

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**ADESÃO DE IDOSOS A PROGRAMA DE EXERCÍCIO
FÍSICO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

MAIRA CURY MONTEIRO

Botucatu
2014

MAIRA CURY MONTEIRO

**ADESÃO DE IDOSOS A PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA
EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Ruiz

BOTUCATU
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

MAIRA CURY MONTEIRO

**ADESÃO DE IDOSOS A PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA EM
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Tania Ruiz

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Tania Ruiz

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Profa. Dra. Edilaine Michelin

Botucatu
2014

*Aos meus pais pela educação e
oportunidade de trilhar belos caminhos, e
ao meu marido pelo incentivo constante e
total confiança em minha competência.*

AGRADECIMENTOS

À Deus por sempre guiar meus passos e me mostrar os caminhos que devo percorrer.

À minha família pelo apoio, incentivo e compreensão em minhas ausências, fruto da dedicação ao mestrado.

À Dra Edilaine Michelin, agradeço as indicações, colaborações durante a coleta de dados da pesquisa.

À Chefe e toda a equipe da Unidade Básica de Saúde de Rubião Junior, pela receptividade e atenção durante as semanas de recrutamento e coleta de dados.

À Dra Silvia Bocchi, que me abriu os caminhos da metodologia qualitativa utilizada nesta pesquisa e pela atenção especial despendida ao longo dos anos da pós-graduação.

À Dra Margareth de Almeida e Dra Márcia Vasques, pelas sugestões de melhorias para trabalho.

À Cynthia Berriel, pelo carinho e auxílio na tradução do abstract.

Ao Gilmar Dias, pelo carinho e correção de português.

Ao Wagner Barboza, pela prontidão e auxílio na formatação do trabalho.

Aos professores da pós-graduação em Saúde Coletiva, por disseminar os conhecimentos pertinentes a cada disciplina e contribuir para minha evolução profissional.

Em especial, agradeço à Dra. Tania Ruiz, minha orientadora, que ao longo dos dois anos do curso me ensinou real dinâmica da docência no ensino superior, pela contribuição à minha evolução profissional e pessoal, com sua simplicidade, sabedoria e alegria.

RESUMO

MONTEIRO, M. C. **Adesão de idosos a programa de atividade física em unidade de atenção primária à saúde**. 2014. 89 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

O cenário epidemiológico atual confirma a transição dos padrões de ocorrências de doenças nas últimas décadas, mudança denominada transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição da ocorrência de doenças infectocontagiosas, e incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No Brasil, estas representam cerca de 72% de todas as mortes do país. A inatividade física juntamente com outros fatores comportamentais, como uso de tabaco e perfil alimentar são responsáveis por cerca de 80% da carga total das principais doenças crônicas. Com a abrangência do Sistema Único de Saúde e a implantação de programas de atividade física em unidades de atenção primária à saúde e a baixa adesão de idosos a estes programas o estudo tem como objetivo apreender das experiências dos idosos os condicionantes da adesão e da desistência dos mesmos ao programa de atividade física orientada na Estratégia de Saúde da Família. Pesquisa qualitativa, com a utilização de formulário e entrevista não diretiva, aplicados aos dois grupos de indivíduos: grupo adesão (GA) e grupo desistentes (GD), com a metodologia de análise por análise de conteúdo do tipo temática. Como resultados, ficou evidente que a adesão ou a desistência de idosos a programas de atividade física em unidades de atenção primária à saúde são provenientes de uma série de eventos multifatoriais, corroborando para adesão aspectos como sensação prazerosa com a realização do exercício, melhoria das condições de saúde, cumprimento de recomendações de profissionais da área de saúde e convívio social e para aspectos que estimulam a desistência o desgosto em realizar exercícios, piora da condição de saúde, cumprimento de contraindicação de profissionais de saúde, priorização de outras atividades do dia a dia, percepção negativa das condições de infraestrutura relacionadas ao programa de exercícios e diferença de condicionamento entre os participantes. Sugerimos ações para minimizar a desistência de idosos à programas de exercícios físicos em unidades de atenção

primária, como a inclusão de profissional capacitado para melhor adaptação dos exercícios e do tipo de atividades propostas, melhorias nas condições de acesso ao local das aulas, assim como aquisição de equipamentos de baixo custo e estratégias de educação em saúde, com disseminação de informações referentes a importância da prática regular de atividade física para promoção da saúde.

Palavras Chave: adesão do paciente; aderência; velhice; exercício físico, unidades básicas de saúde.

ABSTRACT

MONTEIRO, M.C. **Adherence of Elderly People to Physical Exercise Programs in Primary Healthcare Unit.** 2014. 89 p. Dissertation (Master's Degree) – *Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.*

The current epidemiological scenario confirms the transition patterns of occurrences of diseases in recent decades, a change called epidemiological transition, characterized by decreased occurrence of infectious-contagious diseases and higher chronic non-communicable diseases (NTCDs). In Brazil, they represent about 72% of all deaths in the country. Physical inactivity, together with other behavioral factors, such as the use of tobacco and dietary profile, are responsible for about 80% of the total burden of major chronic diseases. Considering that the Brazilian Centralized Health System (*Sistema Único de Saúde*) has encompassed and implemented physical activity programs in primary healthcare units, and considering the low adherence of elderly people to these programs, the purpose of this study is to capture from the experience of elderly people the factors that condition their adherence to and dropout from oriented physical activity in the Family Health Strategy. Qualitative research, using forms and non-conductive interview, administered to two groups of individuals: adherence group (AG) and dropout group (DG), with analysis methodology through analysis of thematic type of contents. The results show that elderly people's adherence to or dropout from physical activity programs in primary healthcare units originate from a series of multifactorial aspects as pleasant feeling to the realization exercise, improve health conditions, compliance with recommendations of professionals in health and social life and aspects that stimulate the dropout is sorrow in exercise tolerance, worsening health condition, compliance with contraindication for health professionals, prioritize other daily life activities, negative perception of the conditions of infrastructure related to exercise and fitness difference between program participants. Recommend actions to minimize the withdrawal of the elderly from physical exercise in primary care settings programs, such as the inclusion of trained professional to better adapt the exercises and the type of proposed activities, improvements in access to the local school, as

well as acquisition low-cost strategies and health education, with dissemination of information regarding the importance of regular physical activity to promote health equipment.

Keywords: patient compliance, adherence; elderly, physical exercise, basic health units.

LISTA DE TABELA E ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Comorbidades dos idosos entrevistados participantes e desistentes do programa de atividade física na Unidade de Saúde da Família de Rubião Junior, Botucatu/SP, 2013.	32
Tabela 1 – Divisões das categorias temáticas e suas subcategorias	33

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT	–	Doenças Crônicas não Transmissíveis
APS	–	Atenção Primária à Saúde
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
GA	–	Grupo de Adesão
GD	–	Grupo de Desistentes
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMC	–	Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE TABELA E ILUSTRAÇÃO	
LISTA DE ABREVIATURAS	
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	24
3 MÉTODOS	25
3.1 Tipo de pesquisa	25
3.2 Local da pesquisa	25
3.3 Sujeitos da Pesquisa	27
3.4 Coleta de dados	28
3.5 Referencial Metodológico	29
4 RESULTADOS	31
5 DISCUSSÃO	41
6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	61
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
Anexo 2 – Questionário	63
Anexo 3 – Entrevista transcritas na íntegra	64
Anexo 4 – Categorização inicial das entrevistas	76
Anexo 5 – Reagrupamento das Categorias Iniciais em Principais	82

1 INTRODUÇÃO

A condição socioeconômica de um país determina a forma e o tempo em como se dá a transição demográfica do mesmo, sendo este, um termo que indica as alterações de tamanho e estrutura etária de uma população (CHAIMOWICZ, 2013). Na população mundial, o processo de envelhecimento teve início nos países desenvolvidos, nos quais se adquiriram padrões de vida mais altos, com redução das desigualdades sociais e econômicas e implantação de estratégias para melhoria de acesso à saúde, mesmo antes da população apresentar mudança no padrão etário. Já no Brasil e em outros países da América Latina, nos últimos 50 anos a redução de doenças infectocontagiosas, produto do melhor saneamento ambiental e mudanças no padrão de vida da população, menores níveis de mortalidade e de fecundidade, ocasionaram aumento da população idosa em um ritmo nunca visto anteriormente (LEBRÃO, 2007).

Porém, diferentemente dos países desenvolvidos, o Brasil envelhece sem tal enriquecimento prévio o que favorece o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a perda da dependência e de autonomia (LEBRÃO, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstra que 63% de todas as mortes ocorridas no mundo em 2008 foram decorrentes de DCNT (WHO, 2011). No Brasil, em 1930, 46% das mortes eram atribuídas às doenças infectocontagiosas e em 2003 essa cifra reduziu a aproximadamente 5%. Já a proporção de mortes imputadas às DCNT triplicou nesta mesma variação anual (MALTA et al., 2006) o que representa cerca de 72% de todas as mortes no país (SCHMIDT et al., 2011).

Intensificando a problemática, a proporção de indivíduos considerados muito idosos, aqueles acima de oitenta anos, aumenta progressivamente. Esta faixa

etária é altamente custosa pelo elevado índice de doenças, demências e dependências e interferem no sistema de saúde, na dinâmica familiar, social e econômica. Estima-se que eles, nos próximos 15 anos, 21% dos idosos do Brasil, já que a mortalidade dos idosos jovens decresce constantemente (CHAIMOWICZ, 2013).

Ao mesmo tempo em que ocorre a transição demográfica, surge a transformação do cenário epidemiológico, com mudança nos padrões de ocorrências de patologias. Esta mudança denomina-se transição epidemiológica, que engloba principalmente, três processos: 1. mudança do predomínio de mortes por doenças infectocontagiosas e de causas externas para doenças crônicas não transmissíveis; 2. transferência de maior morbimortalidade dos jovens para os idosos; 3. predomínio de morbidade quando comparado com mortalidade (CHAIMOWICZ, 2013).

