apresentadas quantitativamente na Tabela 12.

Tabela 12 – Importância ou não da prática de exercício físico para a manutenção da saúde.

Importância da prática de E.F.	Sujeitos da Amostra	%
Considera importante	311	96,5
Não considera importante	11	3,5
Total	322	100

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Enfatizo que a quase totalidade dos idosos, consultados sobre a sua auto percepção da importância da prática de exercícios para a manutenção da saúde, posicionaram-se positivamente, o que sugere a existência de uma conscientização sobre a questão, o que corrobora meu ponto de vista de que ações oportunas e

eficazes devem ser realizadas no sentido de reduzir a quantidade dos fatores de não aderência ou minimizar os seus impactos, possibilitando que mais idosos se beneficiem da prática de exercícios físicos, com todos os resultados benéficos dela advindos para o indivíduo.

Instados a se posicionarem sobre as razões da sua atribuição de importância, um grande número de sujeitos (71) não apresentaram justificativa da sua posição, abstendo-se de resposta. Todos os demais consultados (251) ofertaram justificativas de considerarem a prática importante ou não, através de 420 respostas..

As informações qualitativas quanto às justificativas da importância ou não da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, integram o Quadro de respostas do Apêndice B.

Utilizando a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado proposta por Moreira, Simões e Porto (2005) inicialmente procedi a descrição do relato íntegro do discurso dos entrevistados. Após, identifiquei os indicadores da essência do relato do sujeito e finalmente realizei a análise interpretativa do fenômeno com elaboração dos quadros apresentados nos Apêndices C e D que culminou na seleção das nove Unidades de Significado, cujos dados quantitativos estão apresentados na Tabela 13 e dispostas graficamente na Figura 11 e com estratificação por eSF, na Figura 12.

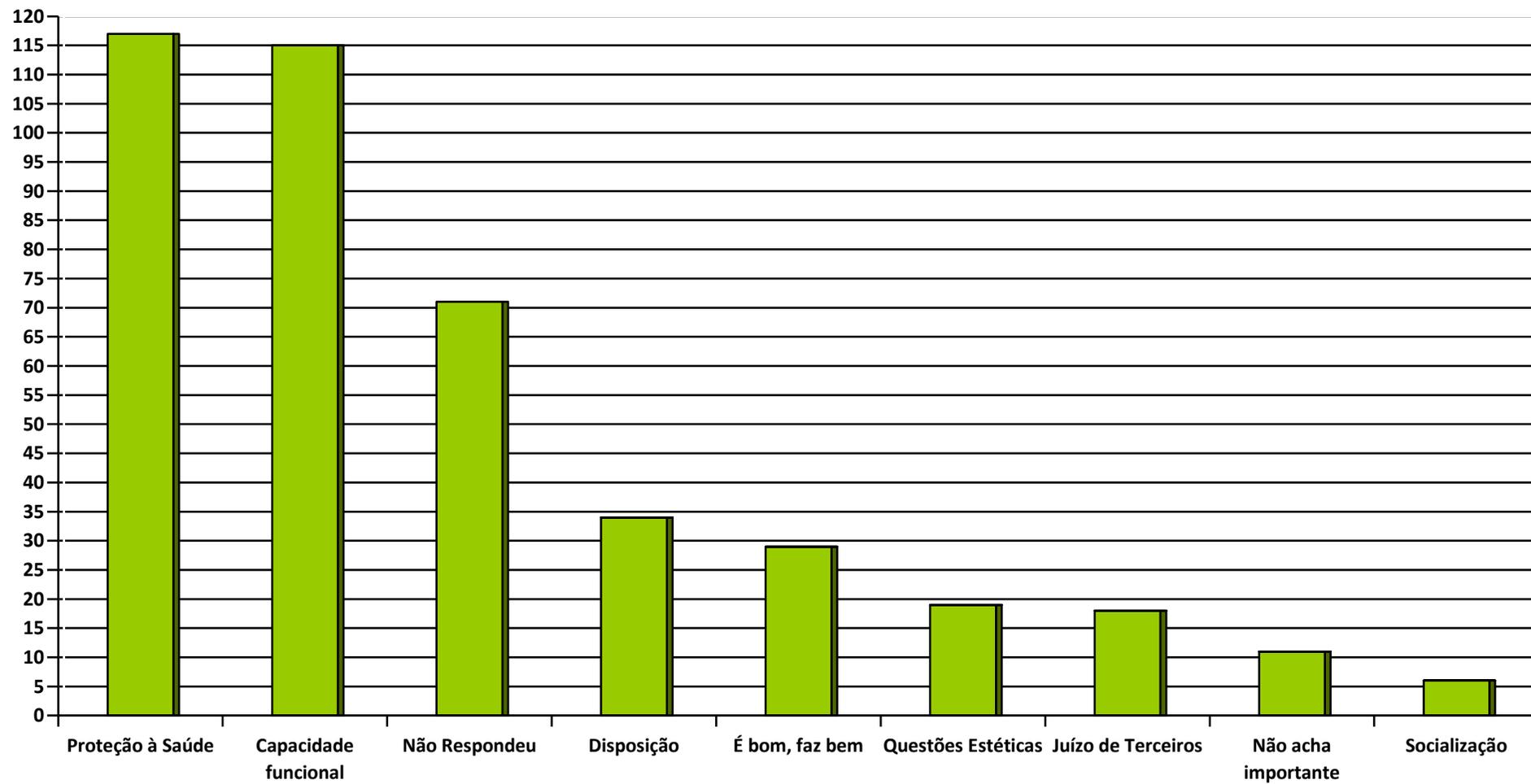


Figura 11 – Frequência e Unidades de Significado da importância da prática de exercícios para a manutenção da saúde.
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

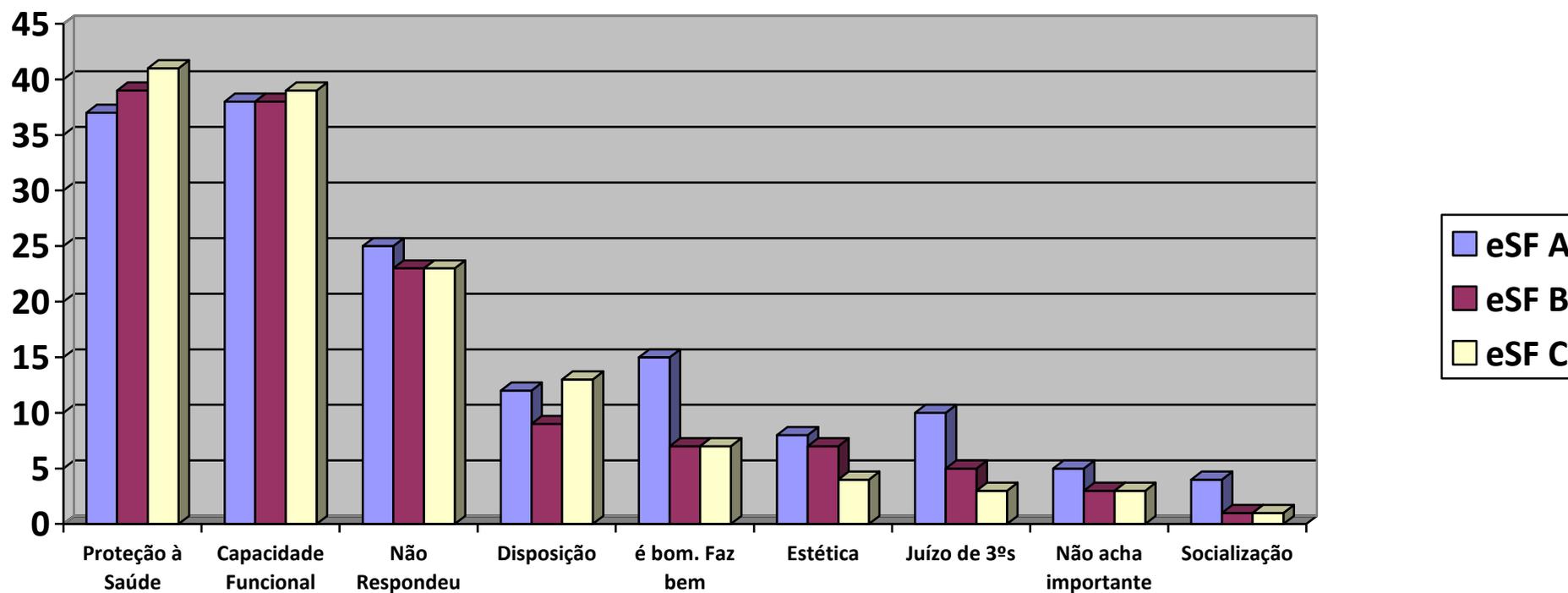


Figura 12 – Estratificação por eSF, das U.S. da importância da prática de exercícios para a manutenção da saúde.
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Unidade Significado	Frequência p/ eSF									
	Proteção à Saúde	Capacidade Funcional	Não Respondeu	Disposição	É bom. Faz bem.	Questões Estéticas	Juízo baseado em terceiros	Não acha Importante	Socialização	
A	154	37	38	25	12	15	8	10	5	4
B	132	39	38	23	9	7	7	5	3	1
C	134	41	39	23	13	7	4	3	3	1
Tt.	420	117	115	71	34	29	19	18	11	6

Tabela 13 – Unidades de Significado e frequência de respostas à pergunta 2.

Nº U.S.	UNIDADES DE SIGNIFICADO	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS	%*
1	Proteção à Saúde	117	36,3
2	Capacidade Funcional	115	35,7
3	Não respondeu	71	22,0
4	Disposição	34	10,6
5	É bom. Faz bem	29	9,0
6	Questões estéticas	19	6,0
7	Juízo de terceiros	18	5,6
8	Não acha importante	11	3,4
9	Socialização	6	1,8

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

(*)%=frequência/322(amostra)x100

A Unidade de Significado **Proteção à Saúde**, resultou do agrupamento de diversos indicadores relacionados à saúde, como conservação, redução de dores no corpo, ajuda nas diferentes funções orgânicas e esteve presente em 117 respostas, representando 36,3% da amostra de 322 consultados.

Os idosos pesquisados, através dos seus discursos, parecem atribuir grande importância à sua saúde, ou especialmente à falta dela.

Nas perguntas abertas deste estudo, em que se requereu posicionamento do sujeito, essa importância fica evidenciada pela grande frequência de respostas. Entretanto, se essa importância está sempre manifesta no discurso dos sujeitos, ela não se reflete na prática cotidiana dessas pessoas, com a intensidade necessária de influenciar suas mudanças comportamentais .

A preponderância atribuída à saúde ficou evidente nas respostas dos sujeitos, que quando indagados se consideram importante a prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde manifestam-se positivamente e associam a sua justificativa aos benefícios do exercício e a diversas doenças crônicas não transmissíveis para as quais o exercício é recomendado como fator de proteção.

Focando nos benefícios do exercícios para a manutenção da saúde, o sujeito 29 respondeu que “dependemos do exercício para a saúde”.

Conforme Kalache (2010), a saúde se constitui num dos maiores desejos das pessoas, em todas as faixas etárias, mas infelizmente ela não recebe por parte dos que a tem por objeto de desejo, a importância que lhe deva ser atribuída.

Exemplificando, o sujeito 242 justifica a importância do exercício físico para a manutenção da saúde alegando que é “bom para a circulação, peso, colesterol e tudo o que é problema”. A generalidade e completude da expressão “tudo que é problema” enseja um universo muito grande de opções benéficas, das quais, entretanto, o sujeito não se beneficia, pois não o pratica.

Por sua vez, o sujeito 208, não praticante habitual de exercícios físicos assegura que “fazendo, você já melhora 90% do excesso de peso, pressão arterial e dores nos ossos”.

Conforme Moragas (2010) Pollock e Wilmore (2009), a saúde tem forte impacto sobre a qualidade de vida de qualquer pessoa, inclusive e principalmente do idoso, uma vez que o processo do envelhecimento resulta em alterações orgânicas naturais, evidenciadas por declínio da fisiologia do organismo, seja harmônica ou desarticulada, nos diversos sistemas do organismo humano.

O sujeito 305 é bem enfático no seu posicionamento ao asseverar: “é bom para tudo: coração, circulação, todos os músculos e órgãos e respiração. Quando faço, fico melhor e durmo mais”. Novamente aqui, o emprego da expressão genérica “tudo”, agora associada ao benefício proporcionado pelo exercício “quando é feito”.

Defendendo o posicionamento da necessidade de atenção à saúde por parte do indivíduo, Moraes (2012), assegura que manter a saúde é de longe, o maior desejo das pessoas que atingem a velhice.

Ressalta ainda o autor, que a manutenção da saúde tem forte associação com a autonomia, entendida como a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, com estabelecimento e uso de regras próprias.

Corroborando esse ponto de vista, Ramos (2011, p 2), destaca que na relação existente entre o idoso e a saúde, o que é significativo:

o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar os seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos de idade capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (aqui consideração produção em qualquer nível) deverá ser considerado uma pessoa saudável, a despeito de ser, por exemplo, hipertensa, diabética, cardíaca e depressiva – infelizmente, uma combinação bastante frequente nessa idade.

Conforme Farinatti (2008) entende, um dos pontos mais caros ao movimento da promoção da saúde é o exercício de todas as potencialidades dos indivíduos e no

que respeita aos idosos isso depende da preservação do seu livre arbítrio, respeito a suas opções de vida e pleno uso de autonomia e independência.

Cordeiro (2011, p 248) buscando distinguir e ilustrar as características da autonomia e independência, ressalta:

Embora independência e autonomia sejam construtos correlatos em todas as porções do ciclo vital, a autonomia refere-se ao exercício da autodeterminação, ou melhor, o exercício do autogoverno associado à liberdade individual, privacidade, livre escolha, autorregulação e independência moral. Por outro lado, diz-se que o indivíduo apresenta prejuízo em sua independência somente quando ele não consegue sobreviver sem a ajuda de outros indivíduos ou de equipamentos para executar suas atividades cotidianas.

A questão da prevenção de doenças também foi recorrente nas respostas dos sujeitos pesquisados.

O sujeito 231 relatou que é importante a prática “Pela saúde da gente. Para não deixar dar coisa ruim como coração e colesterol”. Na mesma linha de pensamento, com foco na prevenção, o sujeito 131 alegou em sua resposta: “desenvolve a saúde e afasta as doenças”.

Outras respostas estão associadas não à prevenção, mas à melhoria e controle de doenças já instaladas, como o sujeito 8, que relata: “ajuda muito, né, principalmente os diabéticos”.

A pesquisa obteve diversas respostas com referências dos sujeitos à cabeça, aos nervos, à mente, que a meu ver traduzem um receio de deterioração cognitiva, situação bastante temida pelos idosos em geral, conforme Wilmore, Costill e Kenney (2010) e Weinberg e Gould (2008).

Ilustram esta argumentação da análise, os discursos das respostas dos seguintes sujeitos: 56: “por causa dos nervos”; 98: “é bom para os nervos”; 108: “ajuda demais a cabeça”; 110: “é bom para os nervos”; 235: “reanima a cabeça”; 247: “desenvolve os nervos”; 253: “conserva a mente”; 255: “mantém a saúde mental”; 268: “para a parte dos nervos”; 295: “movimento dos nervos” e 321: “melhora a mente”.

A segunda Unidade de Significado foi a **Capacidade funcional**, com 115 respostas, representando 35,7% dos 322 pesquisados. Essa Unidade de Significado é integrada pelos indicadores melhoria do condicionamento físico;

desenvolver o corpo; movimento; funcionalidade; manter a atividade, rejuvenescimento e vitalidade; flexibilidade; agilidade e locomoção e equilíbrio.

Segundo Soares, Alabarse e Ramos (2011), uma das características mais marcantes do processo de envelhecimento é o declínio das capacidades funcionais e que embora esse fato esteja relacionado a fatores genéticos e/ou ambientais, o estilo de vida adotado pelo indivíduo pode contribuir para amenizar a diminuição das capacidades funcionais e manter um envelhecimento saudável.

As respostas dos sujeitos evidenciam uma preocupação com a manutenção de sua autonomia e funcionalidade e associam que o exercício é benéfico para tal, como exemplifica a resposta do sujeito 89 relatando que a prática do exercício é importante para manter a saúde porque “Ajuda em muita coisa, dá condicionamento físico e faz sentir melhor”.

Algumas respostas evidenciaram indicadores associando que o sedentarismo é muito prejudicial e que tal comportamento deve ser evitado, como expresso no discurso do sujeito 105 ao dizer “Mantém o vigor e a musculatura mais em dia. Sedentarismo é ruim. Tudo que para, enferruja”.

Verderi (2004) defende que os exercícios físicos executados corretamente e de forma regular podem ajudar não só a manter, como também recuperar a amplitude dos movimentos e a estabilidade de articulações que tenham sido afetadas.

Muitos idosos reconhecem a redução da agilidade e outras funções e a consciência dessas limitações impele ao exercício da busca de opções para estimular as funções orgânicas para melhoria de desempenho, como expressa o sujeito 288 ao ressaltar: “Ajuda na flexibilidade, agilidade e equilíbrio. A gente fica mais esperto”.

Um dos sinais mais evidentes do envelhecimento, segundo Spirduso (2005), é a lentidão do comportamento motor, que embora ocorra de maneira muito individualizada, a velocidade com a qual os indivíduos iniciam, executam e concluem os movimentos diminui gradual e inexoravelmente, com o passar dos anos. A capacidade funcional está ligada à força e resistência muscular e flexibilidade.

Um dos atributos de capacidade funcional que é muito desejado pelos idosos em geral é a manutenção da independência. Paschoal (1996) destaca que a

dependência funcional que se refere à incapacidade do indivíduo em realizar as atividades da vida diária é muito recusada pelos idosos em geral, ressaltando que o grau de confiança em suas habilidades é grande motivador comportamental, pois quando a pessoa se percebe capaz de realizar um procedimento, faz mais esforço para a sua realização, tem motivação para maior para terminá-lo e busca conservar essa condição de realização por mais tempo.

A terceira Unidade de Significado em representatividade numérica engloba um grande número de sujeitos que **Não respondeu**/justificou a importância ou não da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, com abstenção de 71 sujeitos, representando 22% da amostra..

Há presunção por este pesquisador de que alguns sujeitos preferiram abster-se de opinião, em função de preocupação com o fornecimento de uma resposta mais elaborada. Essa situação ocorreu com o sujeito 205, cuja resposta obviamente não integra esta US, mas que muito espontaneamente, quando consultado, respondeu: “Não sei explicar isso direito, mas sei que é bom”.