A transição epidemiológica gera grande perda econômica, (cerca de 4,18 bilhões de dólares entre 2006 e 2015) (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013) e ressaltam a necessidade de ampliação dos serviços de saúde, maior disponibilidade de medicamentos, custo elevado ao maior número de internações hospitalares e tempo de ocupação do leito (NIGRO; STOPA, 2013).

Em nível individual, o envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de doenças que podem levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 1996).

Géis (2003) afirma que é uma fase de “involução” do organismo que traz consigo diminuição da flexibilidade, força e massa muscular, aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e da gordura corporal, resultando, assim, na

diminuição da capacidade funcional, o que dificulta a realização das atividades da vida diária (AVD's) (ZHONG, 2007; VOLTARELLI et al., 2007), levam à perda de autonomia e independência, podendo ser ainda mais acentuado em indivíduos sedentários (JACOB-FILHO, 2006).

A inatividade física, juntamente com outros fatores comportamentais, associados à estrutura da sociedade capitalista que vivemos, é responsável por cerca de 80% da carga total das principais doenças crônicas (GOULART, 2011). Segundo dados da Vigitel (2013) a população brasileira apresenta 14,9% de inatividade física, com maiores percentuais entre as pessoas com mais de 65 anos e com escolaridade menor que oito anos.

Palma (2000), afirma que diversos outros fatores são capazes de trazer piora às condições de saúde da população, como o padrão da sociedade atual, como estímulo à competitividade, maior receio quanto ao desemprego, insegurança no trabalho, desigualdades sociais, baixa coesão social, aumento da percepção do estresse, diminuição do tempo para cuidar de si próprio, além do destaque para indústria alimentícia de “fast food” e refrigerantes.

A prática regular de exercícios físicos está diretamente ligada à prevenção de doenças e à recuperação e promoção de saúde, demonstrando linearidade entre menor risco de morte prematura por DCNT, como doenças cardiovasculares e diabetes mellitus (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Também contribui para a diminuição do acúmulo de gordura visceral, perda de peso (STERNFELD et al., 2004; VAN SLUIJS et al., 2005), menor prevalência no desenvolvimento de síndrome metabólica (ZHU et al., 2004) e melhora do equilíbrio e diminuição do risco de quedas (MONTEIRO, 2011) com consequente promoção do envelhecimento saudável (MANZINI FILHO et al., 2010), aumento da expectativa de

vida sem comorbidades, envelhecimento independente com qualidade de vida, e redução de estressores psicossociais, podendo amenizar o impacto do envelhecimento acelerado à sociedade e ao sistema de saúde do país (FRANCO et al., 2005; MANINI et al., 2006).

A transição demográfica e epidemiológica, a alta prevalência de inatividade física e hábitos de vida deletérios trouxeram a necessidade de ampliação da visão em saúde. Desde 1994, visando fugir do modelo assistencial hospitalocêntrico, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família como forma de reorientação do modo de produção de saúde, reorganizando a prática assistencial com a inversão da forma de intervenção em saúde, ou seja, não esperar o indivíduo doente chegar ao centro de atendimento, e sim, agir na prevenção da doença tendo maior interação com a comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Associado ao avanço do Programa de Saúde da Família e seu impacto abrangente nos indicadores de saúde, o Ministério da Saúde passou a intitulá-lo de Estratégia de Saúde da Família, enfocando na horizontalidade das ações, e não mais na característica vertical de um simples programa (OLIVEIRA et al., 2011). Pautada no trabalho em equipe multiprofissional, as unidades de saúde da família passariam a atuar com equipe mínima composta por um médico generalista, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários, objetivando a integralidade da ação, para maior proximidade às necessidades das pessoas na Atenção Primária à Saúde (APS), que é considerada a porta de entrada do indivíduo ao SUS, e apresenta grande resolubilidade dos casos encontrados. (ROSA; LABATE, 2005)

Dentre as estratégias de desenvolvimento de ações e serviços oferecidos pela rede básica, objetivando a maior abrangência, foco das ações e ganho de resolubilidade, criou-se em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este conta com profissionais de diversas áreas de conhecimento e apresenta característica de dar suporte às equipes da Estratégia de Saúde da Família e às Equipes de Atenção Básica, estes não se constituem como serviços com unidades físicas próprias, e sim, atuam em demandas identificadas no trabalho conjunto com as demais equipes da atenção primária, realizando discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, dentre outras atividades (BRASIL, 2011).

Nestes núcleos, há a possibilidade de inclusão do profissional de educação física, com o intuito de desenvolver atividade física e práticas corporais. Tal profissional é responsável pela prescrição e estimulação do movimento. Atualmente ocupa papel importante na prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde, abrangendo, principalmente, a melhora da aptidão cardiorrespiratória, metabólica, musculoesquelética, além do estímulo à adoção de hábitos de vida mais saudáveis (GLANER, 2003).

A Política Nacional de Promoção de Saúde, esta aparece como o caminho para se obter as respostas de saúde das comunidades, sendo caracterizada por uma visão multissetorial, ligada a estilos de vida, programas baseados na educação que visa a mudanças de hábitos individuais, como a redução do uso de álcool, tabaco, incremento no nível de atividade física, estratégias para redução e controle do estresse, além de englobar outros tantos seguimentos relacionados à saúde, como aspectos socioeconômicos, culturais, condições de trabalho, segurança, dentre outros. Divergindo, portanto, do conceito de prevenção

de doenças, que é eminentemente relacionado à área médica, com foco no risco de desenvolvimento de doenças e que atua principalmente em grupos restritos (FERRAZ, 1998; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Adotou-se como desafio do biênio de 2006-2007, e é mantida como prioridade até os dias atuais, a criação de espaços prazerosos e adequados para a prática de atividade física, com segurança, arborização e transporte público (MALTA et al., 2009). Com foco na ampliação de espaços propícios para a prática regular de atividade física, surge o programa Academia ao Ar Livre. Tal programa tem intenção de fomentar a cultura do exercício físico nas comunidades, por meio de implantação de equipamentos de ginástica instalados em espaços públicos que contam com acessibilidade, prevendo o combate ao sedentarismo e às doenças crônicas, assim como diminuição do uso de medicamentos e combate a diversos fatores de risco (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar, porém, o risco de usuários sofrerem lesões pelo uso indevido dos equipamentos. Pinheiro e Aguiar (2012) apontam relatos de usuários que demonstraram receio na prática desorientada em ambientes públicos, como as academias ao ar livre. Para que isso não ocorra, há a necessidade de disponibilização constante de um profissional de educação física para realizar orientações, garantindo a correta execução dos movimentos e para que estes sejam feitos com segurança.

Em documento sobre as boas práticas de implantação e gestão de academias ao ar livre, afirma-se que há a possibilidade de parceria entre as academias ao ar livre aos NASF, vinculando a atividade física em espaços públicos e intervenções de saúde nas unidades de atenção primária, assim o quadro de

profissionais voltados para atuação em ambientes como as academias ao ar livre, poderia ser efetivado no sentido de contemplar seus propósitos. (BRASIL, 2013).

Com base nos benefícios da atividade física previamente citados e o foco atual à promoção de saúde, Hiramaya (2006) faz emergir outra problemática, afirmando que muitos dos programas de promoção à saúde implantados focam em demonstrar a importância e benefícios da atividade física, mas que na atualidade há a necessidade de criação de estratégias de superação de barreiras para se ter maior adesão aos programas. Isso se dá principalmente visando a população com mais de 65 anos de idade que apresenta maiores índices de inatividade física (BRASIL, 2013) e índices ainda maiores para aqueles que apresentam alguma comorbidade, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus (CUNHA et al., 2012; ZHAO, 2011).

Adesão do ponto de vista etimológico significa junção, união, provação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Já adesão em saúde pode ser conceituada, segundo Fletcher et al., (1989), como o “grau de seguimento dos pacientes à orientação médica” e relaciona-se à maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta o adoecimento. Botega (2001) cita que quando se pensa em adesão, o foco é no paciente, no uso que faz dos medicamentos prescritos, no seguimento das orientações e restrições indicadas, nas modificações que necessita fazer no estilo de vida para equilibrar sua saúde. Caracteriza-se, portanto, como um processo multifatorial que depende da parceria entre quem cuida e quem é cuidado; tem relação com a frequência, constância e perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Consideram-se, também, fatores relacionados aos profissionais, adotando uma visão centrada no indivíduo e não somente nos procedimentos, potencializando a orientação, informação, adequação

dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Bertolozzi (1998 apud BERTOLOZZI et al., 2009), em estudo pioneiro sobre adesão ao programa de controle da tuberculose, trouxeram à tona que a adesão não depende somente de comportamentos/attitudes do paciente, e sim se relaciona a fatores que estão classificados em três planos:

1. Concepção de saúde-doença apresentada pelo indivíduo: plano que concebe que, dependendo da forma que o paciente enxerga e entende, esse processo fará com que ele se torne mais ativo ou mais passivo com relação ao tratamento;

2. Lugar social ocupado pela pessoa: esse plano abrange o acesso a todos os componentes que integram a vida em sociedade, como moradia, serviços de saúde, alimentação, escolaridade, informação, transporte, lazer, entre outros. Fatores que podem fortalecer ou desgastar o indivíduo no cotidiano da vida e no processo de saúde e doença;

3. Processo de produção da saúde: plano relacionado ao processo de produção de serviços de saúde, forma de organização dos trabalhos.

O mesmo autor afirma ainda que a adesão às práticas de intervenção à saúde se configura como uma necessidade para a consecução da saúde e esta se apresenta com um projeto de vida.

“A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que inclui os processos que levam, ou não, ao desenvolvimento da vida com dignidade.”

Martins (2000) traz a adequação dos estágios que envolvem a aquisição e manutenção de um novo comportamento e os relaciona diretamente com a atividade física. O autor os apresenta em cinco estágios, sendo eles:

1. Pré-contemplação:

Estágio em que o indivíduo apresenta maiores níveis de resistência, ainda não apresenta qualquer intenção de mudar de hábitos, e parece desconhecer os benefícios da prática regular de exercícios físicos e não se atenta para os malefícios do sedentarismo.

2. Contemplação:

O indivíduo já percebe a necessidade de mudar de hábito, fazendo com que se diferencie dos pré-contempladores. Mesmo sem a tomada de ação efetiva, já se tem a percepção da importância da prática de exercícios físicos, porém, as barreiras ainda são sobressalentes em relação aos benefícios.

3. Preparação:

Fase que o indivíduo pretende iniciar a prática de exercícios, ou até já iniciou, porém, são esporádicas. Sinais de insegurança e ansiedade estão presentes e é nesta fase que as intervenções se tornam ainda mais importantes, pela necessidade de fortalecer a relevância dos benefícios da prática e estimular a regularidade.

4. Ação:

Estágio em que é perceptível a mudança de comportamento e do estilo de vida, a modo de serem reconhecidas por terceiros, o indivíduo faz adequações de ambientes e experiências que estavam relacionadas com

os hábitos antigos. Ainda não se tem firmada a prática de atividade física de maneira regular, até que se tenha completado seis meses de implantação.

5. Manutenção:

O indivíduo permanece realizando atividades físicas por no mínimo seis meses, pode apresentar leves recaídas, porém, o retoma em breve.

O estágio consecutivo é denominado estágio terminal, fase em que o indivíduo permanece mais de cinco anos com a prática regular de exercícios e já não apresenta o ímpeto de retornar aos antigos padrões de comportamento, representa o real abandono do sedentarismo.

Com base no exposto, nota-se a grande evolução que o indivíduo deve passar para que abandone comportamentos deletérios e conquiste a adesão à atividade física. Alguns estudos visam identificar os condicionantes da adesão, ou seja, fatores que condicionam os idosos a aderir à prática de atividade física. Cardoso et al. (2008) concluíram em sua pesquisa que o principal fator que influencia na adesão de idosos à prática é a indicação de familiares ou colegas, e os principais motivos de desistência estão relacionados a problemas pessoais, como problemas de saúde, morte de familiares ou de cônjuges, além da inadequação do exercício físico ao perfil do idoso. Já Gomes; Zazá, (2009) apontam que a melhora e manutenção da saúde, maior contato social, prevenção de doenças, aprender novas atividades e melhora da autoestima são os motivos que mais influenciaram idosos a permanecerem em programas de exercícios..

Quando idosos praticantes de atividade física em academia de saúde foram questionados sobre os motivos de ingresso e permanência na prática, tanto idosos de zona urbana quanto rural consideraram a melhora e a manutenção da saúde o principal condicionante (MAZO et al., 2013).

Assunção; Ursine, (2008) em pesquisa sobre fatores que motivam a adesão de idosos diabéticos ao tratamento não farmacológico, incluem como motivação com o tratamento, fazer parte de um grupo e conhecer mais sobre a doença, fatores motivacionais para a continuidade no acompanhamento da doença.

O programa de exercícios físicos estudado nesta pesquisa teve início em 2006, inicialmente conduzido por um educador físico e, posteriormente, assumido por um médico residente em Saúde da Família. Atualmente é liderado por uma técnica de enfermagem e uma agente comunitária de saúde, instruídas por tal médico. O programa é aberto à comunidade geral, porém, a grande maioria dos participantes é de idosos.

A atividade era caracterizada por sessões de 60 minutos, às segundas, quartas e sextas-feiras, no período da manhã, composto por cinco minutos de aquecimento e alongamentos para os principais grupos musculares, seguido de 45 minutos de caminhada, e, finalizando, 10 minutos de alongamento visando à volta à calma.

Como tal programa citado acima, somado a tradição de que idosos apresentam vidas sedentárias, a baixa adesão destes aos programas de exercícios em unidades de saúde (SCHROLL, 2002; KING; KING, 2010; PEREIRA, 2012), trouxe a inquietude em saber - Quais são os condicionantes da adesão ou desistência da população acima de sessenta anos a esses programas de prevenção e promoção à saúde?

2 OBJETIVO

Apreender das experiências dos idosos os condicionantes da adesão e da desistência dos mesmos ao programa de exercício físico orientada na Estratégia de Saúde da Família da unidade de Rubião Junior/Botucatu-SP.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

Pesquisa de cunho qualitativo, que busca respostas referentes à vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos e, também, sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações (MINAYO, 2005). Tende a responder inquietações muito específicas, considerando os valores, crenças, atitudes dos indivíduos, fugindo da operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (protocolo 374/2012).

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi conduzido no distrito de Rubião Júnior do município de Botucatu, que de acordo com a literatura de Botucatu em dados (2008) apresenta população projetada para o ano de 2010 de cerca de 6.239 indivíduos, o que representa aproximadamente 4,98% da população total do município de Botucatu.

Quando analisadas as faixas etárias da população residente em Rubião Júnior, podemos observar aproximadamente 9,6% dos indivíduos são idosos, ou seja, apresentam idade superior a 60 anos (BOTUCATU EM DADOS, 2008).

Esta população conta com a Unidade de Atenção Básica de Estratégia de Saúde da Família de Rubião Junior/Botucatu – SP para os atendimentos de saúde. Tal unidade de saúde tem duas equipes de Saúde da Família que atendem a zona urbana e a rural, com aproximadamente 4 mil e 3 mil usuários, respectivamente.

O quadro de funcionários atual é de nove agentes comunitários de saúde, nove auxiliares de enfermagem, dois dentistas, dois auxiliares de consultório, dois auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais, duas enfermeiras e duas médicas.

Pela proximidade da unidade de saúde com a Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP diversos estudos relatam experiências e projetos relacionados à unidade. Michelin (2008) em investigação sobre o nível de atividade física apresentado por indivíduos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Rubião Junior conclui que há a necessidade de incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, já que os avaliados apresentaram altos percentuais de sobrepeso, obesidade e circunferência abdominal com consequente prejuízo na flexibilidade e força para realização de atividades de vida diárias. Bonard (2009) em pesquisa sobre qualidade alimentar desta mesma população complementa que há alto risco cardíaco e DCNT, assim como, firma a relação entre baixa renda e escolaridade com baixa qualidade alimentar. Assim como diversos outros estudos que envolveram a unidade de Rubião Junior, englobando os componentes da aptidão e o nível de atividade física (MICHELIN; CORRENTE; BURINI, 2011) e associação entre padrão alimentar e os componentes sócio-demográfico dos usuários da unidade (MARSOLA, 2010).

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Estudo realizado com idosos (≥ 60 anos) devidamente cadastrados na unidade sede da pesquisa.

Para composição dos grupos amostrais adotaram-se alguns critérios: para o grupo de adesão (GA) o indivíduo deveria ter permanência no programa de atividade física por pelo menos seis meses consecutivos, (GOMES E ZAZÁ, 2009; FREITAS et al., 2007; NASCIMENTO et al., 2010). Já para o grupo de desistentes (GD), foram inclusos aqueles idosos que participaram de pelo menos uma sessão de treinamento e, em seguida, desistiram.

Os idosos que formaram o grupo adesão foram recrutados durante as sessões de atividade física, de forma aleatória, após as explicações sobre as características da pesquisa e aceitação das condições da mesma.

Já para o GD, ao participar de ao menos uma sessão do programa, desde o início do mesmo, os idosos eram relacionados em uma lista com informações cadastrais. A partir dessa lista, a pesquisadora responsável, com auxílio de uma agente comunitária de saúde da unidade, excluiu os indivíduos com menos de 60 anos e em seguida foi à residência de cada indivíduo, seguindo a ordem da lista, para explicitar as características da pesquisa e convidá-los a participar das entrevistas. Todos que tinham o nome na lista foram visitados; os que aceitaram participar foram entrevistados, compondo o grupo de desistentes.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita exclusivamente pela pesquisadora, no período de janeiro e fevereiro de 2013.

Para a descrição da amostra em relação à situação socioeconômica dos participantes, foi aplicado um formulário contemplando a identificação do paciente, identificação das pessoas residentes em seu domicílio, escolaridade, profissão/ocupação, renda mensal individual de todos os indivíduos do domicílio em salários mínimos/mês, saúde pregressa e atual, medicamentos de uso contínuo e atividade física (Anexo 2).

Para a compreensão das experiências dos idosos que aderiram ou desistiram do programa, após assinatura do TCLE e da aplicação do formulário, foi realizada entrevista não diretiva, audiogravadas com aplicativo SmartRecord para Ipad. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra (Anexo 3) e em seguida os áudios foram apagados.

O fim da coleta se deu na oitava entrevista no GA, e na nona entrevista no GD, seguindo o critério de saturação definido por Glaser & Strauss (1967) como o momento, definido pelo pesquisador, para a suspensão da inclusão de novos participantes, devido à redundância e ausência de informações novas.

As entrevistas foram norteadas pela seguinte questão: “Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e por que continuou (ou não) nas aulas?”

Conforme a técnica de entrevista não diretiva, o informante teve liberdade total, podendo expressar suas opiniões e sentimentos, o entrevistador manteve-se

atento e receptivo a todas as informações significativas. Não houve intervenção por parte do entrevistador desta pesquisa, porém, as entrevistas não diretivas permitem discreta interrogação de conteúdo ou sugestões que estimulem a comunicação verbal sobre determinado assunto, sem induzir respostas, destacando a importância de um ambiente calmo, sem intervenções externas (CHIZZOTTI, 2005; HOFFMAN; OLIVEIRA, 2009).

Para testar a pergunta norteadora e os critérios de análise das entrevistas, foi realizado um estudo piloto antes do início das entrevistas oficiais, com dois indivíduos não pertencentes ao grupo amostral. Nesse piloto, pode-se notar a grande afinidade da questão norteadora com o objetivo do estudo em descobrir os principais fatores que contribuem para a adesão e para a desistência do indivíduo ao programa de atividade física em unidade de saúde.

3.5 Referencial Metodológico

O referencial metodológico adotado foi a análise de conteúdo do tipo temática que, segundo Bardin (2009), são técnicas de análise das comunicações, que permitem a inferência sobre as mensagens analisadas, desde que seja realizada por meio de ações sistemáticas.

Tal referencial metodológico subdivide-se em três partes, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos.

A aplicação do método se deu inicialmente com a pré-análise caracterizada pela leitura repetitiva do conteúdo coletado, um contato exaustivo com o material. Esta fase da análise foi sucedida pela exploração do material, com

recortes de partes dos textos que descreviam exatamente as principais características do conteúdo das entrevistas (unidades de significação).