A quarta Unidade de Significado foi a **Disposição** que obteve uma frequência de 34 respostas, equivalentes a 10,6% da amostra de 322 sujeitos. Integram essa U.S. os indicadores: bem estar geral; estímulo ao corpo e mais condição de vida.

A disposição que traz alegria e sentido mesmo nas coisas simples da vida foi ressaltada, ao lado do bem estar que é um estado que traduz sentimentos de felicidade, contentamento e satisfação com as condições da vida.

Muitos sujeitos vincularam suas respostas ao indicador disposição, como o sujeito 56, que alega “Por causa dos nervos e para ficar mais disposta”; o sujeito 72 que diz “Primeiro, a gente fica bem e segundo, ficamos com mais condição de vida e disposição” e o sujeito 118 ao ponderar: “é bom para desenvolver, principalmente na idade da gente; para não enferrujar; dá mais ânimo”.

A saúde e a atividade física, estão, conforme defende Spirduso (2005), bastante entrelaçadas com a função emocional.

As sensações agradáveis de bem estar, relacionadas à qualidade de vida e a um estilo ativo e de envelhecimento saudável, também permearam os discursos dos sujeitos, como o 181 que declarou: “melhora o bem estar geral do corpo” e o 275 que afirma: “a gente fica mais disposta e parece que a saúde é outra”.

A essencialidade do movimento humano também esteve presente no discurso dos sujeitos da pesquisa. Segundo Papalia, Olds e Feldman (2008) a movimentação com independência, possibilitando à pessoa comunicar com o ambiente e as pessoas ao seu redor, representa o indivíduo na completa expressão da sua individualidade.

A quinta Unidade de Significado com maior número de respostas (29), representando 9,0% do total de 322 sujeitos foi **É bom. Faz bem.**

Foram ofertadas algumas respostas indicativas da importância da prática dos exercícios físicos para a manutenção da saúde, em frases muito curtas mas expressivas de grande significância, denotando parecer o entrevistado estar relatando generalidades bem próximas da sua realidade cotidiana.

Os indicadores das respostas dessa Unidade de Significação tem grande relação com as esferas subjetivas de percepção do sujeito e são indicativas de suas vivências pessoais, em que as variáveis socioculturais de interpretação são muito individuais e dizem respeito à percepção que os sujeitos tem de suas próprias vidas, carregadas de significados, valores e símbolos construídos historicamente e culturalmente, segundo Papalia, Olds e Feldman (2008),.

Vilarta (2007) pondera que o conceito de bem estar geral, fundamenta-se no movimento *wellness* (bem estar) e começou a ser mais utilizado após meados da década de 1990, como contraponto à então fase motivacional do movimento *fitness*.

Culturalmente, essa sensação de bem estar existencial é produto de ações pessoais na busca de um ideal integrado das múltiplas dimensões da vida rumo ao pleno potencial humano, relacionando práticas de saúde e construção de estilos de vida saudável com produção de equilíbrio físico, psicológico e sócio-cultural..

Exemplos destas falas são respostas do sujeito 113: “porque é bom e necessário”; do sujeito 115: “porque faz bem para tudo”; do sujeito 123: “porque faz um bem enorme” e do sujeito 303: “a pessoa na trava de uma vez. É bom.

A sexta Unidade de Significado, **Questões Estéticas**, equivale a 6,0% do total da amostra obteve 19 respostas nos indicadores: beleza; manter jovialidade; imagem corporal e controle de peso.

As questões estéticas surgiram no discurso dos entrevistados, evidenciando preocupações com a imagem corporal, que é a percepção que o sujeito tem de seu

próprio corpo, apesar de os efeitos do envelhecimento serem muito aparentes fisionicamente e claramente percebidos por todos que o veem. O tema é lembrado pelo sujeito 37 ao destacar: “Porque é bom. Não só para a beleza, mas para a saúde”.

Acerca desse ideário de beleza, destaco a contribuição de Néri (1993) ao ponderar que vivemos atualmente numa sociedade consumista em que se atribui alto valor ao consumo e onde a aparência e a beleza são muito importantes sendo raro alguém desejar ser ou parecer velho.

Segundo Moragas (2010) a imagem da jovialidade é perseguida pelos humanos desde muito tempo e este modelo continua idealizado na sociedade contemporânea.

Também presente nas respostas, a obesidade que é tão frequente na nossa sociedade contemporânea, não só no Brasil, mas em quase todos os países, conforme os relatos do sujeito 129: “Para manter a juventude e emagrecer”; do sujeito 143: “A gente tem que queimar as gorduras. Não podemos ficar obesos” e ainda do sujeito 174 que enfatiza: “Para perder peso e envelhecer com saúde”.

Passando à sétima Unidade de Significado denominada **Juízo de terceiros**, em que 18 entrevistados manifestaram as suas respostas, equivalentes a 5,6% da amostra, fundamentando que as suas percepções são fortemente influenciadas por opiniões ou juízos de terceiros, acerca da importância ou não da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, relatadas nos indicadores: o médico diz; todo mundo fala; escuto na tv; eles falam e muita gente diz.

Essa unidade demonstra que muitos sujeitos reconhecem a importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, mas falta-lhes conhecimento mais aprofundado do assunto para defesa de uma posição, preferindo pois centrar o seu discurso nas informações de outras pessoas que julga especializada e que são reproduzidas pelas mídias de informação, pelo conhecimento médico e por disseminação social de amigos e parentes.

Dentre os pesquisados, 11 sujeitos representando 3,4% da amostra relataram restrições à importância atribuída à prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, com os indicadores: para muita gente não adianta; depende; não é lá

essas coisas; não vejo tanto recurso nisso, integrantes da Unidade de Significado “**Não acha importante**”.

Em que pese a pouca representatividade tanto de sujeitos quanto de frequência de respostas, essa US sintetiza uma tomada de posição não muito convencional acerca do assunto, demonstrando que as posições ora dela divergentes, estão muito presentes no tecido social mas não representam uma unanimidade. Os respondentes que integram essa US demonstram e defendem seu ponto de vista pessoal, mesmo reconhecendo e validando os benefícios da prática de exercícios físicos para muitos outros indivíduos.

Ainda quanto à importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, a nona e última Unidade de Significado **Socialização**, obteve 6 respostas, representando 1,8% da amostra e é integrada pelos indicadores: conhecer pessoas; conversar com pessoas; prazer de estar com amigos e sair de casa e interagir com pessoas.

Sendo um ser social, o homem existe no mundo e está em frequente relação com o outro. Por outro lado, o isolamento social é um fator de risco para a mortalidade.

Segundo Costa e Ramilo (1993), alguns idosos tem no interagir com o outro, o significado do diálogo com o mundo, o que lhes possibilita uma vida ativa e mais saudável, recheada do sabor da amizade preservada pelo tempo e alcançada por novos contatos e pelas facilidades de acesso a redes sociais. Essa interação, essencialmente se constitui na melhor maneira do idoso viver o seu próprio envelhecer.

Papalia, Olds e Feldman (2008), defendem que à medida em que vão envelhecendo, as pessoas tendem a passar menos tempo com os outros. Os relacionamentos são importantes para as pessoas mais velhas, ainda que a frequência dos contatos sociais diminua na velhice.

Acerca da socialização, estudos de Okuma (1998) sugerem que ela se constitui em importante rede de apoio psicológico ao indivíduo por possibilitar-lhe o compartilhamento de ideais, realizações, alegrias, desejos e frustrações, em que pese que os idosos mais velhos tornarem-se cada vez mais seletivos em relação às pessoas com quem convive.

Pessoas mais velhas habitualmente se unem a um círculo de amigos que conhecem há anos, não porque tenham algo em comum, mas por conveniência, por ser mais fácil e por estarem acostumados a eles. Hansen e Linkletter (2006) argumentam que para o idoso em geral é vital fazer parte de círculos sociais que ampliem seus desejos e enfatizam que na busca de novas redes sociais, deve ser priorizado o encontro de características como: otimismo, interesses múltiplos e amplos, desejo de conhecimento e experiências novas, senso de humor, criatividade, paixão, e pessoas com hábitos saudáveis, como exercícios e dietas alimentares.

Existe hoje no país um número muito grande de centros de convivência, já formados e em funcionamento, que visam melhor integrar o idoso ao seu meio social, com boa aceitabilidade pela clientela-alvo.

Mazo, Lopes e Benedetti (2001) sustentam que os grupos de convivência, religiosos, associativos e os vinculados a clubes, dentre outros, oportunizam aos idosos a socialização, a possibilidade de novas amizades e exposição de sua criatividade e potencialidades.

Santos et al (2010) destacam que é interessante observar que idosos parecem preferir atividades em grupos (provavelmente pela diminuição dos papéis sociais que ocorre com o envelhecimento), mas quando as atividades realizadas em grupo são consideradas, observa-se que poucos idosos participam de programas de atividade física.

Ressalto ainda que os resultados até aqui elencados como fruto deste estudo, representados nas Unidades de Significado da Tabela 13, mantém similaridade com os resultados encontrados por Meurer, Benedetti e Mazo (2011); Freitas et al (2007) e Balbinotti et al (2011) identificando fatores motivacionais influentes na decisão do sujeito para a prática de exercícios físicos, como: melhoria da saúde, do desempenho físico, da auto-imagem, do bem estar, da sociabilidade e do prazer.

Os resultados alcançados com este estudo também são condizentes com os do estudo de Balbinot (2012) que concluiu correlação significativa entre idosos e aspectos relacionados à busca da saúde e à performance física, igualmente identificados neste estudo e que resultou nas duas unidades de significado mais

convergentes descritas na tabela 13, a saber: proteção à saúde e capacidade funcional.

Há convergência de resultados entre os resultados alcançados por Queiroz Junior identificando os seguintes objetivos na procura da prática de exercícios físicos por idosos: saúde; condicionamento físico; disposição; estética e lazer, com os presentes nas Unidades de Significado da Tabela 13 desta pesquisa, em que os entrevistados manifestaram motivos de importância da prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde, a saber: proteção à saúde; capacidade funcional; disposição; questões estéticas e é bom/faz bem.

Comparando os dados apurados nesta pesquisa com os alcançados pelo Sistema Vigitel e divulgados na Tabela 4, quanto aos indicadores de frequência de prática de atividade física no lazer, também apuramos convergência de resultados.

Conforme aquela tabela, em 2011 o Vigitel identificou, nas faixas etárias de 55 a 64 anos e 65 anos e mais, que respectivamente 24,7% e 22,2% dos sujeitos pesquisados praticam atividade física de lazer. Nossos resultados indicam que dos 428 sujeitos da amostra total inicial pesquisados, 106 deles, representando 24,7% praticam exercícios físicos habitualmente.

5.1 FATORES DE NÃO ADERÊNCIA À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Identificar os fatores de não aderência à prática habitual de exercícios físicos constituiu o objetivo principal deste estudo. Os 322 sujeitos não praticantes foram então consultados através da pergunta 3: Qual dificuldade o Sr(a) encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes?

Utilizando novamente a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado inicialmente procedi a descrição do relato íntegro do discurso dos entrevistados que integra o Quadro das 641 respostas do Apêndice E. Após, identifiquei os 65 indicadores da essência do relato do sujeito. Os principais indicadores estão representados graficamente na figura 13. Os mesmos dados foram estratificados pelas três equipes de saúde da família pesquisadas e estão apresentados na figura 14.

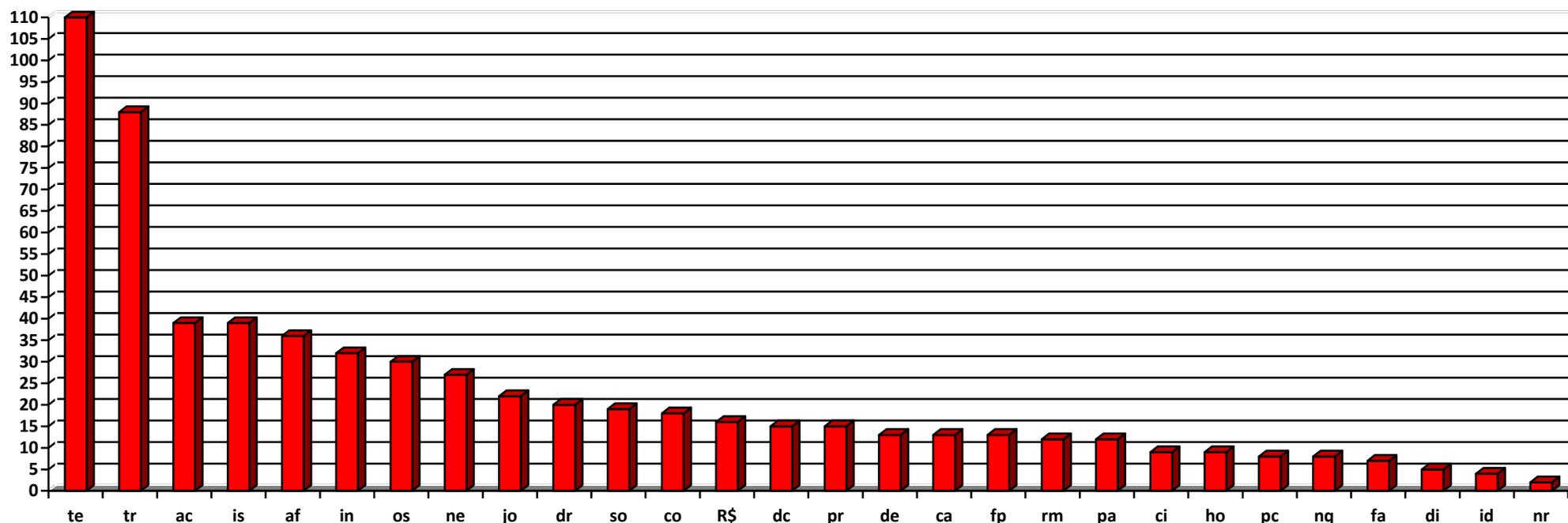


Figura 13 – Frequência de resposta dos principais indicadores de não aderência à prática de exercícios físicos por idosos de Uberaba.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Ind. Resp e U.S.	Te 2	Tr 3	Ac 5	Is 1	Af 1	In 1	Os 1	ne 4	Jo 1	Dr 1	So 1	co 1	R\$ 5	Dc 6	Pr 4	De 4	Ca 3	Fp 4	rm 1	pa 1	Ci 7	ho 2	pc 1	nq 8	Fa 1	Di 1	Id 1	nr -
Tot=641	110	88	39	39	36	32	30	27	22	20	19	18	16	15	15	13	13	13	12	12	9	9	8	8	7	5	4	2

LEGENDA:

te=falta de tempo; tr=trabalho; ac= dific. acesso (distância e transporte); is=problemas com os membros inferiores e superiores
 af=assistência a familiares doentes + cônjuge; in=inflamações ; os=problemas osteomusculares; ne=negligência(12)/comodismo(6)/falta vergonha/coragem(5)/outros (4);
 Jo=problemas nos joelhos; dr=dores; so=outros problemas relacionados à saúde ; co=problemas de coluna; R\$=dif. acesso (falta R\$ para pagar);dc=dificuldades cotidianas; pr=por preguiça; de=desânimo; ca=cansaço; fp=falta de persistência;
 rm=por recomendação médica proibitiva; pa=pressão arterial;ci=por falta de companhia; ho=horários; pc=por problemas cardíacos;
 nq=Não quero; fa= falta de ar; di= diabetes; id= idade/ não agüento mais fazer; nr=não respondeu

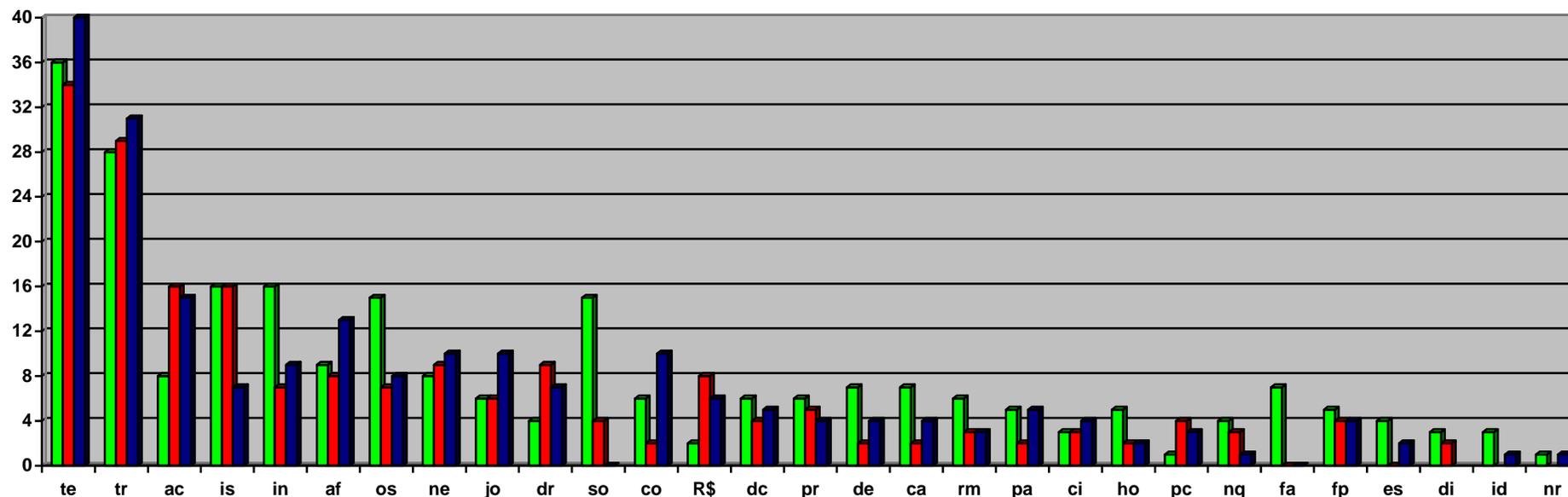


Figura 14 – Frequência de resposta e estratificação por eSF dos principais indicadores de não aderência à prática de exercícios

Fonte: Elaborado pelo autor

Indicador por Esf	Freq Resp	Te	Tr	Ac	Is	In	af	Os	Ne	Jo	Dr	So	co	R\$	dc	pr	Fp	de	ca	rm	Pa	ci	Ho	Pc	nq	fa	es	di	id	Nr
Suba	243	36	28	8	16	16	9	15	8	6	4	15	6	2	6	6	5	7	7	6	5	4	5	1	4	7	4	3	3	1
subB	192	34	29	16	16	7	8	7	9	6	9	4	2	8	4	5	4	2	2	3	2	4	2	4	3	0	0	2	0	0
subC	206	40	31	15	7	9	13	8	10	10	7	0	10	6	5	4	4	4	4	3	5	1	2	3	1	0	2	0	1	1
Total	641	110	88	39	39	32	30	30	27	22	20	19	18	16	15	15	13	13	13	12	12	9	9	8	8	7	6	5	4	2

LEGENDA: te=falta de tempo; tr=trabalho; ac= dific. acesso (distância, transporte e R\$); is=problemas c/ membros inferiores e superiores; af=assistência a familiares doentes + cônjuge; in=inflamações; os=problemas osteomusculares; ne=negligência(12)/comodismo(6)/falta de vergonha/coragem(5)/outros (4); Jo=problemas nos joelhos; dr=dores; so=outros problemas de saúde ; co=problemas de coluna; dc=dificuldades cotidianas; pr=por preguiça; de=desânimo; fp=falta de persistência; de=desânimo; ca=cansaço; rm=recomendação médica; pa=pressão arterial; ci= falta de companhia; ho=horário; pc=problemas cardíacos; nq=Não quero; fa=problema de falta de ar; di=diabetes; id= idade; id= idade; nr=não respondeu; nr=não respondeu

Finalizando o uso da Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado com os dados da pergunta 3, realizei a análise interpretativa do fenômeno com elaboração dos quadros apresentados nos Apêndices F e G que culminou na seleção das oito Unidades de Significado, dispostas graficamente na Figura 15 e com estratificação por eSF, na Figura 16, cujos dados quantitativos estão apresentados na Tabela 14.