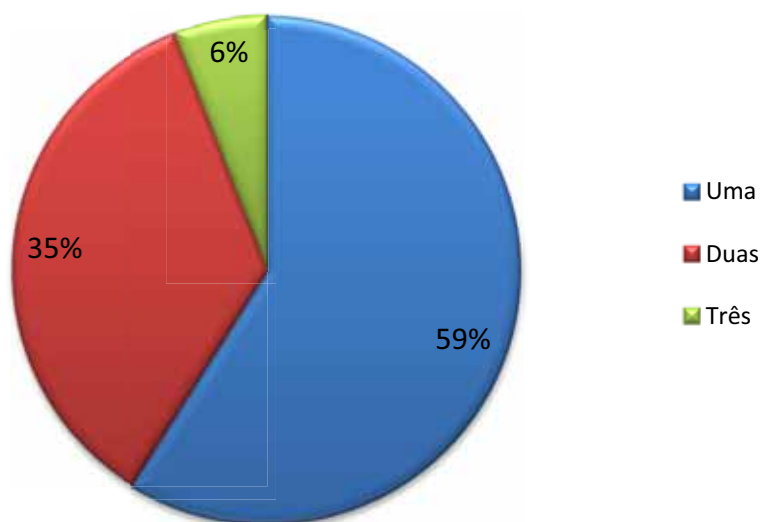
Estas unidades foram diferenciadas inicialmente por cores, de acordo com o conteúdo que o entrevistado estava abordando, tornando possível a formação dos temas iniciais (categorias temáticas), entre os idosos que aderiram e os que desistiram separadamente (Anexo 4). Após a obtenção das categorias temáticas, estas foram reagrupadas excluindo a distinção entre os dois grupos (Anexo 5). Por fim, a etapa denominada tratamento dos resultados, que compreende operações estatísticas simples ou mais complexas por vias quantitativas, ou análise de significados, por meio da linha qualitativa, possibilita inferências e interpretações sobre os dados obtidos (MINAYO, 2007). Nesse estudo adotou-se somente a linha qualitativa, por meio de significados, excluindo as inferências estatísticas.

4 RESULTADOS

Foram entrevistados 17 indivíduos, sendo nove desistentes e oito participantes do programa de atividade física. Após a assinatura do TCLE, os participantes responderam o formulário de caracterização da amostra, que constatou que 82% eram mulheres, com média de idade de $67 \pm 6,17$ anos, 65% eram casados, e 35% viúvos. O grau de escolaridade era de 29% analfabetos, 47% ensino fundamental I, 12% ensino fundamental II, e 12% ensino médio e técnico. Todos os entrevistados moravam em casa própria, com média de $2,65 \pm 1,46$ moradores por casa. Sessenta e cinco por cento eram aposentados e 88% não trabalham mais. A renda do idoso teve média de R\$ 1.093,00 $\pm$ 763,57, com maior salário de R\$ 3.200,00 e o menor de R\$ 250,00. Como principal meio de transporte, 47% utilizam o carro, 41% transporte público, e 12% não dispunham de recursos para meio de transporte (a pé). A média de tempo de permanência no programa para os que aderiram foi de $7,75 \pm 6,32$ anos.

Os aspectos de saúde questionados no formulário evidenciaram que todos os idosos apresentavam pelo menos uma comorbidade, diabetes mellitus (24%), hipertensão arterial (82%) ou hipercolesterolemia (35%). No gráfico 1, observa-se o número de comorbidades relatadas.

Figura 1 – Comorbidades dos idosos entrevistados participantes e desistentes do programa de atividade física na Unidade de Saúde da Família de Rubião Junior, Botucatu/SP, 2013.



De acordo com a tabela 1, obteve-se por meio da análise qualitativa das entrevistas, sete categorias temáticas: 1. Avaliando as sensações decorrentes da prática de exercícios., 2. Percebendo o impacto do exercício físico nas condições de saúde, 3. Seguindo as recomendações de profissionais de saúde, 4. Prioridade de atividades, 5. Dificuldade de cenário, 6. Individualidade biológica, 7. Convívio social. As três primeiras apresentaram subcategorias, representando as vertentes positivas e negativas do tema: 1a-Sentindo-se bem e tendo prazer com a prática de exercícios físicos, 1b-Não se sentindo bem e desgosto na prática de exercícios físicos; 2a-Melhorando as condições de saúde, 2b- Agravando as condições de saúde; 3a-Cumprindo a indicação à prática de exercícios, 3b- Cumprindo a contraindicação à prática de exercícios; e outras quatro apresentaram-se de forma única, ou seja, somente positiva ou somente negativa: 4a- Priorizando outras atribuições, 5a- Sentindo as dificuldades de cenário, 6a- Sentindo a diferença de condicionamento físico, 7a- Convivendo e fazendo amizades.

Por questões éticas, os indivíduos foram identificados por letras e números; a letra “E” para os entrevistados que aderiram ao programa, e “ED” para os entrevistados desistentes, nomenclaturas sempre seguidas por números para possível diferenciação entre eles.

Tabela 1 – Divisões das categorias temáticas e suas subcategorias

Categoria	Subcategoria	Ex: Unidades de Significação
1. Avaliando as sensações decorrentes da prática de exercícios.	1a-Sentindo prazer.	“Sempre depois da caminhada eu me sinto bem” E1 “Eu me sinto bem; o corpo fica mais leve” E4 “Eu gosto, eu caminho porque eu gosto, eu amo fazer caminhada...”E5
	1b-Não se sentindo bem e desgosto.	“Eu não estava me sentindo bem, não andava bem...” ED6 “não gosto de caminhar em grupo, não...” ED7
2. Percebendo o impacto do exercício físico nas condições de saúde.	2a-Melhorando	“Se ficar parado, piora, ... Trava tudo,... doem os ossos, ... parece que fica sem movimento...” E1 “Eu tinha muita dor no joelho e falavam que a caminhada é muito boa, aí eu comecei...” E2 “... e tem controlado bem o colesterol, a glicose, a pressão...” E4 “Eu senti que melhorou minha saúde... ter uma boa velhice... melhor, mais tranquila, sem passar por certos problemas que a gente poderia passar...” E5 “...melhora minha cabeça, minha mente ficam bem...”E2 “...para quem estava com depressão...aí comecei a caminhar... para mim foi um remédio, foi ótimo...” E8
	2b- Agravando	“acabava piorando minha dor nas costas aí parei de ir.” ED7 “meu joelho começa a doer, eu não ando mais.” ED2 “eu andava um pouco e doía muito as costas...” ED6 “E também eu tenho muitas crises de labirintite, aí eu deixei de ir...” ED8

3. Seguindo as recomendações de profissionais de saúde	3a- Cumprindo a indicação à prática de exercícios	“...eu vim fazer uma consulta aqui e eles me encaminharam...” E6 “Na verdade foi o médico que mandou,... pra emagrecer,... também pra melhorar o problema do joelho...” E2
	3b- Cumprindo a contraindicação à prática de exercícios específicos	“médico disse que não posso forçar muito porque já estou com a artrose no grau mais avançado” ED2
4. Prioridade de atividades	4a- Priorizando outras atribuições	“E eu parei também porque eu ficava com a minha mãe, eu cuidava dela” ED2, “É difícil para mim, porque eu trabalho de noite, e é duro acordar cedo,... eu vou um dia, mas não consigo continuar indo sempre” ED3
5. Dificuldades de cenário	5a- Sentindo as dificuldades de cenário	“...da minha casa até o ponto é uma subidona e é cheio de pedras, e incomoda pra andar” E1 “...muitos desanimam por causa disso, porque às vezes não tem todas essas atividades que os outros tem.” E5 “...é muito ruim o pedaço que eles andam; me mata, eu não aguento, tem muita descida e subida, me força muito” ED2
6. Individualidade Biológica	6a- Sentindo a diferença de condicionamento físico	“...tinha que andar bem rápido para acompanhar o pessoal, aí eu parei um pouco...” ED5 “O pessoal já anda bem lá no grupo; eles andam rápido, e é duro de acompanhar...” ED9 “...uns lá para frente e fica uns para trás, fica uma coisa chata...” ED7
7. Convívio Social	7a- Convivendo e fazendo amizades	“Gosto de encontrar minhas amigas, ...as professoras...” E2 “Sempre queria uma companheira para caminhar, porque é ruim ir sozinha, é melhor com o grupo do que só, ... é bom a conversa com a minhas amigas...” E2 “...a gente encontra as colegas... conversa...” E4 “E eu acho que o grupo incentiva...” E5 “E é gostoso também porque enturma com as pessoas...” E6 “grupo é gostoso, ajuda muito, e quanto mais gente tiver, anima mais...” E7 “...você passeia, encontra as amigas.” E8

Por meio da análise das entrevistas, nota-se a associação positiva entre a prática de atividade física com a sensação de bem-estar, prazer na execução da atividade e melhora da disposição e ânimo, conforme discursos abaixo:

E1: "Sempre depois da caminhada eu me sinto bem", **E4:** "Eu me sinto bem, o corpo fica mais leve", **E5:** "Eu gosto, eu caminho porque eu gosto, eu amo fazer caminhada...", **E7:** "...eu sempre gostei de caminhar...", **E5:** "... quanto mais eu caminho, mais disposição eu tenho pra fazer as coisas..." **E5:** "...às vezes eu fico uma semana sem caminhar, parece que dá moleza, quero ficar deitada, e quando eu caminho, eu chego e chego com aquela disposição..."

Porém, alguns entrevistados demonstraram uma visão inversa neste quesito. Alguns relataram a vivência de experiências ruins em relação à prática de exercícios, prevalecendo discursos de entrevistados desistentes, com características negativas de cansaço e desmotivação.

ED6: " Eu não estava me sentindo bem, não andava bem..."; **ED5:** "... me dava uma canseira..."; **ED9:** "...eu ficava muito cansada..."; **ED7:** "não gosto de caminhar em grupo, não..."

O impacto da atividade física nas condições de saúde também é um fator que contribui para a adesão ou para a desistência dos idosos à prática de exercícios regular. Trata-se que a maioria dos entrevistados que teve a percepção de que o exercício melhorou suas condições de saúde aderiu ao programa. Os relatos que afirmam benefícios do exercício à saúde foram redivididos nas seguintes vertentes:

- Atenuação de dores no joelho, coluna, sensação de peso no corpo, cansaço, dificuldade de movimentação:

E1: "Se ficar parado, piora, ... Trava tudo,... doem os ossos, ... parece que fica sem movimento... Quando eu estou indisposta, meio travada, aí eu faço o exercício e me sinto melhor"; **E2:** "Eu tinha muita dor no joelho e falavam que a caminhada é muito boa, aí eu comecei...Começa também a doer a coluna quando eu fico parada...Melhora muito as dores..."; **E3:** "... às vezes tenho dor nas pernas e quando caminha, melhora a dor"; **E6:** "...tenho um problema

na coluna, e doía muito, nem conseguia ficar sentado muito tempo, aí comecei o exercício e tudo,... e agora tô bem melhor”; **E7**: “...vindo para cá eu estava com dor, muita dor assim no osso da bacia... tá vendo, eu já fiz o exercício, eu já corri um pouco, olha, pode ver que já está melhor, quer dizer que a gente sente que melhora...” **E8**: “O dia que eu não venho, parece que dói todo o meu corpo...”.

- Melhoria dos fatores relacionados às DCNT (pressão arterial, glicemia, colesterol, gordura corporal)

E3: “Eu estava com o colesterol alto,... com a caminhada eu já emagreci bastante,... eu acho que foi a caminhada que me ajudou”; **E4**: “... e tem controlado bem o colesterol, a glicose, a pressão...”; **E5**: “...pra mim foi bom porque eu tomava uns três tipos de remédio, e hoje eu já tirei, estou com dois só (hipertensão arterial)”; **ED2**: “E eu preciso porque eu preciso emagrecer, eu sei que é bom para mim porque eu poderia perder todo esse peso que eu estou”; **ED7**: “... a gente conseguia manter o peso...”

- Manutenção e melhoria das condições gerais de saúde

E3: “Pra mim o exercício melhora tudo...sei que melhora muito a saúde.”; **E4**: “...melhora a saúde...”; **E5**: “Eu senti que melhorou minha saúde...eu acho que é bom pro meu corpo, pra minha saúde...”; **E6**: “Eu acho que é bom por causa da saúde da gente...a atividade conserva mais a saúde da gente...”; **E7**: “...faz bem para a saúde...”; **ED3**: “Mas eu sei que é importante, faz bem pra saúde...”; **ED8**: “...é bom porque faz bem pra saúde...”; **ED7**: “O exercício era bom, faz bem para saúde...”; **ED1**: “Eu comecei porque eu sei que faz bem para a saúde...”

- Busca pelo envelhecimento saudável

ED7: “...ficava bem esperto para não cair, precisa ter equilíbrio bom, porque na minha idade cair é muito perigoso”; **E5**: “...ter uma boa velhice, a gente já tem sessenta anos e ter uma velhice melhor, mais tranquila, sem passar por certos problemas que a gente poderia passar...”; **E6**: “E hoje em dia dizem que as pessoas mais velhas estão vivendo mais com o exercício,... pessoa idosa lá com 70, 80, 90, 100 anos andando, correndo, levanta cedo”; **E8**: “...antigamente a pessoa de idade não tinha valor nenhum; agora você vê tem tanta coisa pra gente fazer pra ter uma saúde”

- Benefícios à saúde mental e emocional

E2: “Quando eu não faço o exercício, eu sinto um nervo, fico muito nervosa,... depois que eu caminho, me sinto mais feliz... melhora a minha vida porque eu fico mais tranquila... minha cabeça, minha mente fica bem...”; **E3:** “melhora a cabeça, fico mais calma.”; **E4:** “... é gostoso pra cabeça, esquece os problemas...”; **E8:** “... para quem estava com depressão e nem saía de casa, aí comecei a caminhar... para mim foi um remédio, foi ótimo...”

Há quem não tenha a percepção das melhorias provenientes da atividade física. Estes trouxeram discursos que abordavam a percepção de agravos de saúde decorrentes da prática da atividade física, como a piora de dores nos joelhos, coluna, edemas localizados e dores causadas por varizes, assim como alguns agravos de saúde não relacionados à prática do exercício, como cefaleia, dependência de cônjuge para realização de atividades e patologias diversas. Constataram-se relatos exclusivamente de desistentes.

ED1: “Eu parei de vim porque eu estava perdendo muito peso, eu estava achando que eu estava emagrecendo demais”; **ED2:** “meu joelho começa a doer, eu não ando mais.”; **ED5:** “eu tenho muita dor nas costas quando eu ando,... desanimei de ir por causa também da dor nas costas.”; **ED6:** “meus joelhos ficam enormes e me dá muita dor,... e se eu forço muito, já piora a dor... quanto mais eu ando, mais piora... eu andava um pouco e doía muito as costas.”; **ED7:** “acabava chorando minha dor nas costas; aí parei de ir.”
ED4: “...minha cabeça sempre que acorda está doendo, tem uma dor aqui na frente... tô com a cabeça muito esquecida, não posso mais fazer nada sozinha... tudo agora meu marido tem que me ajudar”;
ED5: “...e também fiquei doente, fiquei com uma gripe muito forte,... depois que eu fiquei doente, desanimei de ir”; **ED9:** “agora, depois de velha, comecei com crise asmática e me dava muita falta de ar.”;
ED8: “E também eu tenho muitas crises de labirintite, aí eu deixei de ir...”; **ED5:** “...estou com um negócio aqui no braço, uma pelota bem preta, e acho que não é bom eu tomar sol em cima, não...”

A recomendação ou proibição da prática de exercícios por parte de profissionais de saúde colabora para a adesão ou para a desistência, ou seja, quando se tem a indicação desses profissionais para a prática, estimula-se a adesão e quando contraindicada, para aquele exercício específico estimula-se a desistência.

E2: “Na verdade foi o médico que mandou,... pra emagrecer,... também pra melhorar o problema do joelho...”; **E3:** “Foi o médico que mandou...”; **E5:** “Eu comecei porque a minha pressão subiu muito, aí a moça que trabalhava no posto, foi lá em casa e pediu pra eu participar do grupo, aí eu gostei, comecei a participar e nunca parei mais...”; **E6:** “...eu vim fazer uma consulta aqui e eles me encaminharam...”

ED2: “médico disse que não posso forçar muito porque já estou com a artrose no grau mais avançado”

A categoria prioridade de atividade (priorizando outras atividades) nos traz somente a vertente negativa, ou seja, fatores que levaram o indivíduo a desistir do programa de exercícios, outros compromissos que inviabilizavam o comparecimento nas aulas, um dos idosos por desempenhar papel de cuidador familiar e outro por atividade laboral noturna.

ED2: “E eu parei também porque eu ficava com a minha mãe, eu cuidava dela, ..., agora eu estou no mesmo dilema com a minha sogra que está morando lá em casa, ... então eu abandonei todas minhas coisas.”; **ED3:** “É difícil para mim, porque eu trabalho de noite, e é duro acordar cedo,... eu vou um dia, mas não consigo continuar indo sempre”.

As percepções envolvendo as dificuldades do cenário envolvido no programa trazem à tona as barreiras à prática da atividade física encontradas pelos entrevistados, com relatos de falta de infraestrutura na comunidade, englobando áreas de asfalto, e dificuldade de acesso ao transporte público, e problemas com a estrutura do próprio programa, como falta de variação do trajeto percorrido nas caminhadas e falta de equipamentos.

E1: “Eu não ando muito longe, porque da minha casa até o ponto é uma subidona e é cheio de pedras, e incomoda pra andar”; **E5:** “Aqui em Rubião não tem uma academia de rua,... a gente merecia mais, tá faltando muita coisa... muitos desanimam por causa disso, porque, às vezes, não têm todas essas atividades que os outros têm.”; **ED2:** “É muito ruim; o pedaço que eles andam me mata, eu não aguento, tem muita descida e subida, me esforça muito”; **E2:** “...enquanto puder, eu pretendo continuar; é que eu moro muito longe...”; **ED7:** “A gente ia bastante, mas é muito longe aqui da minha casa, é muita caminhada para ir e depois para voltar, fica muito cansativo...”; **ED6:**

“muito longe para ir e voltar aqui da minha casa...andava muito... aí machucava mais...”

A ausência de um profissional da área de educação física surge como outro fator que colaborou para maior número de desistências do programa, já que a categoria 6 - Individualidade biológica - (sentindo a diferença de condicionamento físico), categoria exclusivamente negativa, traz à tona a incapacidade do profissional em respeitar as diferenças nas capacidades de realização do exercício, desestimulando e levando à desistência da prática.

ED5: “...tinha que andar bem rápido para acompanhar o pessoal, aí eu parei um pouco...”; **ED9:** “O pessoal já anda bem lá no grupo, eles andam rápido, e é duro de acompanhar...”; **ED7:** “...uns lá para frente e fica uns para trás, fica uma coisa chata...”; **ED6:** “...não conseguia acompanhar o pessoal, porque eles andam muito rápido, aí eu ficava lá atrás, e eu não gostava...”

O convívio social aparece como categoria muito citada entre os entrevistados, com discursos relacionando vivências positivas da prática de exercícios em grupo, estimulando a interação do idoso na comunidade e aumento dos círculos de amizade.