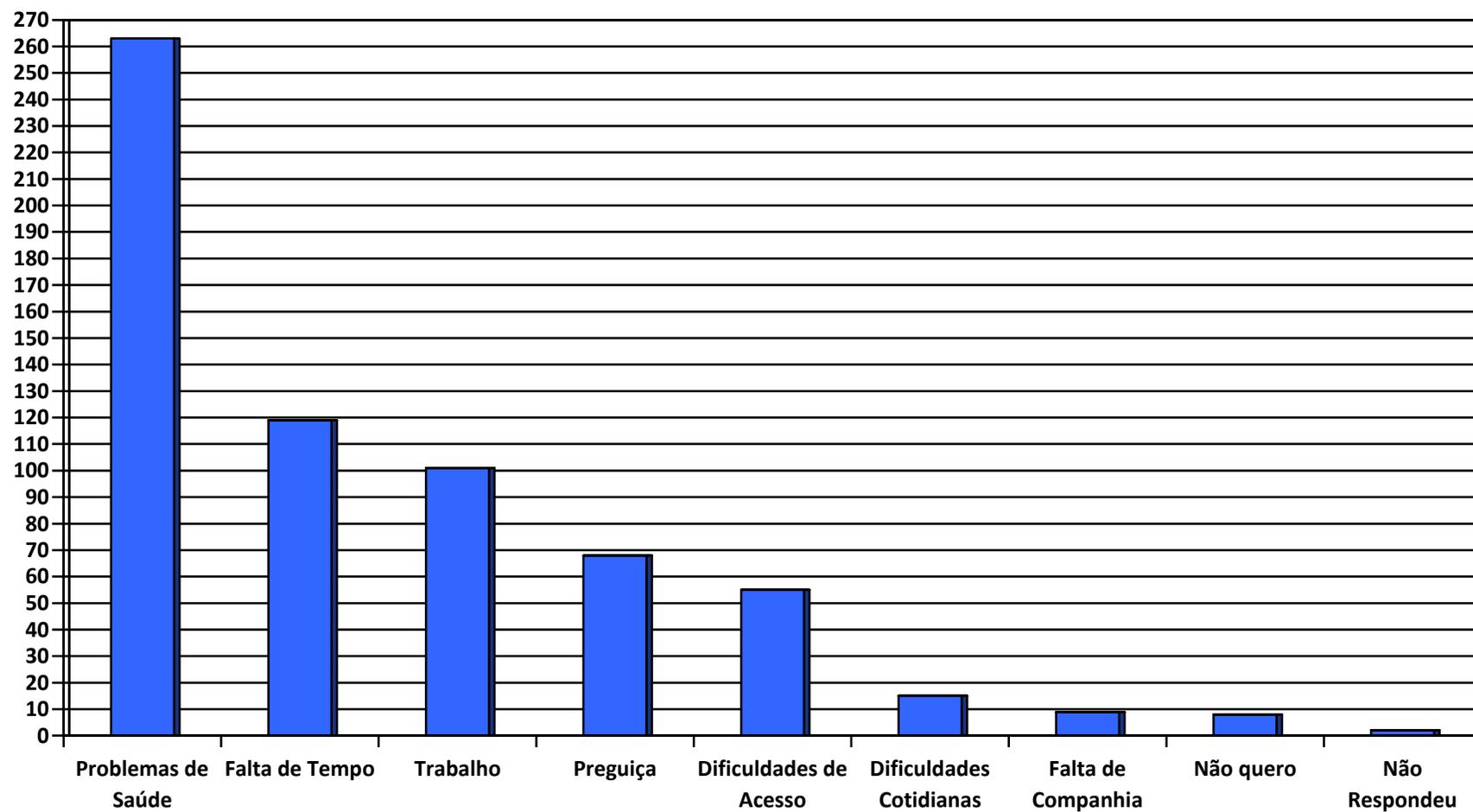


Figura 15 – Frequência de respostas das Unidades de Significado de não aderência à prática de exercícios físicos.
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

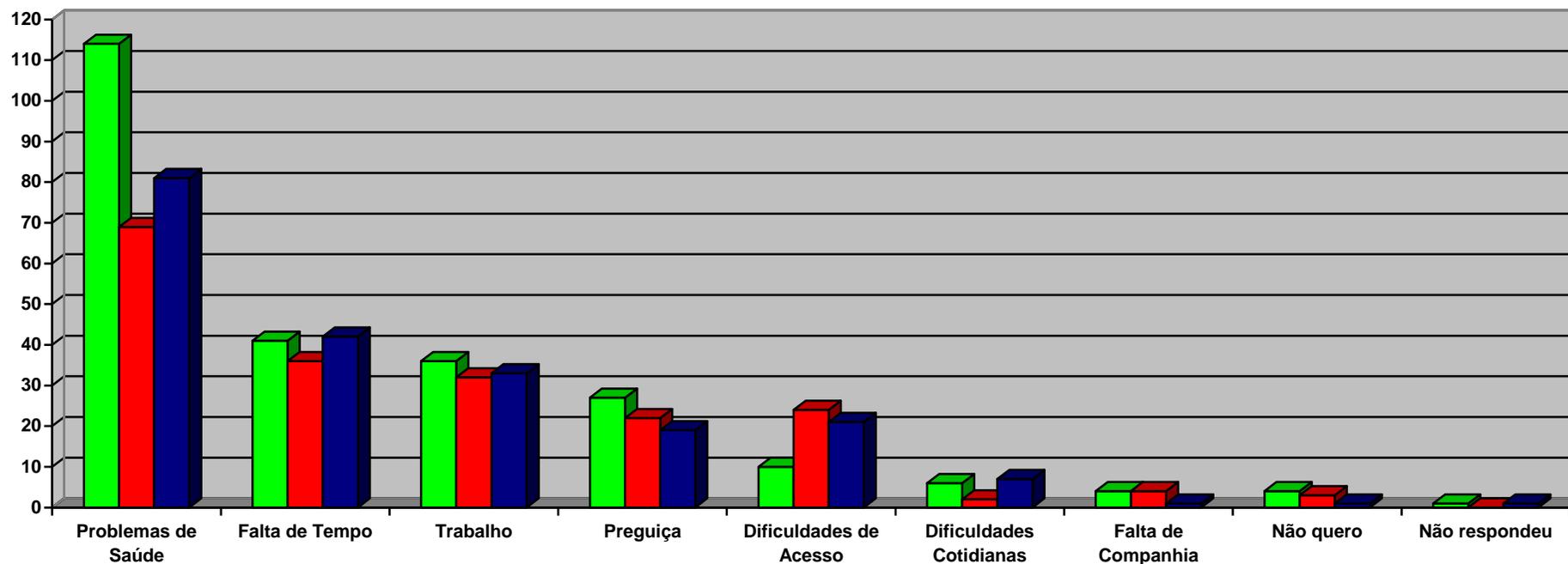


Figura 16–Frequência respostas e estratificação por eSF das Unidades de Significado de não aderência à prática de exercícios.
Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

ind p/ Esf	Resp	Problemas de Saúde	Falta de Tempo	Trabalho	Preguiça	Dificuldades de acesso	Dificuldades Cotidianas	Falta de Companhia	Não Quero	Não Respondeu
Suba	243	114	41	36	36	10	6	4	4	1
SubB	192	69	36	32	32	24	2	4	3	0
SubC	206	81	42	33	19	21	7	1	1	1
Total	641	264	119	101	68	55	15	9	8	2

Tabela 14– Unidades de Significado e frequência de respostas à pergunta 3.

Nº U.S.	UNIDADES DE SIGNIFICADO	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS	%*
1	Problemas de Saúde	264	82,0
2	Falta de Tempo	119	37,0
3	Trabalho	101	31,4
4	Preguiça	68	21,2
5	Dificuldades de Acesso	55	17,1
6	Dificuldades Cotidianas	15	4,7
7	Falta de Companhia	9	2,8
8	Não quero	8	2,5

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

(*)%=frequência/322(amostra)x100

Do total da amostra de 322, apenas dois idosos não responderam a esta pergunta. A Unidade de Significado **Problemas de Saúde**, teve maior convergência e resultou do agrupamento de 32 distintos indicadores relacionados à saúde, predominando quantitativamente, em conjunto, sobre as demais U.S., com 264 respostas, de 160 sujeitos, representando 82,0% da amostra pesquisada. Os discursos das respostas dos sujeitos e sua classificação compõem os apêndices E, F e G.

Integram esta unidade os indicadores: problemas nos membros inferiores ou superiores; assistência a familiares doentes, inflamações em geral; problemas osteomusculares; problemas no joelho; dores em geral; outros problemas de saúde; problemas de coluna; recomendação médica proibitiva; pressão arterial; problemas cardíacos; falta de ar; diabetes e idade.

A categoria de indicadores “outros problemas de saúde” é formada pelos seguintes indicadores com frequência de resposta igual ou menor que dois: uso de prótese, depressão, problemas de visão, complicações de doença de Chagas, problemas renais e suas limitações, crises de memória, cravos nos pés, fraqueza no corpo, anemia, bronquite, problemas decorrentes do câncer de próstata, bambaça nas pernas, labirintite, problemas de sangue, problemas pulmonares, excesso de peso, agravos decorrentes de Acidente Vascular Encefálico e hemiparesia.

Conforme Moragas (2010) e Pollock e Wilmore (2009), a saúde tem forte impacto sobre a qualidade de vida de qualquer pessoa, inclusive e principalmente do idoso, uma vez que o processo do envelhecimento resulta em alterações orgânicas

naturais, evidenciadas por declínio da fisiologia do organismo, seja harmônica ou desarticulada, nos diversos sistemas do organismo humano.

Existe uma forte correlação cultural entre a velhice e a doença. Com a velhice, segundo Shephard (2003) o organismo se torna mais suscetível à doença e um número maior de pessoas idosas adoecem. Daí a frequência maior de doenças crônicas não transmissíveis neste segmento populacional. Contudo, o autor ainda ressalta que algumas reduções de funcionalidade podem ser produto de doenças e não simples decorrência de alterações trazidas pelo processo do envelhecimento no organismo da pessoa.

Nesta pesquisa, um grande número de sujeitos respondeu através de variados indicadores, que as dificuldades que eles encontram para a prática de exercícios físicos ou esportes se relacionam com a questão da saúde.

As questões de saúde referidas podem ser definidas em três categorias, a saber: relacionadas ao sujeito e com referência a apenas uma doença; relacionadas a familiares do sujeito cuidador, como cônjuges, pais, tios, filhos, netos e sobrinhos e ainda às relacionadas ao sujeito com referências à diversas doenças associadas.

Alguns exemplos da primeira categoria, de referência a uma doença do sujeito, as respostas dos discursos dos seguintes entrevistados : “Problema de Coluna”(4); “artrite reumatoide”(24); “Problema de Joelho”(30); “diabetes”(54); “reumatismo”(71); “Problema Vascular”(171); “infecção nas pernas”(200); “dificuldade de andar”(210) e “dores em geral”(247).

Constituem exemplos da situação enquadrada na segunda categoria – doenças em familiares, dos quais o sujeito é o cuidador -, os discursos relatados pelos sujeitos: 5: “Cuido de três netos”; 11: “Cuido de mãe”; 16: Cuido de marido doente e dependente; 32; Cuido de netos; 43: “cuido de esposa.” ; 49: “Cuido de quatro netos.”; 74: “Cuido de neto, de mãe e de uma irmã”; e 171, dentre outros: “Cuido de filha com deficiência visual”.

Conforme defendido por Néri (1993) cuidar de pessoas fragilizadas, mormente idosos, pode ser considerado um papel normativo ou esperado de um cuidador, quando o exerce em virtude de expectativas sociais baseadas em relações de parentesco, de gênero ou idade, típicas de seu grupo social. O exercício desse papel, segundo a autora, confere ao cuidador oportunidades de reconhecimento e respeito pelo grupo e de adaptação individual para si mesmo.

Ilustram a terceira categoria, dentre outros, os discursos dos sujeitos: 17: “dores nas pernas, tornozelos e juntas do quadril”; 22: “bronquite. falta de ar. Artrose. Pés incham muito”; 82: “problemas no joelho. Artrose. Esporão de galo no pé”; 88: “coluna. Bico de papagaio. Osteoporose. Artrose”; 96: “idade. Diabetes. Pressão alta. Pernas não ajudam”; 155: “dificuldades de andar. Diabetes. Hipertensão arterial”; 98: “dores nos pés. Diabetes. Hipertensão arterial”; 206: Coluna. Dores em geral. Problemas renais”; 268: “Problemas ósseos. Artrose no disco da coluna e joelho”; 272: “Dores nos pés. Hipertensão arterial. Problemas nos joelhos. bico de papagaio” e 281: Perna dura. Coluna. Bico de papagaio. Artrose”.

A segunda Unidade de Significado com maior frequência de respostas foi a **Falta de Tempo**, presente no discurso de 119 sujeitos, equivalentes a 37,0% da amostra pesquisada.

Por sua relevância, empresta seu nome à Unidade de Significado de mesma nomenclatura, que também é integrada pelo indicador “horário”, com frequência de nove respostas.

As respostas dos sujeitos classificadas no indicador “horário”, se constituem na minha ótica em respostas sugestivas de que alguns idosos não se exercitam por incompatibilidade de sua própria agenda de horário com aquela da disponibilidade em que os serviços públicos de exercícios físicos são ofertados à população.

Conforme Moragas (2010) e Néri (1993), durante uma grande parte da vida, as pessoas se envolvem em exercer os mais diversos papéis que a sociedade lhe impõe, nos diversos ambientes culturais em se insere, seja na esfera familiar, escolar, dos relacionamentos afetivos, profissional ou outras, esquecendo-se de cuidar de si mesmo.

Uma resposta que ilustra a situação é a do sujeito 316 que consultado sobre dificuldades que encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes informou: “correria da vida. Falta de tempo. Horário não combina”

Em muitos casos, quando finalmente o sujeito se desperta para o cuidado de si mesmo e há evidências que em muitos casos essa constatação apenas é reconhecida na velhice, isto acarreta ao sujeito experimentar sentimentos negativos de tempo mal aproveitado, com impactos na autoestima, quando não impactados negativamente por desgostos proporcionados pelos que durante muito tempo de vida foram foco de sua atenção..

Muitos idosos alegaram na pesquisa que a falta de tempo para a atividade decorre de ocupar-se em atividades de cuidado de familiares doentes que requerem cuidados especiais.

Exemplos dessa situação são relatos do sujeito 5: “falta de tempo. Cuido de três netos”; do sujeito 43: “cuido de esposa e trabalhos domésticos. Falta tempo”; do sujeito 49: “Cuido de quatro netos. Trabalho. Falta de tempo”; e do sujeito 74, dentre outros: “falta de tempo. Cuido de neto, de mãe e de uma irmã”.

Em muitas outras situações ocorreram respostas que associaram a falta de tempo a algum outro indicador limitante, o que torna mais difícil ainda a prática dos exercícios físicos, uma vez que o fator limitador não é uno, mas está associado a um ou mais distintos fatores também limitantes. Exemplificando, relato a resposta do sujeito 1: “tempo reduzido. Ainda trabalho. Não há oferta de exercícios físicos no fim de tarde”; do sujeito 64: “cansaço. Trabalho. Falta de tempo”.; do sujeito 90: “falta de tempo. Trabalho. Falta disposição. Cansaço”.; do sujeito 133: “falta de tempo. Trabalho. Não priorizo o assunto”.do sujeito 227: “falta de tempo. Trabalho. Horário. Dificuldade de acesso”.; e do sujeito 310, entre outros: “falta de tempo. Trabalho. Dificuldade de acesso por distância e falta de dinheiro para pagar”.

A terceira Unidade de Significado mais representativa quantitativamente foi “**Trabalho**“. Esse indicador foi o segundo mais contemplado isoladamente nas respostas e relatado por 88 idosos.

Por sua relevância, empresta o nome à Unidade de Significado de mesma nomenclatura, que também é integrada pelo indicador “cansaço”, com frequência de 13 respostas. A frequência total dos dois indicadores dessa U.S. resultou num montante de 101 respostas, equivalentes a 31,4% da amostra da pesquisa.

Corroborando essa análise tomo como exemplo, recortes dos discursos dos sujeitos 6: “cansaço. Ainda trabalho e muito.”; 9: “ muitas dificuldades. Falta de tempo. Cuido de tia. Muito trabalho”; 19: “Ainda trabalho.”; 44: “Cansaço. Trabalho”; 72: “Trabalho. Cansaço”; 90: “Trabalho. Cansaço”; 118: “Cansaço”; 129: “ Trabalho”; 219: “Trabalho.” ; 240: “Cansaço” e 258 dentre outros : “Trabalho”.