E2: “Gosto de encontrar minhas amigas, ...as professoras...é melhor com o grupo do que só, ... é boa a conversa com a minhas amigas...”; **E4:** “...a gente encontra as colegas... conversa...”; **E5:** “E eu acho que o grupo incentiva...o grupo é maravilhoso, as amigas são maravilhosas, as pessoas, os professores.”; **E6:** “E é gostoso também porque enturma com as pessoas.. o dia que não dá pra vir, eu fico até com saudade do grupo; é muito bom mesmo”; **E7:** “... o pessoal aqui vem, ensina, explica... tem que ter um grupo, tem que vir aqui pra fazer... grupo é gostoso, ajuda muito, e quanto mais gente tiver, anima mais..”; **E7:** “...a gente pega muita amizade com o pessoal, são meninas legais,... professores legais...”; **E8:** “...você passeia, encontra as amigas.”; **ED2:** “ aqui no grupo você faz amigo, tem dia que eu fico muito isolada e aqui me senti acolhida”; **ED4** “Eu até gostava porque fazia bastante amigas, mas não tô querendo mais ir, não.”; **ED9:** “Eu comecei porque eu via todo mundo ir, e é gostoso, né? Bate-papo, distrai um pouco, para não ficar só dentro de casa, fazendo serviço...”; **ED8:** “Eu adorava porque aqui todo mundo é meu amigo; eu conversava bastante...”

Com base no exposto, os condicionantes da adesão e desistência de idosos à prática de atividade física regular em programas de atenção primária à saúde, englobam componentes como os sentimentos ante à prática de exercícios, aspectos relacionados à saúde do indivíduo, recomendações de profissionais da área da saúde, prioridade dada a outras atividades do dia a dia, dificuldades de infraestrutura do programa e do local, diferença de condicionamento entre os participantes e dificuldades de adequação dos exercícios e o convívio social.

5 DISCUSSÃO

Os resultados confirmam o caráter multifatorial que envolve a adesão e a desistência de idosos a um programa de atividade física em unidades de atenção primária à saúde.

Na presente amostra houve o predomínio de indivíduos do sexo feminino. Pereira e Okuma (2009) em estudo do perfil de participantes ingressantes em programas de atividade física voltado para idosos também obteve amostra predominantemente feminina (74%).

A maior procura de mulheres por este tipo de atividade se explica pela maior objeção dos homens aos cuidados referentes à atenção primária da saúde, buscando auxílio em saúde somente quando há presença de doenças já instaladas, tornando-os portanto, menos adeptos a esse tipo de programa (BRASIL, 2008). Acrescido aos aspectos culturais como manter o comportamento de provedor do sustento da casa, ser menos atencioso do que as mulheres em relação aos cuidados preventivos de saúde e viver para trabalhar também contribuem para a pequena procura dos homens aos serviços primários de saúde (ALVES et al., 2011).

Chaimowicz (2013) conceitua um fenômeno denominado feminização do envelhecimento, com a manutenção dos comportamentos masculinos citados acima, enfatizando a falta de cuidados preventivos com a saúde, o número de homens para cada 100 mulheres decresce ao longo dos anos de vida.

As condições socioeconômicas e de escolaridade desfavoráveis evidenciadas na amostra, dos quais 76% apresentaram escolaridade menor que primário e renda média mensal de R\$ 1093,00, são fatores determinantes que

contribuem para o surgimento e maior percepção de barreiras, dificultando a adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis como a atividade física regular (TOLEDO, 2011). Mesmo os programas de atividade física, diretamente estruturados para mudança de hábito e incremento do nível de atividade física para populações com baixa condição socioeconômica, tendem a ser mais ineficazes do que para populações com melhor condição socioeconômica (WITHALL et al., 2011). Os autores expõem ainda a importância da adoção de técnicas para atrair e efetivar a adesão desta faixa populacional, como por exemplo, sessões que englobem baixo custo, acolhimento de crianças, atividades populares, enfoque recreativo, diversão e socialização, horários acessíveis, estratégias especiais de comunicação, já que há grande taxa de analfabetismo ou dificuldade com leitura.

Os elevados percentuais de DCNT relatados pelos entrevistados corroboram com a grande prevalência dessas doenças na atualidade e para tal faixa etária, confirmando a importância e a necessidade da adoção de atividade física regular para a promoção de saúde desses indivíduos. Koike et al. (2008) afirmam que o esforço físico de alta intensidade para pessoas que apresentam fatores de risco ou presença de distúrbios cardiovasculares, pode levar à arritmia cardíaca, isquemia miocárdica e óbito. Portanto, os programas ao serem implantados, visando o atendimento deste tipo de população, devem tomar por base alguns critérios para que se tenha segurança, minimize os riscos e que se obtenha efetividade. Para isso, torna-se indispensável a presença de um profissional que tenha habilidade e conhecimentos específicos sobre os efeitos fisiológicos e os riscos de certos exercícios para cada tipo de doença.

Pesquisas recentes de Mullen et al. (2011) e Dacey et al. (2008) demonstram a importância da sensação de prazer na realização do exercício para

que haja a manutenção da prática em pessoas idosas, corroborando ainda com Manzano; Molina (2012) que afirmam que as mulheres idosas percebem uma melhoria subjetiva de fatores físicos, como a sensação de bem-estar quando realizam exercícios, dados que reforçam os resultados do presente estudo.

Em contrapartida, Hardy; Grogan (2009) observaram aspecto semelhante ao resultado da subcategoria 1b- *Não se sentindo bem e desgosto na prática de exercícios* físicos, onde idosos afirmavam que não realizavam a atividade física por prazer e sim com o objetivo de alcançar determinado resultado. Nascimento et al. (2008) em pesquisa sobre barreiras percebidas por idosos à prática de atividade física demonstraram que 37,2% dos participantes relataram desgosto pela prática de exercícios, onde os idosos com menor nível de atividade física tiveram porcentagem maior de desgosto do que os que praticavam regularmente.

Manzano e Molina (2012) em pesquisa sobre os principais motivos de inscrição, permanência e satisfação em programa de atividade física verificaram que o principal motivo para adesão aos programas de atividade física é a busca pela saúde e que esse é o motivo principal que as mantém em atividade, corroborando nossos achados.

Torres et al. (2013), com uma visão qualitativa sobre os efeitos da prática de caminhada em grupo de idosos obteve, sob a ótica dos entrevistados, que o exercício físico apresentou influência positiva para o controle de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial, diabetes e artroses. Diversos estudos demonstram os benefícios da atividade física em relação ao controle da pressão arterial (RECH et al., 2013; ARAUJO; LIRA, 2013), controle glicêmico (KLUDDING et al., 2010 e PRAET e LOON, 2009), hipercolesterolemia (KELEY; KELEY, 2006) e obesidade (SANTOS, 2012; LOPES; FERREIRA, 2013).

Quando o tema é a busca pelo envelhecimento saudável, a literatura é abrangente e revela a importância da manutenção das condições de saúde para realização das atividades de vida diária, melhoria na disposição para realização das mesmas (BENINI et al., 2011), diminuição do risco de quedas (BARBOSA; OLIVEIRA, 2012), melhora da força muscular de membros superiores e inferiores, contribuindo para manutenção da independência e autonomia (GUIMARÃES et al., 2013). Com o envelhecimento, os transtornos mentais comuns (TMC) surgem com maior frequência; estes compreendem irritabilidade, ansiedade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimentos, queixas somáticas, assim como os agravos em saúde mental, como a depressão.

A atividade física apresenta relação inversa a esses acometimentos, e com incremento do nível de atividade física, a proporção de transtornos mentais diminuem (BORIM et al., 2013), assim como os problemas emocionais (TORRES et al., 2010). Borges et al. (2008) em estudo sobre exercícios físicos, declínio cognitivo e aptidão funcional, relatam que idosos que participaram assiduamente do programa proposto obtiveram melhora dos resultados nos testes cognitivos de rastreio para demências e aptidão funcional, ideia fortalecida por estudo de base populacional de Benedetti et al. (2008), que exhibe associação inversa e estatisticamente significativa entre maior nível de atividade física total e de lazer e menor índice de demência e depressão em idosos.

Nascimento et al. (2008) afirmam que vivenciar más experiências envolvendo atividade física contribui para a não adesão, corroborando com o achado da atual pesquisa, na qual somente os indivíduos desistentes apresentaram tal discurso, observados na subcategoria 2b (Agravando as condições de saúde). Moschny et al. (2011), em estudo sobre principais barreiras à prática de exercícios físicos,

percebidas por idosos alemães, atestam que “agravos de saúde” seria a principal barreira que inviabiliza a prática de exercícios, tornando-os, conseqüentemente, mais sedentários e mantendo a percepção e condição de saúde ruim.

O cumprimento de recomendações de profissionais de saúde, outro achado do nosso estudo, é apresentado por Ribeiro et al. (2012) e Mendes et al. (2011) como um fator decisório para participação ou não no programa, tendo papel fundamental para que haja o envolvimento dos pacientes e, conseqüentemente, o incremento de seus níveis de atividade física, contribuindo para promoção de sua saúde. Matsudo et al. (2001) corrobora e enfatiza a participação, principalmente do médico, para o envolvimento regular na prática de exercícios físicos para pessoas acima de 50 anos.

Para que haja a adesão ao exercício físico, este deve ser colocado como prioridade. Carvalho (2013) sustenta que o trabalho é uma das principais barreiras percebidas quanto à prática de exercícios físicos, os afazeres de casa, o trabalho, o cuidar da família, podem contribuir para a desistência do indivíduo. Esta questão normalmente é relatada como falta de tempo, porém, a literatura questiona o real fundamento desta, pois quando se tem o total convencimento da importância da atividade física e o indivíduo assume-a como prioridade, a adesão ocorre através da organização das demais variáveis, tornando a prática regular possível, ou seja, talvez os participantes que relataram ter outras atribuições, necessitem de maior esclarecimento acerca da importância da atividade física para promoção de sua saúde, ou até mesmo, possuam uma baixa habilidade na administração de seu tempo ou a utilizem como uma desculpa para a falta de motivação (NASCIMENTO et al., 2010).

A infraestrutura, equipamentos e facilidades de acesso aos locais de prática de atividade física aparecem em nossos resultados como facilitadores da adesão de idosos ao programa de exercícios. Freitas et al. (2007), em pesquisa sobre os aspectos que influenciam idosos a participarem e manterem os exercícios físicos, por graduação de importância, (sem importância, pouco importante, importante e importantíssimo), ter acesso fácil ao local, obteve resultado de maior graduação em 50% da amostra.