Muitos sujeitos que integram a primeira faixa etária da Tabela 7 ainda se encontram em atividade profissional e na pesquisa justificaram o “trabalho” e o “cansaço” como indicadores limitantes à adoção da prática habitual de exercícios físicos. Há fatores influentes na decisão que leva idosos a manterem-se numa segunda atividade, a saber: prestar ajuda financeira a parentes, filhos e netos,

ampliar redes de relacionamento profissional em outras áreas e manter-se ativo numa sociedade utilitarista que muito mede a pessoa pelo que produz ou consome

Conforme Faria Junior e Santos (2011), essa fase representa para o idoso, a possibilidade de lazer, de realização pessoal e de investimento em si próprio, no tempo livre. Para Papalia, Olds e Feldman (2008) a idade proporciona efeitos negativos e positivos sobre o desempenho profissional e as diferenças individuais são mais significativas que as diferenças etárias.

Os adultos idosos também acumularam uma experiência substancial, seja experiência de vida ou experiência relacionada ao trabalho, o que aumenta sua capacidade e até mesmo oferece vantagens que permitiria a eles ter sucesso em muitos tipos de trabalho.

Segundo Spirduso (2005), dois principais fatores podem prolongar a vida profissional dos adultos: em primeiro lugar, os adultos podem manter a sua saúde e níveis de condicionamento para que consigam ter um desempenho com capacidade ótima, ou então os empregadores possuem a opção de poderem ajustar algumas tarefas do trabalho para trabalhadores idosos que sejam mais compatíveis com seu ritmo, coordenação e destreza.

Os idosos podem aumentar seu desempenho no trabalho pela manutenção de sua saúde e de seu condicionamento. Ao ter um estilo de vida saudável, eles também podem reduzir o custo físico de seu trabalho, com o que concorda Farinatti (2008), ressaltando que é a interação entre as demandas físicas e a capacidade de trabalho que vai determinar as possibilidades para uma vida autônoma e que as repercussões do envelhecimento sobre a capacidade de responder às necessidades de uma atividade qualquer, decorrem da natureza da tarefa.

Há muitos idosos que se aposentam e se afastam do mercado de trabalho, mas é crescente o número de idosos que permanecem na ativa, em uma segunda atividade ou em trabalho voluntário.

A aposentadoria ainda suscita medos e inquietações de que se vai adoecer, engordar ou morrer antecipadamente por falta do que fazer, após uma vida inteira de intensa atividade profissional.

Acerca da inatividade, Ferreira e Simões (2011, p 46) defendem que:

Dentro desse contexto, a inatividade profissional dos indivíduos idosos acarreta uma drástica mudança em relação a todos os aspectos da vida social desse indivíduo, de modo que, parar de

trabalhar significa a perda de papéis junto à área profissional, à família e à sociedade.

Contudo, muitos trabalhadores idosos na casa dos 60 ou 70 anos não se consideram idosos e não querem ser obrigados a aposentar-se. Eles gostam das satisfações proporcionadas por seu trabalho, e da auto-estima que acompanha a capacidade de cumprir essas responsabilidades da vida adulta e das sensações obtidas com as várias atividades que contribuem para a sociedade.. Eles tem uma motivação muito forte para prolongar sua vida profissional.

A quarta Unidade de Significado com maior frequência de respostas, 68 no total e representando 21,2% da amostra, foi a “**Preguiça**”, indicador isolado mais prevalente nessa US, com frequência de 15 respostas, seguido de “desânimo”, com 13; “falta de persistência”, com 13; “ negligência”, com 12; “comodismo”, com 6; “falta ou pouca vergonha, com 5”; e ainda pelos indicadores “por inércia”; “ falta de iniciativa”; “falta de costume/ hábito” e “falta de coragem”, com uma frequência de resposta cada.

Ressalto que não só o indicador que empresta seu nome à unidade de significado da mesma nomenclatura, mas também todos os demais indicadores se constituem em minha visão pessoal de indicativos e reveladores do reconhecimento do idoso de seu baixo nível motivacional para a prática de exercícios físicos.

Segundo Nahas (2001), é requerido do sujeito que pretenda ingressar e permanecer num programa de exercícios físicos, uma motivação e esforço individual, a fim de que atinja níveis satisfatórios de condição nos componentes básicos da aptidão física relacionada à saúde.

Apresento recortes dos discursos dos sujeitos que embasam essa análise, a saber: 8: “Descuido. Negligência”; 15: “problema de saúde não especificado. Preguiça”; 37: “falta persistência”; 47: “Falta de coragem. Desânimo”; 56: “Falta de coragem. Desânimo”; 58: “Comodismo. Desânimo. Preguiça”; 72: “Falta de interesse. Desmotivação”; 89: “Comodismo. Preguiça”; . 123: “Negligência”; 129: “Preguiça. Falta de vergonha”; 136: “Comodismo. Falta de iniciativa. Negligência”; 212: “Desânimo”; 236: “Inércia. Desinteresse” e 266, dentre outros: “Desânimo. Falta de coragem”.

A quinta Unidade de Significado com maior frequência foi “**Dificuldades de Acesso**”, que engloba os indicadores: “distância”, “localização”, “locomoção” e “falta de dinheiro para pagar”, com frequência de 55 respostas, e 17,1% da amostra.

Quanto à dificuldade de acesso aos locais onde disponibilizados os serviços públicos gratuitos de oferta de exercícios físicos com o devido acompanhamento / assistência por profissional habilitado, é conveniente salientar que essa unidade de significado engloba os indicadores de questões relacionadas com o transporte (locomoção); distância e a falta de recursos financeiros em quantidade suficiente para o pagamento da prática de exercícios físicos em espaços não gratuitos, conforme descritivo dos indicadores “AC” e “R\$” constantes da Figura 14 e descrição das Unidades de Significado da Tabela 14.

A questão da dificuldade de acesso se constitui relevante para os objetivos da pesquisa, uma vez que 201 indivíduos representando 62,4% da amostra de 322 não residem próximo a um lugar público onde sejam oferecidas a possibilidade de realização de exercícios físicos. Decorre daí que a maioria dos entrevistados pode não praticar exercícios físicos por não residir próximo a um lugar público onde sejam oferecidas a possibilidade de realização da atividade.

A frequência de respostas considerando a dificuldade de acesso como um fator limitante para a prática de exercícios físicos não foi equitativa entre todas as eSFs. Conforme tabela informativa constante da Figura 16, o percentual total das respostas deste indicador limitante foi de 17% (55 dos 322 sujeitos) e separadamente por eSF, foram de: eSF Abadia-Olhos D'água 8,5% (10 sujeitos em 118); eSF Tutunas 24% (24 sujeitos em 100); e eSF Cássio Resende 20,1% (21 sujeitos em 104), merecendo análise e comentários adicionais, em função da localização geográfica dessas eSF selecionadas e algumas situações particulares relacionadas ao indicador “dificuldade de acesso”.

A eSF Abadia-Olhos D'água, indicada no estudo como “A”, integra idosos dos bairros Nossa Senhora da Abadia e Olhos D'água. O Centro Municipal de Ensino Avançado do bairro Abadia (Cemea Abadia) localiza-se no mesmo bairro sede da eSF e é dotado de boa estrutura física apropriada para a prática de exercícios físicos. A região conhecida como Olhos D'água é limítrofe ao Bairro Abadia e fica próximo das dependências da UAI – Unidade de Atenção ao Idoso, local público também com muito boa estrutura para a prática de exercícios físicos. A eSF ainda é beneficiada logisticamente com equipamentos de academia localizados em vias públicas (Praça Nossa Senhora da Abadia e Rua Guia Lopes, além de quadras poliesportivas cobertas localizadas na Igreja Nossa Senhora da Alegria e no Clube Atlético Uberaba com os quais a Prefeitura Municipal de Uberaba mantém parcerias.

Nessa eSF, foi entrevistado o maior número de sujeitos (118) e onde foi obtido o menor percentual no indicador dificuldades de acesso.

A eSF Tutunas, indicada no estudo como “B”, não se avizinha de locais públicos para a prática de exercícios físicos. Os idosos pesquisados alegam carecer no bairro, das boas condições ofertadas à população pelos CEMEA Abadia e Boa Vista. A USF foi realocada a pouco tempo, sob protestos dos usuários e atende os bairros Tutunas, Alvorada, Parque Grande Horizonte, Jardim Canadá, Recanto das Torres e Recanto da Terra e parte dos bairros Santa Marta e Mercês. A localização anterior, no Bairro Mercês e o seu entorno, na visão dos entrevistados, oferecia melhores condições de prática de exercícios físicos em espaços públicos que a localização atual. Atualmente, há precariedade de espaço público adequado. A questão da dificuldade de acesso ficou muito evidente na consulta. Conquanto nessa USF tenha sido entrevistado o menor número de sujeitos (100), 24 deles abordaram a dificuldade de acesso como limitante à prática de exercícios físicos. Grande número dos entrevistados nessa eSF teceram críticas à instalação de equipamentos de academia públicos na Praça da Igreja das Almas, relativamente próxima, mas não frequentada pela população por deficiência na segurança do cidadão, face à grande afluência de desocupados. Durante os trabalhos de pesquisa, foi recorrente a lamúria dos usuários da eSF Tutunas, alegando: [...] se tivéssemos um lugar público adequado, eu até faria.

A eSF Cássio Rezende, indicada no estudo como “C”, integra idosos do bairro do mesmo nome e vários outros bairros menores, como Guanabara, Residencial Estados Unidos, Quinta da Boa Esperança, e Jardim Indianópolis dentre outros e parte do bairro Boa Vista. Essa eSF não fica muito próxima do CEMEA Boa Vista, local que também oferece boa estrutura física apropriada para a prática de exercícios físicos e também não fica muito próxima das dependências da UAI – Unidade de Atenção ao Idoso, e do Parque das Acácias, ambos com boa estrutura física e apropriada para a prática de exercícios físicos. Porém, essa eSF é beneficiada logisticamente com equipamentos de academia localizados na Praça Carlos Gomes, no bairro Estados Unidos, onde há oferta de ginástica orientada. Dos pesquisados, 21 dos 104 sujeitos, (20,1%) indicaram a dificuldade de acesso como um fator limitante à prática de exercícios físicos.

A sexta Unidade de Significado mais frequente para a pergunta sobre quais dificuldades o sujeito encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes foi a

U.S. “**Dificuldades Cotidianas**” que teve frequência de 15 respostas, equivalentes a 4,7% da amostra e concentra os indicadores: “insegurança nas ruas”; “marido não deixa”; “temor de quedas”; “má condição de pavimento de ruas, praças e calçadas” “equipamentos quebrados/em manutenção”; “águas sujas e não tratadas” e “preconceito e discriminação”.

A questão da “insegurança nas ruas” esteve presente no discurso dos sujeitos, inclusive vinculando-se a outro fator relacionado: “marido não deixa”, com justificativas de lentidão dos movimentos para uma postura de fuga, em caso de assaltos ou abordagens indevidas.

Constituindo-se a “caminhada” uma prática bastante prevalente pelos praticantes de exercícios físicos, a pesquisa também apontou respostas de idosos não praticantes, sinalizando que a “má conservação do pavimento das calçadas” e passeios públicos também se constitui em fator limitante de não aderência.

A sétima Unidade de Significado mais frequente foi a “**falta de companhia**” que alcançou 9 respostas, representando 2,8% dos sujeitos consultados e é integrada por um único indicador de mesma nomenclatura.

Um dos exemplos do discurso das respostas dos sujeitos é o relato do sujeito 26, que assim se expressou quanto ao assunto: “Falta de Companhia. Dificuldade para andar sozinha. Dificuldades de Relacionamento”;

Corroborando resultados de outros pesquisadores, o presente estudo também obteve respostas de sujeitos relacionadas à “falta de companhia”.

Segundo Veras (2001) a dimensão da sociabilidade que inclui as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais com a comunidade comporta indicadores relevantes para qualificar uma condição de saúde da população idosa, onde esses laços podem possibilitar uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior capacidade de sobrevivência para o idoso.

Os laços sociais advindos da prática de exercícios com grupos focais ou com um mesmo grupo, habitualmente, reforça o compromisso do sujeito com a prática, conforme ressaltado por Spirduso (2005) de que há uma correlação positiva significativa entre os membros de um grupo. O compartilhamento de experiências e valores morais é muito valorizado pelos idosos, de uma forma geral, possibilitando novos ressignificados para a vida coletiva daqueles idosos que residem distante ou que perderam todos os seus ascendentes e descendentes.

A oitava e última Unidade de Significado mais frequente foi “**Não quero**”, com 8 respostas, equivalentes a 2,5% da amostra. A pesquisa também acolheu respostas relacionadas às preferências pessoais, com um viés negativo, face à existência de sujeitos que optaram pelas respostas “não quero”, “não preciso” e “não gosto”.

Além dessas 8 Unidades de Significado e indicadores mencionados, dois sujeitos abstiveram-se de oferecer respostas à questão. Considero muito baixo o número de sujeitos que se abstiveram de manifestação quanto à pergunta 3: Que dificuldades o sr (a) encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes, o que demonstra boa receptividade dos sujeitos frente aos objetivos do estudo.

Cabe ressaltar que os resultados deste estudo, ora destacados nesta seção e representados nas Unidades de Significado da Tabela 14, mantém similaridade com os resultados encontrados por Cassou et al (2008).

Aqueles pesquisadores identificaram barreiras para a atividade física em idosos dentre as quais destaco: problemas de saúde; falta de tempo; falta de motivação; localização; falta de motivação; isolamento social e custo.

Todos estes fatores de não aderência foram igualmente aqui contemplados nos indicadores das respostas dos sujeitos desta pesquisa e classificados nas Unidades de Significado Problemas de Saúde, Falta de Tempo, Preguiça, Dificuldades de Acesso e Falta de Companhia.

Num quesito, nossos resultados destoam dos de Cassou et al (2008) a saber : uma Unidade de Significado muito representativa nesta amostra de sujeitos e pesquisa foi o “trabalho”, que não foi identificado naquele estudo.

São também coerentes com os resultados alcançados nesta pesquisa, aqueles identificados por estudos de Ribeiro, Costa e Noce (2010) característicos de muita importância atribuída por idosos praticantes de exercícios físicos, a saber: melhorar/manter o estado de saúde; melhorar qualidade de vida e prevenir doenças.

Os resultados alcançados com a pesquisa, aqui objeto de análise pela ótica deste pesquisador, bem assim a conseqüente interface estabelecida com os sujeitos permitiram a possibilidade de constatação de seus vários contextos social, cultural, econômico e político, bem como as suas influências e impactos em seus processos pessoais de envelhecimento, obviamente com produção de diferenciados sentidos nas respectivas vivências de cada sujeito.

Os dados obtidos podem desvelar outros questionamentos sob a ótica de novos olhares ou de outros pesquisadores e estudiosos sobre o assunto, para o que espero ter ofertado contribuição para tais futuros trabalhos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar e pesquisar sobre o idoso foi uma experiência muito gratificante. O contato inicial, aproximação e exploração deste tema de magna relevância e profundidade social constituíram-se para mim em oportunidade especial que busquei aproveitar no limite de minhas possibilidades.

Compreender e adentrar na heterogeneidade e complexidade do processo do envelhecimento humano em suas diversas dimensões físicas, cronológicas e psicológicas exigiu bastante vontade e dedicação contribuindo para o meu aprendizado e enriquecimento científico, cultural e existencial.

O caminho percorrido, às vezes se mostrou pedregoso e resistente, mas o sentido de realização é muito intenso.

A inquietude inicial que me levou à realização do estudo foi, ora diminuída, ora aumentada e por vezes pareceu exaurida. O estágio atual é que ainda perdura, e a exigir novos estudos sobre o assunto. Novas inquietudes se instalaram, constituindo-se em desafios que certamente nortearão novas pesquisas, mantendo acesa a sede pelo conhecimento.

Os trabalhos de pesquisa bibliográfica foram densos. Detectada grande lacuna de dados demográficos longitudinais sobre a população idosa de Uberaba em arquivos municipais públicos e particulares.

Os contatos com os sujeitos na pesquisa de campo possibilitaram experiências pessoais, ricas e exclusivas. A acolhida, compreensão dos objetivos e participação no estudo foi muito tranquila, com raros casos de negativa em participar. As entrevistas transcorreram num clima de cortesia e proximidade, com expressão livre e desembaraçada de opiniões pessoais, formuladas de forma reservada quanto ao sigilo.

Sem sombra de dúvida, o trabalho de campo potencializou o meu sentimento inicial da urgência e necessidade de tomada de posição acerca de ações efetivas e permanentes de educação em saúde, com importantes efeitos na vida cotidiana do público idoso.

O estudo teve como objetivo identificar nível de prática e motivos de não aderência à prática de exercícios físicos em grupo de idosos de Uberaba (MG). e os resultados, confirmando pressupostos teóricos indicaram que 75,2% dos não praticantes de exercícios físicos, apresenta importância à prática, principalmente em

função dos benefícios à saúde e à capacidade funcional. Os fatores de não aderência à prática de exercícios físicos mais convergentes foram os problemas relacionados à saúde, à falta de tempo, ao trabalho, à preguiça e às dificuldades de acesso.

O estudo apresentou conclusões acerca do fenômeno pesquisado, na medida das pretensões deste pesquisador, sobre as quais ressalto que muitas outras variáveis podem ainda se constituir objeto de novas pesquisas com variadas interpretações, face à amplitude do tema.

Embora não passível de mensuração objetiva por ora, a pesquisa trouxe benefícios sociais aos participantes reforçando a importância da construção de um estilo de vida ativo, visando condições de um envelhecimento saudável e com melhor qualidade de vida.

Em face dessas considerações concluo que o estudo se constituiu em um avanço na medida em que me possibilitou vislumbrar, tanto pelo referencial teórico como pela energia humana gerada pela pesquisa de campo, a necessidade de empreender-se ações de educação permanente em Saúde, visando a promoção de saúde para o público idoso.

Permanece o propósito inicial de levar mais informação sobre os benefícios da prática de exercícios físicos para a saúde dos idosos em especial e de todos os indivíduos em geral.

Tenho consciência que uma das limitações do estudo prende-se ao fato de a pesquisa estar voltada aos idosos da cidade de Uberaba (MG), o que obviamente não possibilita seguras possibilidades de generalização de todos os resultados para idosos de outras localidades, certamente com históricos diferenciados, não só sócio-culturais, mas especialmente o ambiental. Outra questão se relaciona com a amostra que, conquanto criteriosamente selecionada a fim de alcançar a necessária significância e representatividade de cada distrito sanitário da cidade, integra apenas três das 50 equipes de saúde da família do município. Finalmente, destaco a baixa participação do público masculino, face à predominância das mulheres, comum a outras pesquisas do gênero, conforme já devidamente comentado nos resultados do estudo.

Os resultados do estudo certamente servirão de insumo para novas pesquisas ou para despertar novos interesses no estudo do tema. Vislumbro a possibilidade de ampliar estudos sobre o assunto em provável projeto de extensão

voltado ao público idoso em que buscar-se-á a superação dos fatores de não aderência à prática de exercícios físicos aqui identificados, mormente os mais prevalentes: problemas de saúde, falta de tempo, trabalho, preguiça e dificuldades de acesso, visando estratégias de ação que estimulem o envelhecimento ativo para a população idosa de Uberaba e outras localidades..

Para além destas ações extensionistas, muito há ainda a se fazer. Os programas sociais oficiais ou públicos com o intuito de valorizar, integrar e ressocializar o idoso e/no processo de envelhecimento, atualmente não conseguem um atendimento pleno de toda a demanda, que como argumentei neste estudo, tende a aumentar nos próximos anos.

Buscarei dar publicidade do estudo buscando uma conscientização maior sobre os benefícios da educação em saúde e prática de exercícios físicos para a saúde do idoso, em especial, mediante intervenções no tecido social que visem a produção de mudanças comportamentais para o atingimento desses objetivos.

Desenvolverei esforços e dedicação no trabalho de dar visibilidade social e política aos dados alcançados com a pesquisa, divulgando e disseminando-os em mídias e junto a associações sociais e partidos e agentes políticos que possam contribuir para que as administrações públicas apoiem as políticas de promoção de saúde ao idoso através da prática de exercícios físicos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubem. **Sobre o tempo e a eterna idade**. Campinas: Papyrus / Speculum, 1995. 164 p.
- BALBINOT, Alexandre Didó. Análise da motivação para a prática regular de exercício físico na terceira idade. **A terceira idade**, v.23, n.53, p.44-56, 2012.
- BALBINOTTI, Marcos Alencar Abaide et al. Motivação à prática regular de atividades físicas e esportivas: um estudo comparativo entre estudantes com sobrepeso, obesos e eutróficos. **Motriz**, v. 17, n.3, p 384-394, 2011.
- BENTO, Jorge Olimpio. Da falácia da atividade física. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 6, n.3, p 5-7.
- BENTO, Jorge Olimpio; MARQUES, Antonio. **A ciência do desporto : a cultura e o homem**. Porto, Pt: Fadeup, 1993. 669 p.
- BENTO, Jorge Olimpio; TANI, Go; PRISTA, Antonio (orgs). **DESPORTO e Educação Física em Português**. Porto, Pt: Multitema, 2010. 540 p.
- BERQUÓ, Elza; BAENINGER, Rosana. **Os idosos no Brasil: Considerações Demográficas**. Campinas: Unicamp, 2000. 68p.
- BORGES, Gabriel Mendes. **Seminário ANS: As mudanças demográficas e seus impactos na saúde suplementar**. IBGE. Rio de Janeiro, 2013.
- CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p.
- CAMARANO, Ana Amélia. **Texto para Discussão 1840 - Estatuto do Idoso: Avanços com Contradições**. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Rio de Janeiro, junho de 2013.
- CARVALHAES NETO, Nelson. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade *in*: **Geriatrics e Gerontologia**. Barueri: Manole, 2011, 404 p.
- CARVALHO, Joana. Envelhecimento ativo: recomendações para a prática de exercício físico *in* **DESPORTO e Educação Física em Português**. Porto, Pt: Multitema, 2010. 540 p.
- CARVALHO, Yara Maria de. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Rev. Bras. Ciências do Esporte** v.22, n.2, p. 9-21, 2001.
- CASPERSEN Carl. J.; POWELL Kenneth. E. CHRISTENSON G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health related research. **Public Health Reports** v.100, n. 2, p 126-131, 1985.
- CASSOU Ana Carina et al. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista da Educação Física** v.19, n.3, p.353-360, 2008.

CESAR, Marcelo de Castro; BORIN, João Paulo; PELLEGRINOTTI, Ídico Luiz. Educação Física e Treinamento Esportivo *in* **EDUCAÇÃO FÍSICA: Cultura e Sociedade**. São Paulo: Papirus, 2006. 195 p.

CORDEIRO, Renata Cereda. Reabilitação Gerontológica *in* **Geriatria e Gerontologia**. Barueri: Manole, 2011, 404 p.

COSTA, Vera Luza; RAMILO, Maria Teresa. Significado do Comportamento Motor das pessoas idosas, numa perspectiva transcultural *in*: **A ciência do desporto : a cultura e o homem**. Porto, Pt: Fadeup, 1993. 669 p.

DE MARCO, Ademir. **EDUCAÇÃO FÍSICA: Cultura e Sociedade**. São Paulo: Papirus, 2006. 195 p.

FARIA JUNIOR, Alfredo; SILVA, Elza Rosa da. Motivação, o idoso e o atletismo *in* **DESPORTO e Educação Física em Português**. Porto, Pt: Multitema, 2010. 540 p.

FARIA JUNIOR, Alfredo; SANTOS, Ana Luisa de Almeida. **Educação Gerontológica e Desportos Olímpicos para Idosos**. Niteroi: HP Comunicação, 2011. 135 p.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas**. Barueri: Manole, 2008. 499 p.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras; MONTEIRO, Wallace David. Aptidão Física, envelhecimento e exercício: uma abordagem aplicada *in* **DESPORTO e Educação Física em Português**. Porto, Pt: Multitema, 2010. 540 p.

FÉLIX, Jorge. **VIVER MUITO: outras idéias sobre envelhecer bem no século XXI e como isso afeta a economia e o seu futuro**. São Paulo: Leya, 2010. 176 p.

FERREIRA, Lucilene; SIMÕES, Regina. **Idoso Asilado: Qual a sua imagem?** Várzea Paulista: Editora Fontoura, 2011. 200 p.

FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro et al. Aspectos Motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano** v.9, n.1, p.92-100, 2007.

GIAMBIAGI, Fabio; TAFNER, Paulo. **DEMOGRAFIA: A ameaça invisível**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 198 p.

GRIGOLI, Ana A. Gomes. **Metodologia do Trabalho Científico e Recursos Informativos na área da Saúde**. Bauru: Santos, 2008. 208 p.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.25, p.37-43, dez. 2011 N. esp.

GUEDES, Dartagnan Pinto. Atividade Física, Exercício Físico e Esporte: cuidados com a saúde *in* **CELEBRAR A LUSOFONIA: Ensaio e estudos em Desporto e Educação Física**. Belo Horizonte: Casa da Educação Física, 2012. 561 p.

GUEDES, Dartagnan Pinto; SOUZA, Monica Vieira de. Atividade Física habitual e fatores associados *in* **DESPORTO e Educação Física em Português**. Porto, Pt: Multitema, 2010. 540 p.

HANSEN, Mark Victor; LINKLETTER, Art. **Como envelhecer sem ficar velho**. Tradução: Lilian Jenkino. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil: 2007. 366 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tendências Demográficas Brasileiras: passado, presente e futuro**. Rio de Janeiro. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados**. Rio de Janeiro, 2009.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto para Discussão 1840 - Estatuto do Idoso: Avanços com Contradições**. Ana Amélia Camarano / Rio de Janeiro, junho de 2013.

KALACHE, Alexandre. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. São Paulo, 2010.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública** v.21 n.3, p. 200-210, 1987.

LEME, Luiz Eugenio Garcez. A Gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. *in*: **GERONTOLOGIA: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.

LOVISOLO, Hugo Rodolfo. **Atividade física, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000. v. 1. 112p

MACEDO, Christiane de Souza Guerino et al. Benefícios do Exercício Físico para a qualidade de vida. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde** v.8, n.2, p.19-27, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libâneo de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v. 20 n.4, p. 425-438, 2011.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa Qualitativa em Psicologia–Fundamentos e Recursos Básicos**. São Paulo:Centauro, 2005. 110 p.

MATSUDO, Sandra Mahecha;MATSUDO,Victor Keihan Rodrigues Matsudo; BARROS NETO, Turíbio Leite. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde** v.5, n.2, p.60-76, 2000.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marize Amorim; BENEDETTI, Tânia Bertoldo. **Atividade física e o Idoso: Concepção Gerontológica**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2001. 240 p.

MEURER, Simone Teresinha; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon. Teoria da Autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e auto-estima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde** v.16, n.1, p.18-24, 2011.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2012. 98p.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **GERONTOLOGIA SOCIAL: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo. Paulinas, 2010. 344 p.

MOREIRA, Wagner Wey; SIMÕES, Regina; PORTO, Eline. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento** v.13, n.4, p. 107-114, 2005.

NAHAS, Marcus Vinicius. **ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001. 239 p.

NASCIMENTO, Carla Manuela Crispim et al. 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.

NASCIMENTO Mario César et al. O desafio da adesão aos exercícios físicos em grupos de idosos em Palmitos/SC: motivos para a prática e para a desistência. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde** v.15, n.3, p.140-144, 2010.

NERI, Anita Liberalesso (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. 286 p.

OKUMA, Silene Sumire. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1998. 207 p.

OKUMA, Silene Sumire; MIRANDA, Maria Luiza de Jesus; VELARDI, Marília. Atitudes de Idosos frente à prática de atividades físicas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento** v. 15, n.2, p.46-54, 2007.

PAPALÉO NETTO, Matheus; PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: Desafio na transição do século. *in*: **GERONTOLOGIA: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **DESENVOLVIMENTO HUMANO**. (tradução) Daniel Bueno. Revisão Técnica: Giana Bittencourt Frizzo. São Paulo: Artmed, 2008. 800 p.

PASCHOAL, Sergio Mario Pacheco. Epidemiologia do Envelhecimento *in*: **GERONTOLOGIA: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p.

POLLOCK, Michael L; WILMORE, Jack H. **Exercícios na Saúde e na doença**. (tradução) Maria Cristina A. de Souza. Revisão Técnica: Mauricio Leal Rocha. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 717 p.

QUEIROZ JUNIOR, Carlos Alberto et al. Motivos de adesão das mulheres idosas participantes dos programas públicos de exercícios físicos em Uberaba-MG. **Coleção Pesquisa em Educação Física** v. 11, n.4, p. 135-142, 2012.

RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLO, Maysa Seabra. **Geriatría e Gerontologia**. Barueri: Manole, 2011, 404 p.

RAMOS, Luiz Roberto. A Mudança de Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional *in* **Geriatría e Gerontologia**. Barueri: Manole, 2011, 404 p.

RIBEIRO, Leonardo de Moraes; COSTA, Varley Teoldo; NOCE, Franco. Fatores motivacionais para a prática de atividade física na terceira idade. **Coleção Pesquisa em Educação Física** v. 9, n.5, p. 171-178, 2010.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DIOGO, Maria José Delboux (orgs). **Como cuidar de idosos**. Campinas: 2002, 125 p.

SAMULSKI, Dietmar. **Psicologia do esporte: conceitos e novas perspectivas**. Barueri: Manole, 2009. 496 p.

SANDOVAL, Armando Enrique Pancorbo. **Medicina do Esporte: princípios e prática**. São Paulo: Artmed, 2005. 638 p.

SANTOS, Suely et al. Idosos brasileiros: um desafio para a sociedade *in* **DESPORTO e Educação Física em Português**. Porto, Pt: Multitema, 2010. 540 p.

SHEPHARD, Roy J.. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. Tradução: Maria Aparecida da Silva Pereira. Revisão técnica: Francisco Navarro. São Paulo: Phorte, 2003. 485 p.

SIMÕES, Regina. **Corporeidade e Terceira Idade: a marginalização do corpo idoso**. Piracicaba: Unimep, 1994. 131p.

SOARES, Jesus; ALABARSE, Silvio Lopes; RAMOS, Luiz Roberto. Envelhecimento e Atividade Física *in* **Geriatría e Gerontologia**. Barueri: Manole, 2011, 404 p.

SPIRDUSO, Waneen Wyrich. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Tradução: Paula Bernardi. Revisão Científica Cássio Mascarenhas Robert Pires. Barueri: Manole.2005. 482 p.

TANI, Go et al (orgs). **CELEBRAR A LUSOFONIA: Ensaio e estudos em Desporto e Educação Física**. Belo Horizonte: Casa da Educação Física, 2012. 561 p.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. Resumo Executivo. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Tradução Eleny Corina Heller. Londres: HelpAge International, 2012.

VARELLA, Drauzio. Ai que preguiça. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 11 jan. 2014. Ilustrada, Caderno E, p.10.

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

VERAS, Renato Peixoto (org). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade. 2001. 144p.

VERDERI, Érica. **O Corpo não tem Idade: educação física gerontológica**. Jundiaí: Editora Fontoura, 2004. 152 p.

VIGITEL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde – Brasil. Brasília: 2013

VILARTA, Roberto (org.). **Saúde Coletiva & Atividade Física: Conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física**. Campinas: Ipês Editorial, 2007. 161 p.

WEINBERG, Robert S. ; GOULD, Daniel. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Tradução: Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2008. 624 p.

WILMORE, Jack H.; COSTILL, David L.; KENNEY, W. Larry. **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. Barueri: Manole, 2010. 554 p.

APÊNDICE A**ENTREVISTA**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Anos de escolaridade: _____

Estado Civil: _____

PERGUNTAS:

1) Existe perto de sua casa, algum LUGAR PÚBLICO (praça, parque, rua fechada, academias, ginásio poliesportivo) para fazer caminhada, realizar exercícios ou praticar esportes ?

1() sim 2() não 3() não sabe

2) O Sr (a) considera importante a prática de exercícios físicos para a manutenção da sua saúde? Por quê? _____

1() sim 2() não 3() não respondeu.

3) Qual dificuldade o Sr(a) encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes?

APÊNDICE B

Respostas à pergunta 2: Porque o Sr(a) considera importante a prática de exercícios físicos para a manutenção da sua saúde?

Sujeito	Recortes do Discurso do Sujeito / Indicadores
1	Faz bem para o corpo.
2	É bom; o médico já falou.
3	Todo mundo fala que é bom.
4	Porque é.
5	Não respondeu.
6	Dá saúde.
7	Porque é bom.
8	Ajuda muito né, principalmente os diabéticos.
9	Para muita gente não adianta.
10	Muitas vezes é bom; é bom para a saúde, né?
11	A gente não pode ficar parado.
12	Fico incomodada por não fazer mais.
13	Ótimo para a regularidade da saúde.
14	A pessoa se movimenta; Se idoso não se movimentar, fica enferrujado
15	Porque a gente está de idade e não pode ficar parado.
16	Para dar saúde pra gente.
17	É obrigação da gente, né?
18	Não respondeu
19	Eu já fiz e foi bom
20	Porque é bom para a saúde.
21	Quando eu fazia eu me sentia muito bem.
22	Depende. Tem gente que não pode fazer. Para umas pessoas isso é bom.
23	O médico fala sempre.
24	Faz bem para a saúde
25	Eu vejo falar na TV que é bom. A gente fica muito “incurado” em casa.
26	Eles falam que deve ser feito para emagrecer e ter saúde.
27	Porque é bom fazer a ginástica.
28	Não respondeu
29	Dependemos do exercício para a saúde.
30	Não respondeu
31	Demais, né? É muito importante (não respondeu)
32	Muito importante (não respondeu).
33	Acho que é bom. Porque sim (não respondeu).
34	É bom, né? Precisa fazer para ficar melhor.
35	A vida do corpo é o movimento. Quanto mais usa, mais dura.
36	É bom para a pressão e o coração.
37	Porque é bom. Não só para a beleza, mas para a saúde.
38	Para melhorar a saúde toda. Não fazendo nada, a gente vai travando tudo.
39	Porque melhora toda a sua condição física.
40	Para manter a saúde e controlar a pressão.
41	Faz bem para toda parte do corpo.
42	Para manter a pessoa em dia.
43	Os médicos dizem que é muito bom.
44	É bom para muita coisa e para o coração.
45	Eu estou enferrujando e não faço nada. (não respondeu).
46	A gente vai desenvolvendo e é bom para o coração.
47	A vida sedentária traz problemas para a saúde.
48	É bom para a saúde. Quando eu fazia eu me sentia muito melhor.
49	Para quem gosta, é importante
50	Por causa da saúde, né?

51	Para a saúde ficar normal e não engordar muito também.
52	Para desenvolver todo o corpo.
53	Para ter mais disposição.
54	Por tudo. Vira muita coisa.
55	Não respondeu
56	Por causa dos nervos e para ficar mais disposta.
57	Para a gente fazer ginástica e musculação
58	Ajuda na saúde e no desempenho geral do corpo.
59	Porque a gente se sente melhor.
60	Porque a gente não pode ficar parado.
61	Eles falam que é muito bom.
62	Porque a gente vai exercitando. Um carro parado só vai enferrujando, a gente também.
63	Para o bem estar do corpo e psicológico.
64	Porque você se movimenta, se exercita e não pára o corpo.
65	Desenvolve tudo, o coração, a pressão, principalmente para a gente que está de idade.
66	Não respondeu
67	Exercita os ossos e o organismo. E a gente conhece pessoas.
68	Não respondeu
69	Ajuda muito no dia-a-dia, no desenvolvimento muscular.
70	Não é lá essas coisas, não. Para uns é bom.
71	Tira a “doraiada” do corpo e sara o reumatismo.
72	1º)A gente fica bem; e 2º) Ficamos com mais condição de vida e disposição.
73	Por dar uma qualidade de vida melhor.
74	Porque a gente precisa alongar o corpo, fazer alguma coisa, senão engorda e os nervos ficam ruins. É bom para conversar com os outros. Distrai.
75	Porque a pessoa fica mais disposta. A movimentação ajuda.
76	Não vejo tanto recurso nisso.
77	Porque é uma beleza, evita muita coisa. A pessoa não entrava.
78	Evita problemas no corpo.
79	Não respondeu.
80	Muita gente diz que é bom.
81	Não respondeu
82	Dizem que é bom demais.
83	Muita gente fala; Vai mexendo com o corpo e desenvolvendo.
84	Só tomar remédio não adianta, precisa disso também.
85	Para manter a saúde.
86	Vale a pena. Ajuda muito.
87	Ajuda a baixar a pressão, emagrecer e não endurecer os movimentos.
88	Não respondeu.
89	Ajuda em muita coisa, dá condicionamento físico e faz sentir melhor.
90	É bom fazer exercícios. Ajuda no corpo.
91	É bom para não atrofiar, para a circulação, emagrecer, colesterol e muitas coisas.
92	Traz mais ânimo para o corpo e diminui a chegada de enfermidades.
93	Para o bem da gente; Para manter o peso; Para controlar a circulação; Para ter o prazer de estar com amigos.
94	Prolonga a vida e dá saúde.
95	Não explicou
96	Para movimentar o corpo
97	Não respondeu
98	Podendo fazer, é bom “pros” nervos, pras” pernas e saúde
99	Não explicou/justificou.
100	Não respondeu
101	Para emagrecer.
102	Não respondeu.
103	Melhora tudo quanto há, até a circulação.
104	Para não ficar dura.
105	Mantém o vigor e a musculatura mais em dia. Sedentarismo é ruim. Tudo que pára, enferruja.