Ainda sobre a importância da infraestrutura, “*Walkability*” é um termo atual e crescente na literatura científica para designar o grau em que o ambiente construído facilita ou dificulta o caminhar para as atividades de vida diária, ou seja, o quão propício o ambiente é para caminhada e realização das atividades do dia a dia. Está diretamente relacionado a mudanças no padrão comportamental das pessoas e condições de saúde (ANDREWS et al., 2012). O contexto ambiental em que o idoso está incluso está relacionado com menor deficiência funcional e inatividade física, portanto, bairros que possibilitam o transporte ativo e segurança colaboram para o incremento no nível de atividade física do idoso (KING et al., 2011). Sallis et al (2009), em estudo sobre aspectos de saúde relacionados ao ambiente de moradia, asseguram que ocorre maior adesão à prática de exercícios, diminuição de peso em vizinhanças que apresentam melhor *walkability*.

A literatura, a presença de estruturas públicas ou privadas como igrejas, praças, academias e unidades de saúde, aumentam as chances de o idoso realizar algum tipo de atividade física (SALVADOR et al., 2009).

A escassez de materiais pôde ser observada. No presente estudo, o único instrumento que o professor disponibilizava eram alguns colchonetes, que, muitas vezes, não supria o número de participantes da sessão. Fica evidente que com

maior gama de instrumentos, que muitas vezes podem ser adaptados e ter baixo custo, como garrafas plásticas com água, bastões (cabo de vassoura), cordas, cones, bolas de meia, borrachas cirúrgicas, bolas de borracha, pode-se ter maior variação dos exercícios e motivar os participantes (KOKUBUN et al., 2007).

Mas para elaboração e a utilização de novos materiais e prescrição de exercícios variados é prioritária a presença de profissional capacitado. A individualidade biológica é um princípio importante na educação física, que visa a adequação do exercício de acordo com o perfil e a capacidade de realização de cada indivíduo, facilitando sua adesão. Portanto, a inclusão desse profissional nos programas, é a estratégia inicial a ser adotada.

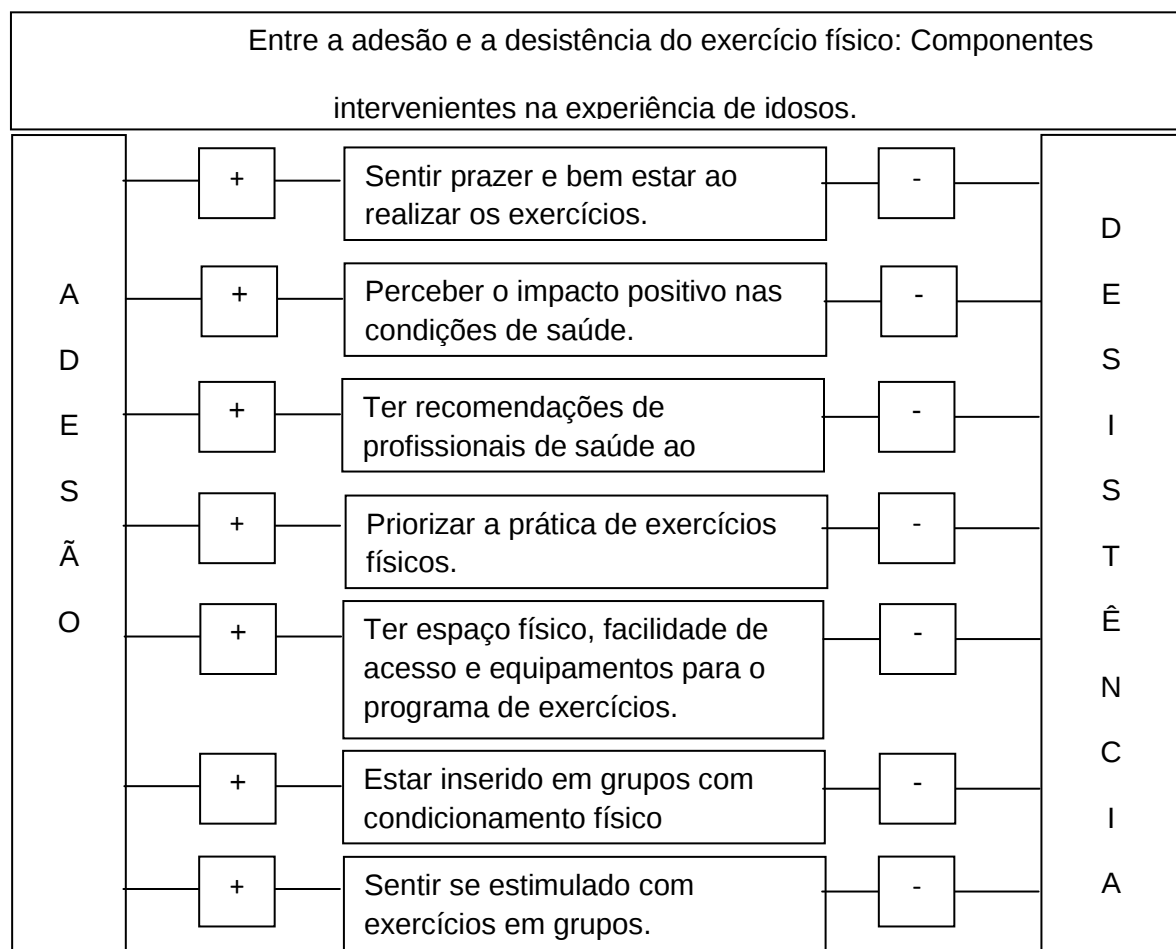
Por fim, os entrevistados trouxeram à tona o aspecto social que o exercício físico envolve. O isolamento social do idoso está relacionado à visão capitalista da sociedade atual que valoriza a produtividade do indivíduo, sendo a aposentadoria o marco do distanciamento do indivíduo da produtividade. Somado ao fato de que depositamos no trabalho nossas aspirações pessoais e expectativas, perde-se então a referência de qual papel está se desempenhando na sociedade, estimulando a sensação de inutilidade, marginalização e distanciamento social (MENDES et al., 2005).

Benedetti et al. (2012), em estudo comparativo entre idosas participantes e não participantes de grupos de convivência, conclui que a inclusão destas em ambientes de convivência social melhora a percepção de saúde, porém, o nível de atividade física não demonstrou diferença significativa. Já Domingues e Neri (2009) se opõem a estes achados, citando diversos estudos longitudinais, transversais e de intervenção que demonstram a melhora de queixas somáticas, depressão e melhor percepção de saúde em indivíduos com maiores níveis de atividade física do que

somente os inclusos em grupos de convivência. Portanto, os indivíduos que estão inclusos em programas de atividade física em grupo se beneficiam duplamente, englobando os aspectos positivos da convivência, acrescido dos benefícios do exercício físico.

6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Este estudo revelou que a adesão e a desistência de idosos ao programa de exercícios físicos estão associadas a uma série de eventos multifatoriais que englobam aspectos físicos, mentais, emocionais, sociais e estruturais.



Enfatizam-se como fatores facilitadores da adesão à prática: a sensação prazerosa com a realização do exercício, melhoria das condições de saúde, cumprimento de recomendações de profissionais da área de saúde e convívio social. Como fatores que estimulam a desistência, foi observado o desgosto em realizar exercícios, piora da condição de saúde, cumprimento de contraindicação de profissionais de saúde, priorizar outras atividades do dia a dia, percepção negativa

das condições de infraestrutura relacionadas ao programa de exercícios e diferença de condicionamento entre os participantes.

Ficou evidente nos discursos a relação da desistência com a falta de adequação dos exercícios propostos ao perfil do idoso interessado, portanto, surgem sugestões para minimizar as desistências e exaltar a prática regular de atividade física desta amostra.

- ✓ Inclusão de profissional capacitado para melhor adaptação dos exercícios e do tipo de atividades propostas, além da diminuição das disparidades de condicionamento físico entre os participantes, prevenção de agravos de dores e patologias;
- ✓ Melhorias nas condições de acesso ao local das aulas, assim como aquisição de equipamentos de baixo custo para maximizar as variações de exercícios e possibilitar o incremento de cargas, motivando os participantes;
- ✓ Estratégias de educação em saúde, com disseminação de informações referentes à importância da prática regular de atividade física para promoção da saúde, combate às patologias, informações sobre alimentação saudável para maior convencimento dos indivíduos e, consequentemente, estímulo à adoção de hábitos saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: O cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n.3, p. 152-166, 2011.
- ANDREWS, G. J. et al. Moving beyond walkability: On the potential of health geography. **Social Science & Medicine**, v. 75, p.1925-1932, 2012.
- ARAÚJO, M. V. G. G.; LIRA, F. A. S. Atividade física na redução da hipertensão arterial em idosos na unidade de saúde da família. **REBES**, v. 3, n. 4 p. 1-10, 2013.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, v. 13, n. 2, p.2189-2197, 2008.
- BARBOSA, A. M; OLIVEIRA, C. L. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 57-70, 2012.
- BARCELOS-FERREIRA, R. et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*. v. 22, n. 5, p. 712–726, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977. p. 226.
- BENINI, A. L. et al.Caminho da saúde.**Revista Contexto e Saúde**, v.10, n.20, p. 783-8, 2011.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, v.42, n. 2, p.302-7, 2008.
- BENEDETTI, T. R. B; MAZO, G. Z; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1326-30, 2009.
- BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BOTUCATU EM DADOS: 2008/ [Luana Carandina e Margareth A. Santini de Almeida, coordenadores]. – Botucatu: FMB- UNESP: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2009.

BORGES, L. J; BENEDETTI, T. P. B; MAZO, G. Z. Exercício físico, déficits cognitivos e aptidão funcional de idosos usuários dos centros de saúde de Florianópolis. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.13, n.3, 2008.

BORIM, F. S. A; BARROS, M. B. A; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.7, p.1415-1426, 2013.

BRASIL. Governo do Estado de Minas Gerais. **Boas Práticas de implantação e gestão de academias ao ar livre**, 2013. Disponível em: <http://www.esportes.mg.gov.br/images/stories/institucional/praticas_academia_ar_li_vre.pdf>. Acesso em: dia28 mai.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: dia 25 jan.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: dia 28 mai. 2014.