106	É bom para a pressão e muita coisa.
107	Não respondeu
108	Ajuda demais na cabeça e no corpo.
109	Para melhorar o bem estar e estado físico.
110	É bom fazer, para os nervos e a saúde geral.
111	Para ter uma vida mais saudável.
112	Para ajudar na saúde.
113	Porque é bom e necessário.
114	Porque é bom. Melhora tudo.
115	Faz bem para tudo.
116	Não respondeu
117	Porque quando a pessoa faz, queima o colesterol ruim que tem no sangue.
118	É bom para desenvolver, principalmente na idade da gente; Para não enferrujar; Dá mais ânimo.
119	Não respondeu.
120	Não respondeu
121	Para não atrofiarmos.
122	Para melhorar a saúde
123	Porque faz um bem enorme.
124	Todo mundo diz que é bom.
125	Faz parte da saúde. É bom.
126	Ajuda muito as pessoas, principalmente os idosos.
127	Não respondeu.
128	A gente fica mais animada. A televisão e os médicos falam que é importante.
129	Para manter a juventude e emagrecer.
130	Não respondeu
131	Desenvolve a saúde e afasta as doenças.
132	Faz bem para o coração e para o colesterol.
133	Porque os médicos pedem tanto para sair da vida sedentária.
134	Uma movimentação de ginástica faz parte da vida.
135	Toda vez que vou ao médico ele manda fazer. De qualquer tipo, tudo quanto há.
136	Te dá ânimo para trabalhar e evita doenças respiratórias e colesterol.
137	Não justificou.
138	Ajuda em tudo, né?
139	É bom; Faz parte, né?; Fazer exercícios é bom.
140	Ajuda muito na parte da saúde, no colesterol, e no coração.
141	Porque se a gente não fizer nada, vai entretando.
142	Estimula o corpo em tudo da vida da gente. Faz bem para a saúde.
143	A gente tem que queimar as gorduras; Não podemos ficar obesos.
144	Para sair de casa e movimentar. Por muitas coisas.
145	Evita o colesterol, regula a pressão arterial e o diabetes. A gente fica mais relaxada.
146	Precisamos disso para ajudar a saúde.
147	Não respondeu
148	Não respondeu
149	É bom para a coluna e a saúde.
150	Não respondeu
151	Para o bom funcionamento do organismo.
152	Exercício hoje é tudo. Quem não faz é um parasita. É nota mil.
153	Não respondeu.
154	Porque exercita o corpo.
155	Para manter a saúde. Para a gente ficar mais ágil.
156	Ajuda em muita coisa. Não deixa engordar e é bom para a mente.
157	Porque é bom, né? A gente fica mais esperto.
158	Não respondeu.
159	Para não ter dor no corpo e evitar o sedentarismo.
160	Evita muitas coisas ruins.
161	Para a gente exercitar. É bom para o coração e a circulação.
162	Não justificou.

163	Todo exercício é bom.
164	Para a qualidade da saúde.
165	Não justificou
166	Desenvolve mais. E não ficamos “aperreados”
167	É bom para a saúde.
168	Não tenho certeza disso (que é importante).
169	A gente controla o diabetes e o colesterol, principalmente na terceira idade.
170	Não justificou.
171	Mantém a forma e evita as doenças.
172	É essencial por todos os aspectos.
173	Faz bem para a saúde, para o corpo e mente.
174	Para perder peso e envelhecer com saúde.
175	É bom para a circulação e muita coisa.
176	Não justificou
177	É bom para mexer o corpo.
178	Porque melhora a saúde, né?
179	Não respondeu
180	O exercício físico ajuda no controle da pressão arterial, obesidade e dá bem estar físico.
181	Melhora o bem estar geral do corpo.
182	Para manter a fisionomia (fisiologia!) e a saúde do coração.
183	Porque se a gente não fizer nada o corpo vai parando.
184	Ficar parado faz mal. É bom para o coração, diabetes e ossos.
185	A pessoa deve ficar sempre mexendo com o corpo.
186	Não justificou
187	Para a circulação, as pernas e evitar o diabetes.
188	Por muitas coisas, colesterol e saúde.
189	Não justificou
190	Porque faz bem.
191	Para a gente ter uma qualidade de vida e envelhecer bem.
192	É essencial para a vida.
193	Para a saúde mesmo.
194	Não justificou
195	Para a saúde.
196	Fazendo exercício físico o corpo fica melhor. Ficando parada, aparecem problemas.
197	Não justificou.
198	Porque é bom para o coração, tirar o stress e conservar o corpo.
199	Porque eu vejo resultado quando eu faço.
200	Velho não pode parar.
201	Eles falam que é bom. Todo mundo.
202	Evita dores no corpo e várias doenças.
203	Controla tudo no sistema do corpo.
204	Porque é importante para emagrecer.
205	Não sei explicar isso direito, mas sei que é bom
206	Não justificou.
207	Porque é bom para relaxar.
208	Fazendo, você já melhora 90% do excesso de peso, pressão arterial e dores nos ossos.
209	Porque temos mais disposição.
210	Eu não entendo porque, mas pode ser que não seja importante.
211	Para viver mais e com boa qualidade de vida.
212	Não vejo importância.
213	Acredito que é bom para a saúde.
214	Bom para a saúde.
215	Não respondeu.
216	Não respondeu.
217	Para manter o peso e a circulação em dia. Quem se movimenta é outra pessoa.
218	Não Justificou.
219	Não Justificou.
220	Não respondeu.

221	Quando a pessoa faz exercícios mexe com o corpo inteiro e move todos os seus nervos.
222	Ajuda muito a ter disposição.
223	Melhora o estado geral.
224	É bom. Faz parte da saúde.
225	Para a melhora geral do organismo.
226	Não justificou
227	Para o bem estar de saúde.
228	Vejo as pessoas falarem, né/
229	Melhora a circulação sanguínea e digestão. Contribui com vários fatores.
230	Não justificou.
231	Pela saúde da gente. Para não deixar dar coisa ruim como coração e colesterol.
232	Não justificou.
233	Não justificou.
234	Depende de cada pessoa.
235	Reanima o sistema físico, a saúde e a cabeça.
236	Dá bem estar e interação com outras pessoas.
237	Para o corpo e para mente.
238	Para manter a saúde.
239	Não justificou.
240	Não respondeu.
241	Rejuvenesce e dá vitalidade.
242	Bom para a circulação, peso, colesterol, diabetes e tudo que é problema.
243	A gente fica muito mais disposto.
244	Para não atrofiar e ficar obeso.
245	Sempre melhora tudo no corpo e circulação e reumatismo.
246	Faz bem para a sua saúde.
247	Ajuda muito a desenvolve r os nervos.
248	Porque a gente deve cuidar da saúde.
249	Se a gente parar as atividades de tudo, a gente vai "incurando", enferrujando.
250	Não Justificou
251	Se a pessoa ficar parada, enferruja.
252	Não justificou.
253	Conserva os ossos e a mente.
254	É bom para o organismo e a saúde.
255	Para manter a saúde física e mental.
256	Porque segundo os entendidos é uma maneira da pessoa viver bem.
257	Não justificou.
258	Traz mais saúde para a pessoa, que se sente melhor.
259	Não respondeu.
260	Desenvolve os movimentos. Andamos com mais facilidade.
261	Porque é indicado para quem tem colesterol alto e depressão.
262	Para "alinhar" o sangue e dar mais disposição.
263	Porque não é igual para todos.
264	Não justificou.
265	Não Respondeu
266	Para manter o funcionamento do corpo em ordem.
267	O esporte rejuvenesce a pessoa, que só recebe benefícios.
268	Para a saúde e para a parte dos nervos e o corpo em geral.
269	Faz bem para o corpo e evita doenças.
270	Não respondeu.
271	Porque já estamos precisando disto com a velhice chegando.
272	Não respondeu.
273	Não respondeu
274	Porque é muito bom.
275	A gente fica mais disposta e parece que a saúde é outra.
276	Para ter agilidade, flexibilidade e locomoção.
277	Não respondeu.
278	Movimentando o corpo, a gente não entrea.

279	Dá mais disposição.
280	A gente precisa. Ficar pasmado, não dá. Vai indo, nem andar se consegue.
281	Não respondeu.
282	É importante para a articulação.
283	Ajuda muito em tudo.
284	Para muita gente importa. Para quem pode fazer. Eu não acho que é importante.
285	Precisa para ficar mais saudável.
286	Ajuda na saúde em todo o organismo.
287	Pra manter a saúde.
288	Ajuda na flexibilidade, agilidade e equilíbrio. A gente fica mais esperto.
289	Ajuda muito na circulação do sangue e a controlar a pressão.
290	Não respondeu.
291	Para manter a saúde.
292	Faz bem.
293	Por causa da saúde. Melhora a circulação.
294	Porque é bom para a circulação e outras coisas.
295	Por causa dos movimentos nos nervos.
296	É bom para a saúde
297	Não respondeu.
298	A gente vive mais tempo e a saúde fica melhor.
299	Porque me tira a dor das pernas.
300	Porque a pessoa corta as dores e alivia mais a pessoa.
301	Por que é bom.
302	Porque é bom para a pressão. A gente dorme bem e fica bem.
303	A pessoa não trava de uma vez. É bom
304	Porque a gente melhora quando faz.
305	É bom para tudo: coração, circulação, todos os músculos e órgãos, respiração. Quando faço, fico melhor e durmo mais.
306	É para a saúde da gente. Para movimentar.
307	Porque senão enferruja tudo e os ossos ficam moles.
308	Não justificou.
309	Porque por indicação médica, o exercício físico é bom para a saúde.
310	Não respondeu.
311	Porque é bom para a saúde.
312	Para trazer mais saúde para a gente.
313	Desenvolve o corpo da pessoa.
314	Para ter mais atividade.
315	Porque é bom para tudo.
316	Porque é um meio de sobrevivência.
317	Aquilo ali faz bem para tudo: músculos, pressão.
318	O exercício físico, no corpo, é bom para não engordar, para o diabetes e colesterol.
319	Para evitar doenças mais graves.
320	Hoje, sem atividade física não somos nada na vida.
321	Melhora a respiração/circulação. Diminui incidência de doenças de base.Melhora mente.
322	Fica mais saudável.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

APÊNDICE C

Unidades de Significado, identificação dos sujeitos por indicadores e frequência de respostas à pergunta 2: Porque o Sr(a) considera importante a prática de exercícios físicos para a manutenção da sua saúde?

Unidades de Significado	Identificação Sujeito / indicadores(420)	Frequência	%*
Proteção à Saúde	6, 8, 10, 13, 16, 20, 24, 26, 29, 36, 37, 38, 40, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 58, 65, 71, 78, 84, 85, 87, 91, 92, 93, 94, 98, 103, 105, 106, 110, 112, 117, 122, 125, 131, 132, 136, 140, 142, 145, 146, 149, 151, 155, 159, 160, 161, 164, 167, 169, 171, 173, 174, 175, 178, 180, 181, 182, 184, 187, 188, 191, 193, 195, 198, 202, 208, 211, 213, 214, 217, 224, 225, 227, 229, 231, 235, 238, 242, 245, 246, 248, 253, 254, 255, 258, 261, 262, 268, 269, 275, 286, 287, 289, 291, 293, 294, 296, 298, 299, 300, 302, 305, 306, 309, 311, 312, 316, 317, 318, 319, 321	117	36,3
Capacidade Funcional	11, 14, 15, 34, 35, 39, 42, 46, 52, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 67,69, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 83, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 103, 104, 105, 108, 111, 114, 118, 121, 126, 129, 134, 135, 138, 141,142, 144, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 159, 161, 163, 166, 171, 172, 174, 177, 182, 183, 184, 185, 191, 192, 196, 198, 199, 200, 202, 203, 208, 211, 217, 221, 223, 225, 237, 241, 244, 245, 247, 249, 251, 260, 266, 267, 268, 269, 276, 278, 280, 282, 283, 285, 288, 294, 295, 298, 299, 303, 304, 305, 306, 307, 313, 314, 315, 316, 317, 320, 321, 322	115	35,7
Não Respondeu	4, 5, 12, 18, 28, 30, 31, 32, 33, 45, 49, 54, 55, 66, 68, 79, 81, 88, 95, 97, 99, 100, 102, 107, 116, 119, 120, 127, 130, 137,147, 148, 150, 153, 158, 162, 165, 170, 176, 179, 186, 189, 194, 197, 206, 215, 216, 218, 219, 220, 226, 230, 232, 233, 239, 240, 250, 252, 257, 259, 264, 265, 270, 272, 273, 277, 281, 290, 297, 308, 310	71	22,0
Disposição	21, 53, 56, 59, 63, 72, 75, 89, 92, 108, 109, 118, 128, 136, 145, 180, 181, 196, 199, 207, 209, 222, 235, 236, 241, 243, 258, 262, 275, 279, 300, 302, 305, 322	34	10,6
É bom. Faz bem	1, 2, 7, 10, 19, 27, 34, 37, 41, 69, 86, 110,113, 114, 115, 123, 139, 157, 163, 180, 190, 205, 224, 236, 237, 274, 292, 301, 303	29	9,0
Questões Estéticas	17, 37, 51, 74, 87, 91, 93, 101, 129, 143, 156, 174, 204, 208, 217, 244, 271, 280, 318	19	6,0
Juízo de Terceiros	2, 3, 23, 25, 26, 43, 61, 80, 82, 83, 124, 128, 133, 135, 201, 228, 256, 309,	18	5,6
Não acha importante	9, 22, 49, 70, 76, 168, 210, 212, 234, 263, 284	11	3,4
Socialização	67, 74, 74, 93, 144, 236,	6	1,8

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

(*)%=frequência/322(amostra)x100

APÊNDICE D

Unidades de Significado dos indicadores de respostas à pergunta 2: Porque o Sr(a) considera importante a prática de exercícios físicos para a manutenção da saúde?

I.A.	I. eSF.	Prot. Saúde	Capacidade Funcional	Não respondeu	Dispo-Sição	É bom Faz bem	Questões Estéticas	Juízo de Terceiros	Não acha importante	Sociali-zação
1	A002					1				
2	A003					1		1		
3	A004							1		
4	A005			1						
5	A006			1						
6	A007	1								
7	A008					1				
8	A009	1								
9	A010								1	
10	A011	1				1				
11	A013		1							
12	A014			1						
13	A015	1								
14	A016		1							
15	A018		1							
16	A019	1								
17	A021						1			
18	A022			1						
19	A023					1				
20	A024	1								
21	A025				1					
22	A026								1	
23	A027							1		
24	A028	1								
25	A029							1		
26	A030	1						1		
27	A032					1				
28	A033			1						
29	A034	1								
30	A035			1						
31	A036			1						
32	A038			1						
33	A039			1						
34	A040		1			1				
35	A041		1							
36	A043	1								
37	A044	1				1	1			
38	A046	1								
39	A047		1							
40	A051	1								
41	A052					1				
42	A053		1							
43	A054							1		
44	A055	1								
45	A056			1						
46	A057	1	1							
47	A058	1								
48	A061	1								
49	A063			1					1	
50	A065	1								
51	A066	1					1			
52	A067		1							
53	A069				1					
54	A070			1						
55	A075			1						
56	A077				1					
57	A078		1							
58	A080	1	1							
59	A081				1					

I.A.	I.eSF.	Prot. Saúde	Capacidade Funcional	Não respondeu	Dispo-SiçãO	É bom Faz bem	Questões Estéticas	Juízo de Terceiros	Não acha importante	Sociali-zação
60	A082		1							
61	A083							1		
62	A084		1							
63	A085				1					
64	A086		1							
65	A087	1	1							
66	A089			1						
67	A090		1							1
68	A091			1						
69	A093		1			1				
70	A094								1	
71	A095	1	1							
72	A096		1		1					
73	A097		1							
74	A098		1				1			2
75	A099		1		1					
76	A100								1	
77	A102		1							
78	A103	1								
79	A104			1						
80	A105							1		
81	A106			1						
82	A107							1		
83	A108		1					1		
84	A109	1								
85	A110	1								
86	A111					1				
87	A112	1	1				1			
88	A113			1						
89	A114		1		1					
90	A115		1							
91	A117	1	1				1			
92	A118	1			1					
93	A119	1	1				1			1
94	A120	1	1							
95	A121			1						
96	A122		1							
97	A123			1						
98	A125	1								
99	A127			1						
100	A132			1						
101	A133						1			
102	A134			1						
103	A136	1	1							
104	A137		1							
105	A138	1	1							
106	A139	1								
107	A140			1						
108	A141		1		1					
109	A142				1					
110	A144	1				1				
111	A145		1							
112	A151	1								
113	A152					1				
114	A153		1			1				
115	A154					1				
116	A155			1						
117	A156	1								
118	A157		1		1					
119	B001			1						
120	B002			1						
121	B003		1							
122	B004	1								
123	B005					1				
124	B006							1		
125	B007	1								
126	B009		1							
127	B010			1						
128	B014				1			1		
129	B016		1				1			

I.A.	I.eSF.	Prot. Saúde	Capacidade Funcional	Não respondeu	Dispo-SiçãO	É bom Faz bem	Questões Estéticas	Juízo de Terceiros	Não acha importante	Sociali-zação
130	B017			1						
131	B019	1								
132	B020	1								
133	B021							1		
134	B022		1							
135	B023		1					1		
136	B024	1			1					
137	B025			1						
138	B026		1							
139	B027					1				
140	B028	1								
141	B029		1							
142	B030	1	1							
143	B031						1			
144	B032		1							1
145	B033	1			1					
146	B034	1								
147	B035			1						
148	B036			1						
149	B037	1								
150	B038			1						
151	B039	1	1							
152	B040		1							
153	B041			1						
154	B043		1							
155	B044	1	1							
156	B045		1				1			
157	B046		1			1				
158	B047			1						
159	B048	1	1							
160	B049	1								
161	B050	1	1							
162	B051			1						
163	B052		1			1				
164	B054	1								
165	B056			1						
166	B057		1							
167	B059	1								
168	B061								1	
169	B064	1								
170	B065			1						
171	B066	1	1							
172	B067		1							
173	B069	1								
174	B070	1	1				1			
175	B072	1								
176	B073			1						
177	B074		1							
178	B075	1								
179	B076			1						
180	B078	1			1	1				
181	B079	1			1					
182	B080	1	1							
183	B081		1							
184	B082	1	1							
185	B083		1							
186	B084			1						
187	B085	1								
188	B086	1								
189	B087			1						
190	B088					1				
191	B089	1	1							
192	B090		1							
193	B091	1								
194	B092			1						
195	B093	1								
196	B094		1		1					
197	B095			1						
198	B096	1	1							
199	B097		1		1					

I.A.	I.eSF.	Prot. Saúde	Capacidade Funcional	Não respondeu	Dispo-SiçãO	É bom Faz bem	Questões Estéticas	Juízo de Terceiros	Não acha importante	Sociali-zação
200	B098		1							
201	B099							1		
202	B102	1	1							
203	B104		1							
204	B105						1			
205	B106					1				
206	B108			1						
207	B109				1					
208	B110	1	1				1			
209	B111				1					
210	B112								1	
211	B114	1	1							
212	B115								1	
213	B116	1								
214	B117	1								
215	B118			1						
216	B119			1						
217	B120	1	1				1			
218	B121			1						
219	C003			1						
220	C005			1						
221	C006		1							
222	C007				1					
223	C009		1							
224	C010	1				1				
225	C012	1	1							
226	C017			1						
227	C018	1								
228	C019							1		
229	C020	1								
230	C021			1						
231	C023	1								
232	C024			1						
233	C026			1						
234	C028								1	
235	C029	1			1					
236	C030				1	1				1
237	C033		1			1				
238	C034									
239	C035			1						
240	C036			1						
241	C037		1		1					
242	C039	1								
243	C043				1					
244	C044		1				1			
245	C046	1	1							
246	C047	1								
247	C049									
248	C050	1								
249	C051		1							
250	C053			1						
251	C054		1							
252	C055			1						
253	C056	1								
254	C058	1								
255	C059	1								
256	C060							1		
257	C062			1						
258	C063	1			1					
259	C064			1						
260	C065		1							
261	C067	1			1					
262	C068	1								
263	C069								1	
264	C071			1						
265	C073			1						
266	C077		1							
267	C078		1							
268	C079	1	1							
269	C080	1	1							

I.A.	I.eSF.	Prot. Saúde	Capacidade Funcional	Não respondeu	Dispo-Sição	É bom Faz bem	Questões Estéticas	Juízo de Terceiros	Não acha importante	Sociali-zação
270	C081			1						
271	C082						1			
272	C083			1						
273	C087			1						
274	C088					1				
275	C089	1			1					
276	C090		1							
277	C091			1						
278	C092		1							
279	C093				1					
280	C094		1				1			
281	C095			1						
282	C096		1							
283	C098		1							
284	C099								1	
285	C100		1							
286	C101	1								
287	C102	1								
288	C104		1							
289	C105	1								
290	C106			1						
291	C107	1								
292	C108					1				
293	C109	1								
294	C110	1	1							
295	C111		1							
296	C112	1								
297	C113			1						
298	C114	1	1							
299	C115	1	1							
300	C117	1			1					
301	C118					1				
302	C119	1			1					
303	C120		1			1				
304	C122		1							
305	C124	1	1		1					
306	C125	1	1							
307	C127		1							
308	C128			1						
309	C129	1						1		
310	C130			1						
311	C131	1								
312	C133	1								
313	C135		1							
314	C137		1							
315	C139		1							
316	C141	1	1							
317	C142	1	1							
318	C143	1					1			
319	C144	1								
320	C146		1							
321	C147	1	1							
322	C148		1		1					
Sub A	154	37	38	25	12	15	8	10	5	4
Sub B	132	39	38	23	9	7	7	5	3	1
Sub C	134	41	39	23	13	7	4	3	3	1
Tot.	420	117	115	71	34	29	19	18	11	6

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Legenda: I.A. = identificador na amostra; I.eSF. = identificador por eSF.

APÊNDICE E

Respostas à pergunta 3: Qual dificuldade o Sr(a) encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes?

Sujeito	Recortes do Discurso do Sujeito / Indicadores
1	Tempo reduzido; Ainda Trabalho. Não há oferta ex. físicos fim da tarde.
2	Jornada trabalho extenuante. Cansaço. Indisponibilidade de horário.
3	Falta de tempo; Trabalho doméstico; Ajuda filha; Cuida de neto.
4	Problemas de coluna
5	Falta de tempo; Cuida de 3 netos.
6	Cansaço; Ainda trabalho e muito; preguiça.
7	Saúde (crises perda memória)
8	Descuido, negligência.
9	Muitas: falta de tempo; cuidado de tia; muito trabalho.
10	Cravos nos pés.
11	Pressão arterial. Cuido de mãe.
12	Problemas no joelho. Pressão arterial.
13	Joelho estourado. Dores atrapalham. Alguns exercícios. Não gosto.
14	Quebrei perna. Marido não deixa. Insegurança nas ruas, mesmo durante o dia.
15	Problemas de saúde não especificado. Preguiça.
16	Cuido de marido doente e dependente.
17	Dores nas pernas, nos tornozelos e nas juntas do quadril.
18	Problemas de saúde não especificado. Anemia.
19	Ainda Trabalho. Falta de tempo.
20	Cuido de mãe e de uma filha parálitica.
21	Recomendação médica proibitiva. Artrose nos 2 joelhos e infecção nos meniscos.
22	Bronquite. Falta de ar. Artrose. Pés incham muito.
23	Trabalho e falta de tempo
24	Artrite reumatoide.
25	Problemas de visão e próstata.
26	Falta de companhia. Dificuldade para andar sozinha. Dificuldades de relacionamento.
27	Trabalho. Falta de tempo.
28	Idade. Ando devagarinho. Já caí.
29	Falta de tempo. Trabalho.
30	Problemas de joelho.
31	Idade e falta de tempo.
32	Falta de tempo. Cuida de netos.
33	Cuido de filhos e netos.
34	Falta de tempo e trabalho.
35	Não há oferta do serviço diariamente. Equipamentos frequentemente estragados.
36	Dificuldade de acesso. Não tem lugar para fazer.
37	Falta persistência.
38	Não posso pagar. Não consegui aulas gratuitas.
39	Problemas de joelho. Artrose.
40	Horário não combinava.
41	Falta de ar e problemas cardíacos.
42	Falta de tempo. Trabalho.
43	Cuido de esposa e trabalhos domésticos. Falta de tempo.
44	Cansaço. Trabalho. Desânimo.
45	Dificuldades de acesso
46	Desânimo. Falta de ar.
47	Falta de coragem. Desânimo.
48	Falta de tempo. Cuido de esposo.
49	Dor nós pés e ossos. Cuido de 4 netos. Trabalho. Falta de tempo.
50	Dificuldades de acesso.
51	Equipamentos quebrados.

52	Falta dinheiro para pagar.
53	Desânimo.
54	Diabetes.
55	Horário. Irregularidade em frequência. Tem dia que não dá para ir.
56	Falta de coragem. Desânimo. Dificuldade de acesso.
57	Falta de tempo. Trabalho.
58	Comodismo. Desânimo. Preguiça.
59	Falta de tempo. Trabalho doméstico.
60	Problemas cardíacos. Proibição médica.
61	Idade.
62	Falta de ar. Pressão arterial.
63	Preguiça. Trabalho.
64	Cansaço. Trabalho. Falta de tempo.
65	Desânimo.
66	Problemas nas pernas. Dificuldade de acesso.
67	Dificuldade de acesso.
68	Idade
69	Várias: preconceito, discriminação, falta de tempo, horário não bate, atividades em água conjuntamente por homens e mulheres.
70	Problemas de coluna.
71	Reumatismo
72	Falta de interesse. Trabalho. Cansaço. Desmotivação.
73	Falta de companhia. Falta de tempo. Trabalho. Preguiça.
74	Falta de tempo. Cuido de neto, de mãe e de uma irmã.
75	Trabalho. Falta de tempo.
76	Falta de tempo. Dor no joelho.
77	Cirurgia de Diverticulite e apendicite com abertura hérnia.
78	Dificuldade de acesso. Falta de interesse.
79	Dificuldade de andar e de concentração.
80	Trabalho. Falta de tempo.
81	Falta de tempo. Trabalho.
82	Problemas no joelho. Artrose. Esporão de galo no pé.
83	Falta de tempo. Falta de companhia.
84	Falta de coragem
85	Falta de ar. Enfizema pulmonar.
86	Falta de tempo. Osteoporose. Dor nas pernas.
87	Problemas de tendão e quadril. Proibição médica.
88	Coluna. Bico de papagaio. Osteoporose. Artrose.
89	Falta de tempo. Comodismo. Preguiça. Tendão de Aquiles inflama muito.
90	Falta de tempo. Trabalho. Falta disposição. Cansaço.
91	Falta de ar. Dor nas pernas.
92	Desânimo.
93	Não gosto de natação e ginástica. Depressão. Labirintite.
94	Pernas não ajudam.
95	Artrose no joelho.
96	Idade. Diabetes. Pressão alta. Pernas não ajudam.
97	Não gosto.
98	Falta de tempo. Trabalho.
99	Artrose. Pressão alta. Diabetes.
100	Problemas de Coluna
101	Não gosto. Falta de tempo.
102	Não respondeu.
103	Artrose no joelho.
104	Pernas doem muito. Coluna.
105	Problemas nos ossos
106	Falta de tempo. Trabalho doméstico.
107	Dor nas pernas. Falta de ar.
108	Dificuldade de andar.

109	Trabalho. Falta de tempo. Cansaço.
110	Problemas nas pernas. Fiz enxerto.
111	Dificuldade de andar. Dores em geral.
112	Motivos de saúde. Problemas de sangue.
113	Distensões frequentes. Dores ao andar muito.
114	Dores no pés, coluna e nuca..
115	Falta de tempo. Trabalho.
116	Pele oleosa onde o cloro gruda. Artrose. Problemas nos ossos. Moeram. Viraram graveto.
117	Falta de tempo. Trabalho. Horário
118	Varizes. Cansaço.
119	Problemas de saúde. Angina. Preguiça.
120	Falta de tempo. Dificuldade de acesso.
121	Medo de água. Cansaço. Artrose no joelho.
122	Osteoporose. Dificuldade para andar.
123	Dor e dormência nas pernas. Negligência.
124	Dores no corpo.
125	Falta de tempo. Trabalho.
126	Fiz cirurgia recente na mão e joelho.
127	Dificuldade de acesso. Falta de companhia.
128	Não preciso. Sempre fui magra.
129	Preguiça. Falta de vergonha. Trabalho.
130	Trabalho. Cuido de netos. Falta de tempo.
131	Proibição médica por infarto.
132	Falta de tempo. Trabalho.
133	Falta de tempo. Trabalho. Não priorizo o assunto.
134	Problemas de visão.
135	Dor nas pernas. Dificuldades de andar. Dores em geral.
136	Comodismo. Falta de iniciativa. Negligência.
137	Cuido de neta e de filha epiléptica e chagásica.
138	Preguiça. Falta de coragem.
139	Trabalho. Falta de tempo.
140	Cuido de neta. Falta de tempo.
141	Falta de tempo. Trabalho. Insegurança nas ruas. Falta de companhia.
142	Problema de saúde. Fraturas ósseas.
143	Falta de tempo. Trabalho.
144	Falta de tempo. Trabalho.
145	Dificuldade de acesso. Transporte difícil.
146	Trabalho doméstico intenso.
147	Não gosto.
148	Dificuldades por problemas de saúde. Doença de Chagas. Problemas cardíacos.
149	Falta de tempo. Dificuldade de acesso.
150	Falta de tempo.
151	Falta de tempo. Indisciplina.
152	Idade. Dificuldade de acesso.
153	Falta de tempo. Saúde abalada.
154	Problemas nas pernas. Próteses.
155	Dificuldades de andar. Falta de tempo. Diabetes. Hipertensão arterial.
156	Falta de ação. Trabalho. Falta de tempo.
157	Dificuldade para andar.
158	Dificuldade de acesso. Falta de companhia.
159	Falta de prioridade. Negligência.
160	Falta de tempo.
161	Falta de tempo. Trabalho.
162	Dificuldade de acesso. Buracos nas calçadas. Baixa oferta do serviço.
163	Problemas nas pernas e pulmão. Enfizema.
164	Trabalho. Falta de tempo.
165	Falta de tempo. Cuido de neta.
166	Dores nos pés.

167	Problemas nos pés.
168	Falta de tempo.
169	Dificuldade de acesso (distância). Fratura na bacia e coluna.
170	Porque eu não quero.
171	Trabalho. Comodismo. Cuido de filha com deficiência visual. Coluna. Problema vascular.
172	Cansaço. Trabalho.
173	Horário. Falta de tempo. Trabalho.
174	Dificuldade de acesso (distância e falta de dinheiro para pagar).
175	Problemas de doença na família.
176	Dores nas pernas.
177	Cuido de 2 netos. Trabalho. Falta de tempo.
178	Desinteresse.
179	Falta de companhia. Insegurança nas ruas.
180	Comodismo.
181	Dificuldade de acesso por falta de dinheiro.
182	Dor nas pernas.
183	Falta de tempo. Trabalho.
184	Falta de tempo.
185	Comodismo.
186	Dificuldade de acesso (transporte e falta de dinheiro).
187	Falta de dinheiro para pagar.
188	Problemas renais.
189	Trabalho. Falta de priorizar.
190	Falta de tempo. Trabalho.
191	Lesão no joelho. Infarto ósseo da fíbula.
192	Dificuldade de acesso (distância, transporte e dinheiro).
193	Proibição médica por problema joelho. Artrose.
194	Dificuldade de acesso.
195	Trabalho. Falta de tempo.
196	Falta de tempo. Trabalho.
197	Por problemas de doenças.
198	Dores nos pés. Diabetes. Hipertensão arterial.
199	Dor nas pernas.
200	Infecção nas pernas.
201	Cansaço.
202	Falta de tempo. Trabalho.
203	Preguiça.
204	Cansaço.
205	Preguiça. Dificuldade de acesso (distância e dinheiro).
206	Coluna. Dores em geral. Problemas renais.
207	Falta de tempo. Joelhos doem. Pernas estralam.
208	Trabalho. Falta de tempo.
209	Dificuldade de acesso.
210	Dificuldade de andar.
211	Artrite reumatoide. Tendinite. Dor nos joelhos.
212	Desânimo. Inflamação no ciático.
213	Falta de tempo. Trabalho.
214	Falta de tempo. Trabalho.
215	Por problemas de saúde.
216	Falta de tempo. Trabalho.
217	Falta de tempo. Trabalho.
218	Dificuldade de acesso (distância e dinheiro)
219	Falta de hábito e costume. Trabalho. Falta de tempo.
220	Dificuldade de acesso (distância e dinheiro)
221	Falta de tempo.
222	Falta de tempo.
223	Artrose no joelho. Proibição médica.
224	Falta de tempo. Trabalho.

225	Falta de tempo. Não gosto. Não priorizo isso.
226	Falta de tempo. Trabalho.
227	Falta de tempo. Trabalho. Horário. Dificuldade de acesso.
228	Falta de tempo.
229	Hipertensão arterial. Proibição médica. Trabalho. Falta de tempo.
230	Problemas no joelho. Trabalho. Falta de tempo.
231	Dificuldade de acesso (receita médica).
232	Preguiça. Desânimo.
233	Cuido esposo doente.
234	Problemas com estufamento das veias das pernas.
235	Desinteresse. Problemas visuais.
236	Inércia. Desinteresse.
237	Falta de tempo. Cuida de mãe. Trabalho.
238	Varizes. Uso de próteses.
239	Falta de tempo. Trabalho.
240	Excesso de peso. Cansaço. Falta de atitude.
241	Não justificou.
242	Hipertensão arterial. Proibição médica. Hérnia, com tela na barriga.
243	Dificuldade de acesso. Demora para conseguir atestado. Águas sujas e mal cheirosas.
244	Trabalho. Falta de tempo.
245	Arritmia. Me esforçando, canso à toa.
246	Cuido de neto. Falta de tempo.
247	Dores em geral.
248	Dificuldade de acesso. (distância e dinheiro)
249	Trabalho. Dores nas juntas.
250	Problemas no joelho. Artrose. Dificuldade de acesso.
251	Falta de companhia.
252	Tendão do braço solto. Desgaste nos 2 joelhos.
253	Falta de tempo. Cuido de 2 parentes.
254	Falta de tempo. Trabalho.
255	Problemas cardíacos. Proibição médica
256	Horário. Falta de tempo.
257	Falta de tempo. Trabalho.
258	Falta de tempo. Trabalho. Cuido de idosa e uma neta.
259	Idade. Alzheimer.
260	Labirintite.
261	Falta de tempo. Trabalho doméstico.
262	Depressão. Luto. Tomo medicação forte.
263	Dores nas pernas. Artrose.
264	Dificuldade de acesso. Falta de dinheiro.
265	Indisposição. Dores em geral.
266	Falta de tempo. Trabalho. Desânimo e falta de coragem.
267	Acomodação.
268	Problemas ósseos. Artrose no disco da coluna e joelho.
269	Falta de tempo. Trabalho.
270	Falta de tempo.
271	Falta de tempo.
272	Dores nos pés. Hipertensão arterial. Problemas nos joelhos. Bico de papagaio.
273	Agravos de AVC.
274	Dificuldades de acesso.
275	Hipertensão arterial.
276	Artrose nos 2 joelhos. Hipertensão arterial.
277	Problemas de coluna, nas pernas. Joelhos doem..
278	Problemas de coluna e joelho.
279	Varizes.
280	Problemas no joelho e coluna.
281	Perna dura. Coluna. Bico de papagaio. Artrose.
282	Falta de tempo. Trabalho doméstico. Cuido de netos.

283	Falta de tempo. Preguiça. Cansaço.
284	Trabalho doméstico. Cuido de netos. Falta de companhia.
285	Falta de tempo. Trabalho doméstico.
286	Preguiça.
287	Problemas de coluna. Proibição médica.
288	Falta de tempo. Trabalho doméstico. Cuido de 1 neta.
289	Dificuldade de acesso.
290	Dores nas pernas.
291	Problemas de saúde. Preguiça.
292	Dores no joelho.
293	Falta de tempo. Trabalho. Negligência.
294	Falta de tempo. Trabalho.
295	Cuido de esposo doente e acamado
296	Cuido de 3 netos. Falta de tempo.
297	Falta de companhia.
298	Falta de tempo. Trabalho.
299	Problemas cardíacos.
300	Hemiparesia. Dor nas pernas. Uma é mais curta.
301	Fratura no joelho.
302	Equipamentos estragados/em manutenção. Esporão na coluna.
303	Acomodação.
304	Falta de companhia.
305	Dificuldade de acesso. Falta de tempo. Trabalho.
306	Artrose. Glaucoma. Falta de companhia.
307	Dificuldade de acesso (distância e dinheiro).
308	Dificuldade de acesso (distância e dinheiro)
309	Dificuldade de acesso (distância e dinheiro).
310	Falta de tempo. Trabalho. Dificuldade de acesso (distância e dinheiro).
311	Dificuldade de acesso. Problemas de coluna e joelho.
312	Doença de Chagas.
313	Falta de tempo.
314	Falta de tempo. Trabalho.
315	Falta de vontade.
316	Correria da vida. Falta de tempo. Horário não combina.
317	Trabalho. Cansaço.
318	Problemas de circulação.
319	Trabalho. Cansaço.
320	Cansaço. Falta de tempo.
321	Falta de tempo. Trabalho.
322	Desânimo. Não gosto.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

APÊNDICE F

Unidades de Significado, identificação dos sujeitos por indicadores e frequência de respostas à pergunta 3: Qual dificuldade o Sr(a) encontra para a prática de exercícios físicos ou esportes?

Unidades de Significado	Identificação do Sujeito / indicadores (641)	Freq.	% *
Problemas de Saúde	3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 11, 12, 12, 13, 13, 14, 15, 16, 17, 17, 17, 18, 18, 20, 20, 21, 21, 21, 22, 22, 22, 22, 24, 25, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 39, 39, 41, 41, 43, 46, 48, 49, 49, 49, 54, 60, 60, 61, 62, 62, 66, 68, 70, 71, 74, 74, 74, 76, 77, 79, 79, 82, 82, 82, 85, 85, 86, 86, 87, 87, 88, 88, 88, 88, 89, 91, 91, 93, 93, 94, 95, 96, 96, 96, 96, 99, 99, 99, 100, 103, 104, 104, 105, 107, 107, 108, 110, 111, 111, 112, 112, 113, 113, 114, 114, 114, 116, 116, 116, 118, 119, 119, 121, 122, 122, 123, 123, 124, 126, 126, 130, 131, 134, 135, 135, 135, 137, 137, 140, 142, 142, 148, 148, 148, 152, 153, 154, 154, 155, 155, 155, 157, 163, 163, 163, 165, 166, 167, 169, 169, 171, 171, 171, 175, 176, 177, 182, 188, 191, 191, 193, 193, 197, 198, 198, 198, 199, 200, 206, 206, 206, 207, 207, 210, 211, 211, 211, 212, 215, 223, 223, 229, 229, 230, 233, 234, 235, 237, 238, 238, 240, 242, 242, 242, 243, 245, 246, 247, 249, 250, 250, 252, 252, 253, 255, 255, 258, 259, 259, 260, 262, 262, 263, 263, 265, 268, 268, 268, 272, 272, 272, 272, 273, 275, 276, 276, 277, 277, 277, 278, 278, 279, 280, 280, 281, 281, 281, 281, 282, 284, 287, 287, 288, 290, 291, 292, 295, 296, 299, 300, 300, 301, 302, 306, 306, 311, 311, 312, 318,	264	82,0
Falta de Tempo	1, 1, 2, 3, 5, 9, 19, 23, 27, 29, 31, 32, 34, 40, 42, 43, 48, 49, 55, 57, 59, 64, 69, 69, 73, 74, 75, 76, 80, 81, 83, 86, 89, 90, 98, 101, 106, 109, 115, 117, 117, 120, 125, 130, 132, 133, 139, 140, 141, 143, 144, 149, 150, 151, 153, 155, 156, 160, 161, 164, 165, 168, 173, 173, 177, 183, 184, 190, 195, 196, 202, 207, 208, 213, 214, 216, 217, 219, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 237, 239, 244, 246, 253, 254, 256, 256, 257, 258, 261, 266, 269, 270, 271, 282, 283, 285, 288, 293, 294, 296, 298, 305, 310, 313, 314, 316, 316, 317, 320, 321,	119	37,0
Trabalho	1, 2, 2, 6, 6, 9, 19, 23, 27, 29, 34, 42, 43, 44, 44, 49, 57, 59, 63, 64, 64, 72, 72, 73, 75, 80, 81, 90, 90, 98, 106, 109, 109, 115, 117, 118, 121, 125, 129, 130, 132, 133, 139, 141, 143, 144, 146, 156, 161, 164, 171, 172, 172, 173, 177, 183, 189, 190, 195, 196, 201, 202, 204, 208, 213, 214, 216, 217, 219, 224, 226, 227, 229, 230, 237, 239, 240, 244, 249, 254, 257, 258, 261, 266, 269, 282, 283, 284, 285, 288, 293, 294, 298, 305, 310, 314, 317, 319, 319, 320, 321,	101	31,4
Preguiça	6, 8, 8, 15, 37, 44, 46, 47, 47, 53, 55, 56, 56, 58, 58, 58, 63, 65, 72, 72, 73, 78, 84, 89, 89, 90, 92, 119, 123, 129, 129, 133, 136, 136, 136, 138, 138, 151, 156, 159, 159, 171, 178, 180, 185, 189, 203, 205, 212, 219, 225, 232, 232, 235, 236, 236, 240, 265, 266, 266, 267, 283, 286, 291, 293, 303, 315, 322.	68	21,2
Dificuldades de Acesso	35, 36, 38, 45, 50, 52, 56, 66, 67, 78, 120, 127, 145, 149, 152, 158, 162, 162, 162, 169, 174, 174, 181, 186, 186, 187, 192, 192, 194, 205, 205, 209, 218, 218, 220, 220, 227, 243, 248, 248, 250, 264, 264, 274, 289, 305, 307, 307, 308, 308, 309, 309, 310, 310, 311,	55	17,1
Dificuldades Cotidianas	14, 14, 35, 51, 69, 69, 141, 179, 243, 284, 297, 302, 304, 306, 322.	15	4,9
Falta Companhia	26, 26, 73, 83, 127, 141, 158, 179, 251.	9	2,8
Não quero	13, 93, 97, 101, 128, 147, 170, 225.	8	2,5
Não respondeu	102, 241	2	0,6

I.A.	I. eSF	Problemas de Saúde	tempo	Trabalho	Preguiça	Dificuld acesso	Dificuld. cotidiano	Companhia	Não quero	Não resp.
62	A084	2								
63	A085			1	1					
64	A086		1	2						
65	A087				1					
66	A089	1				1				
67	A090					1				
68	A091	1								
69	A093		2				2			
70	A094	1								
71	A095	1								
72	A096			2	2					
73	A097		1	1	1			1		
74	A098	3	1							
75	A099		1	1						
76	A100	1	1							
77	A102	1								
78	A103				1	1				
79	A104	2								
80	A105		1	1						
81	A106		1	1						
82	A107	3								
83	A108		1					1		
84	A109				1					
85	A110	2								
86	A111	2	1							
87	A112	2								
88	A113	4								
89	A114	1	1		2					
90	A115		1	2	1					
91	A117	2								
92	A118				1					
93	A119	2							1	
94	A120	1								
95	A121	1								
96	A122	4								
97	A123								1	
98	A125		1	1						
99	A127	3								
100	A132	1								
101	A133		1						1	
102	A134									1
103	A136	1								
104	A137	2								
105	A138	1								
106	A139		1	1						
107	A140	2								
108	A141	1								
109	A142		1	2						
110	A144	1								
111	A145	2								
112	A151	2								
113	A152	2								
114	A153	3								
115	A154		1	1						
116	A155	3								
117	A156		2	1						
118	A157	1		1						
Sub eSF A 243		114	41	36	27	10	6	4	4	1
119	B001	2			1					
120	B002		1			1				
121	B003	1		1						
122	B004	2								
123	B005	2			1					
124	B006	1								
125	B007		1	1						
126	B009	2								
127	B010					1		1		
128	B014								1	
129	B016			1	2					
130	B017	1	1	1						

SUJEITO		UNIDADES DE SIGNIFICADO								
I.A.	I. eSF	Problemas de Saúde	tempo	Trabalho	Preguiça	Dificuld acesso	Dificuld. cotidiano	Companhia	Não quero	Não resp.
201	B099			1						
202	B102		1	1						
203	B104				1					
204	B105			1						
205	B106				1	2				
206	B108	3								
207	B109	2	1							
208	B110		1	1						
209	B111					1				
210	B112	1								
211	B114	3								
212	B115	1			1					
213	B116		1	1						
214	B117		1	1						
215	B118	1								
216	B119		1	1						
217	B120		1	1						
218	B121					2				
Sub teSF B 192		69	36	32	22	24	2	4	3	0
219	C003		1	1	1					
220	C005					2				
221	C006		1							
222	C007		1							
223	C009	2								
224	C010		1	1						
225	C012		1		1				1	
226	C017		1	1						
227	C018		1	1		1				
228	C019		1							
229	C020	2	1	1						
230	C021	1	1	1						
231	C023									
232	C024				2					
233	C026	1								
234	C028	1								
235	C029	1			1					
236	C030				2					
237	C033	1	1	1						
238	C034	2	1							
239	C035		1	1						
240	C036	1		1	1					
241	C037									1
242	C039	3								
243	C043	1				1	1			
244	C044		1	1						
245	C046	1								
246	C047	1	1							
247	C049	1								
248	C050					2				
249	C051	1		1						
250	C053	2				1				
251	C054							1		
252	C055	2								
253	C056	1	1							
254	C058		1	1						
255	C059	2								
256	C060		2							
257	C062		1	1						
258	C063	1	1	1						
259	C064	2								
260	C065	1								
261	C067		1	1						
262	C068	2								
263	C069	2								
264	C071					2				
265	C073	1			1					
266	C077		1	1	2					
267	C078				1					

SUJEITO		UNIDADES DE SIGNIFICADO								
I.A.	I. eSF	Problemas de Saúde	tempo	Trabalho	Preguiça	Dificuld acesso	Dificuld. cotidiano	Companhia	Não quero	Não resp.
268	C079	3								
269	C080		1	1						
270	C081		1							
271	C082		1							
272	C083	4								
273	C087	1								
274	C088					1				
275	C089	1								
276	C090	2								
277	C091	3								
278	C092	2								
279	C093	1								
280	C094	2								
281	C095	4								
282	C096	1	1	1						
283	C098		1	1	1					
284	C099			1			1			
285	C100		1	1	1					
286	C101									
287	C102	2								
288	C104	1	1	1						
289	C105					1				
290	C106	1								
291	C107	1			1					
292	C108	1								
293	C109		1	1	1					
294	C110		1	1						
295	C111	1								
296	C112	1	1							
297	C113						1			
298	C114		1	1						
299	C115	1								
300	C117	2								
301	C118	1								
302	C119	1					1			
303	C120				1					
304	C122						1			
305	C124		1	1		1				
306	C125	2					1			
307	C127					2				
308	C128					2				
309	C129					2				
310	C130		1	1		2				
311	C131	2				1				
312	C133	1								
313	C135		1							
314	C137		1	1						
315	C139				1					
316	C141		2							
317	C142		1	1						
318	C143	1								
319	C144			2						
320	C146		1	1						
321	C147		1	1						
322	C148				1		1			
Sub	eSF C206	81	42	33	19	21	7	1	1	1
Total 3 Esf	641 (A;B;C) = 641	264	119	101	68	55	15	9	8	2

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Legenda: I.A. = identificador na amostra; I.eSF = identificador por eSF

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: BARREIRAS À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR IDOSOS DE UBERABA
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 2/4/2013
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2627

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução, CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 7 de agosto de 2013.

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA(MG)



INFORMAÇÃO Nº 0030/2013

Uberaba, 06 de Agosto de 2013.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

Instituição de ensino: UFTM

Curso: Educação Física.

Título: "Barreiras à prática de exercícios físicos por idosos de Uberaba".

Local de realização: ESFs do Município de Uberaba.

Objetivo: Identificar, através dos discursos dos idosos maiores de 60 anos entrevistados, quais são as principais dificuldades para a incorporação na sua rotina diária, do início da prática ou da manutenção da realização de exercícios físicos sistematizados ou programas de atividades físicas.

Justificativa: O profissional em Educação Física tem entre seus principais papéis, o de ser educador em saúde, promovendo um bem tão indispensável à existência humana, mormente aos idosos, que é a saúde. Apesar das reduções da capacidade funcional e do desempenho nos exercícios, com o avançar da idade, a atividade física regular e os exercícios físicos contrabalançam tais efeitos típicos do envelhecimento, o que se constitui em mais que um desafio pessoal e social, um assunto significativo para a ciência e para a sociedade.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e de campo de cunho qualitativa, onde serão entrevistados idosos com idade igual ou superior a 60 anos; que concordem em participar do estudo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e estar cadastrado em uma Unidade do Programa Estratégia da Saúde da Família em Uberaba. A amostra estimada em 30 sujeitos pertencentes a 3 ou mais equipes de ESF, de um ou mais distritos de saúde do município de Uberaba.

Comitê de Ética em pesquisa: A ser encaminhado ao CEP. Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

Às considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Gheysa Alves Mendonça
Gheysa Alves Mendonça
Coordenadora do Centro de Educação em Saúde

Patrícia Emmanuelle da Cruz
Patrícia Emmanuelle da Cruz
Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Deferido
 Indeferido

Ciente do solicitante: *Paulo Roberto de Oliveira*
Paulo Roberto de Oliveira – CPF 862. 083.908-00
Data: 06/08/2013.

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732 – www.uberaba.mg.gov.br

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS MAIORES DE IDADE

(Versão de junho/2011)

Título do Projeto: BARREIRAS À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR IDOSOS DE UBERABA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo BARREIRAS À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR IDOSOS DE UBERABA, por possuir mais de 60 anos de idade. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é identificar através dos discursos de idosos quais são as principais dificuldades para a incorporação na sua rotina diária, do início da prática ou da manutenção da realização de exercícios físicos sistematizados ou programas de atividades físicas e caso você participe, será aplicado um questionário com perguntas sobre atividades físicas e uma entrevista. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: BARREIRAS À PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR IDOSOS DE UBERABA

Eu, (*nome do voluntário*), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, MG//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável: Paulo Roberto de Oliveira

Telefone de contato do pesquisador: (034)3077-2599 e (034)9991-0451. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

IMPORTANTÍSSIMO: SEGUNDO DETERMINAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, OS PESQUISADORES E OS SUJEITOS DA PESQUISA DEVERÃO RUBRICAR TODAS AS PÁGINAS DO TERMO (APÓS A COLETA DE DADOS). UMA VIA DO TERMO DEVERÁ SER ENTREGUE AOS SUJEITOS.

ANEXO 4 – DEFINIÇÃO DE TERMOS

Aptidão Física: É um conceito multidimensional que reflete um conjunto de características que as pessoas tem ou desenvolvem, e que estão relacionadas com a capacidade que um indivíduo tem para realizar atividades físicas.

Atividade Física: Por atividade física entende-se todas as formas de movimentação corporal, com gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen et al., 1985). Inclui exercícios físicos e esportes, deslocamentos, atividades laborais, afazeres domésticos e outras atividades físicas no lazer.

Bem-Estar: Por bem-estar entende-se a integração harmoniosa entre os componentes mentais, físicos, espirituais e emocionais. O bem-estar é sempre uma percepção, portanto fruto de uma avaliação subjetiva individual.

Envelhecimento: Refere-se ao processo biológico natural, gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade e provoca uma perda funcional progressiva no organismo. Este processo pode ser acelerado ou desacelerado por diversos fatores ambientais e comportamentais, mas não pode ser revertido.

Estilo de Vida: O estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo.

Exercício Físico: Representa uma das formas de atividade física, planejada, sistemática e repetitiva, que tem por objetivo a manutenção, desenvolvimento ou recuperação de um ou mais componentes da aptidão física.

Expectativa de Vida: O número médio de anos de vida esperado numa população específica.

Prescrição de Exercícios: Uma recomendação específica e individualizada para o desenvolvimento da aptidão física. Inclui orientações quanto ao tipo de atividade, duração, intensidade, frequência e progressão dos exercícios.

Prevalência: termo próprio da Epidemiologia, referente à proporção de pessoas numa população com certa característica de saúde, num determinado momento ou período.

Promoção de Saúde: Como área de estudo, pode ser considerada como a ciência e a arte de ajudar as pessoas a modificarem seu estilo de vida para uma condição ótima de saúde.

Qualidade de Vida: Condição humana que reflete um conjunto de parâmetros individuais, sócio culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Percepção individual, relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal.

Saúde: Condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizada num contínuo com pólos positivos e negativos. A saúde positiva seria caracterizada como a capacidade de ter uma vida dinâmica e produtiva, confirmada geralmente pela

percepção de bem-estar geral, enquanto saúde negativa estaria associada com riscos de doenças, morbidade, e, no extremo, com mortalidade prematura.

Sedentarismo: Estilo de vida que não inclui atividades físicas regulares, onde predomina o trabalho sentado e o lazer passivo.

Fonte: NAHAS, Marcus Vinicius. **ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA** – Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. 239 p.