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

CARVALHO, M. P. et al. O envelhecimento e seus fatores de risco associados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 265-271, 2011.

CARVALHO, M. F. **Estratégias comportamentais para a manutenção da prática de atividade física a longo prazo**. 2013. 67 p. Dissertação de mestrado (Mestre em exercício e saúde)- Faculdade De Motricidade Humana, Universidade Técnica De Lisboa, [S.l.],2013. Disponível em:<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6021/1/TESE%20_%20corre%C3%A7%C3%A3o_%20MarcelaCarvalho_DA_final.pdf>. Link. Acesso em: 08 abr. 2014.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. 170p. Disponível em:<<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CUNHA, P. R. M. S et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Rev Pesq Saúde**, v.13, n.3, p. 11-16,2012.

DACEY, M.; BALTZELL, A.; ZAICHKOWSKY, L. Older adults intrinsic and extrinsic motivation toward physical activities. **Am. J. Health Behav.**, v. 32, n. 6, p. 570-582, 2008.

DOMINGUES, P. C; NERI, A. L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**,v. 14, n.3, 2009.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**, Rio de Janeiro n.2, p.49-60, 1998.

FERRI, C.P. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **The lancet**, v. 366, 2005.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. **Epidemiologia clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FRANCO, O. H. et al. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. **Arch. Intern. Med.**, v. 165, p. 2355-2360, 2005.

FREITAS, C. M. S. M. et al. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e a manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho. Hum.**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

FREITAS, M. C; QUEIROZ, T. A; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n. 2, p. 407-12, 2010.

GEIS, P. P. **Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GLANER, M. F. Importância da aptidão física relacionada à saúde. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho. Hum.**, v. 5, n. 2, p. 75-85, 2003.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967. Disponível em: <http://faculty.babson.edu/krollag/org_site/craft_articles/glaser_strauss.html>. Acesso em: dia 25 mai. 2013.

GOMES, K. V.; ZAZÁ, D. C. Motivos de adesão à prática de atividade física em idosos. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 14, n. 2, p.132-138, 2009.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: dia 03 jun. 2014.

GUIMARÃES, A. V. et al. Estudo longitudinal da força em idosos praticantes de atividade física com 70 anos e mais. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 77 - 88, 2013.

HARDY, S; GROGAN, S. Preventing Disability through Exercise: Investigating Older Adults' Influences and Motivations to Engage in Physical Activity. **J Health Psychol**, v. 14, 2009.

HIRAYAMA, M. S. **Atividade física e doença de Parkinson**: mudança de comportamento, auto-eficácia e barreiras percebidas. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2006.

HOFFMANN, M. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 6, p. 923-927, 2009.

JACOB FILHO, W. et al. **Atividade física e envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KELLEY, G. A.; KELLEY, K. S. Aerobic exercise and lipids and lipoproteins in men: a metaanalysis of randomized controlled trials. **J. Mens Health Gend.**, v. 3, n. 1, p. 61-70, 2006.

KING, A. C; KING, D. K. Physical Activity for an Aging Population. **Public Health Reviews**, v.32, n. 2, p.401-426, 2010.

KING, A.C. et al. Aging in neighborhoods differing in walkability and income: Associations with physical activity and obesity in older adults. **Social Science & Medicine**. n.73, p.1525-1533, 2011.

KOIKE, D. C. et al. Avaliação de fatores de risco cardiovascular em praticantes de atividade física não orientada. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 7, n. 3, 2008.

KOKUBUN, E. et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/805/814>>. Acesso em: dia 04. Abr 2014.

KLUDING, P. M. et al. Feasibility and effectiveness of a pilot health promotion program for adults with type 2 diabetes. **Diabetes Educ.**, v. 36, n. 4, p. 595-602, 2010.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Colet.**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LOPES, J. M.; FERREIRA, E. A. A. P. A atividade física no combate e na prevenção à obesidade: A busca pela melhoria da qualidade de vida. **REBES**, v. 3, n. 4 p. 1-10, 2013.

MALTA, D. C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, p. 47-64, 2006.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MALTA, D. C. SILVA JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MANINI, T. M. et al. Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. **JAMA**, v. 296, p. 171-179, 2006.

MANZANO, A. B; MOLINA, S. F. Motivos de inscripción, permanencia y satisfacción en un programa de actividad física de mantenimiento para mujeres mayores. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 12, n. 1, p. 79-92, 2012. Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/162651-600071-1-PB.pdf> . Acesso em: dia 03. Mar. 2014.

MANZINI FILHO, M. L. et al. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 97-106. 2010.

MARTINS, M. O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários**. 2000. 172 p. (Tese de mestrado no âmbito do curso de Educação Física) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3955/3357>> . Acesso em: dia 05 de junho de 2014.

MARSOLA, F. C. **Associação dos padrões alimentares com variáveis sócio-demográficas e componentes da síndrome metabólica de adultos de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (Rubião Junior, Botucatu)**. 2010. 59 p. Dissertação de mestrado (Mestre em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu/SP, 2010. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp130562.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2014.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, v.7, n.1, 2001.

MAZZEO, R. S. et al. Exercise and physical activity for older adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 30, p. 300-305, 1998.

MAZO, C. Z et al. Academias da saúde de Florianópolis: diferenças regionais na percepção dos idosos quanto aos serviços prestados, motivos de ingresso e permanência e nível de atividade física. **Arq. Catarin. Med.** v. 42, n. 1, p. 56-62, 2013.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, v.18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MENDES, R; SOUSA, N; BARATA, J. L. T. Atividade física e saúde pública: Recomendações para a prescrição de exercício. **Acta Med Port**, v.24, n.6, p.1025-1030, 2011.

MICHELIN, E. **Diagnóstico do nível de atividade física de adultos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Rubião Júnior, Botucatu-SP**. 2008. 93 p. Dissertação de mestrado (Mestre em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu/SP, 2008. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2008/michelin_e_me_botfm.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

MICHELIN, E; CORRENTE, J. E; BURINI, R. C. Fatores associados aos componentes de aptidão e nível de atividade física de usuários da Estratégia de Saúde da Família, Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n. 4, p.471-480, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, A. M. B. **Efeitos de diferentes programas de treino sobre a aptidão funcional e composição corporal de mulheres idosas**. 2011. 186 p. (Tese doutorado no âmbito do curso de Doutoramento em Actividade Física e Saúde)- Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto, 2011. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9162/1/TESE%20FINAL%20MIGUEL.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2014.

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

MULLEN, S. P. et al. Measuring enjoyment of physical activity in older adults: invariance of the physical activity enjoyment scale (paces) across groups and time. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Activ.**, v. 8, n. 103, p.01-09, 2011.

NASCIMENTO, C. M. C. et al. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **Rev. Educ. Fís.**, v.19, n. 1, p. 109-118, 2008.

NASCIMENTO, M. C. et al. O desafio da adesão aos exercícios físicos em grupos de idosos em Palmitos/SC: motivos para a prática e para desistência. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 140-144, 2010.

NIGRO, E. L; STOPA, S. R. O envelhecimento e a saúde mental na saúde pública no Brasil. **Revista portal de Divulgação**, v 36, 2013.

OLIVEIRA, M. M. et al. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. **Journal of nursing and health / revista de enfermagem e saúde (JONAH / REnS)**, Pelotas (RS), v. 1, n.1, p. 14-23, 2011.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Rev. paul. Educ. Fís.** v.14, n. 1, p. 97-106, 2000.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAZ, A. **Características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associada à rehospitalização**.. 2004. 138 p.Dissertação de mestrado (Mestre em enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em :<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4646/000458473.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 maio 2014.

PEREIRA, E. M. F. **Proposta para enfrentamento da baixa adesão dos idosos nos grupos de atividades físicas na região do Taquaril**. 2012. (Trabalho de conclusão de curso de especialização) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

PEREIRA, J. R. P; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.23, n.4, p.319-34, 2009.

PINHEIRO, J. B; AGUIAR, E. S.S. **Políticas públicas voltadas a academia ao ar livre: o espaço saúde e lazer no município de Belém do Pará**. Disponível em:<http://paginas.uepa.br/ccbs/edfísica/files/2012.1/JOAO_PINHEIRO.pdf>. Acesso em: dia 05 de maio 2014

PRAET, S. F. E.; LOON, L. J. C. V. Exercise therapy in Type 2 diabetes. **Acta Diabetol.**, v. 46, p. 263-278, 2009.

RIBEIRO, J. A. B. et al. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis**, v. 34, n. 4, p. 969-984, 2012.

RECH, V. et al. Pressão arterial após atividades físicas orientadas em idosos hipertensos. **Saúde Pesquisa.**, v. 6, n. 1, p. 75-83, 2013.

ROSA, W. A.G; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.6, p, 1027-34, 2005.

SALLIS, J. F. et al. Neighborhood built environment and income: Examining multiple health outcomes. **Social Science & Medicine**, v 68, p. 1285–1293, 2009.

SALVADOR, E. P. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p.972-80, 2009.

SANTOS, R. H. **Efeito do programa de atividade física do conviver nos níveis de obesidade dos idosos participantes**. 2012. 59 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso - Graduação em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Coromandel, MG, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1949-1961, 2011.

SCHROLL, M. Physical activity in an ageing population. *Scand J Med Sci Sports*, v.13, p. 63-69, 2003.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, v.15, n.1, p.155-168, 2008

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

STERNFELD, B. et al. Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: Findings from the Study of Women’s Health Across the Nation. **Am. J. Epidemiol.**, v.160, p. 912-922, 2004.

TOLEDO, Mariana Tâmara Teixeira. **Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde mediante aconselhamento**. 2011. 113 p. Dissertação de mestrado (Título de Mestre em Saúde e Enfermagem)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8Q9NJQ/mariana_t_mara_teixeira_toledo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 maio 2014.

TORRES, A. G. Efeitos da prática de caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013.

VAN-SLUIJS, E. M. F. et al. Effect of a tailored physical activity intervention delivered in general practice settings: results of a randomized controlled trial. **Am. J. Public Health**, v. 95, p. 1825-1831, 2005.

VOLTARELLI, F. A; MELLO, M. A. R; DUARTE, J. A. R. Apoptose e sarcopenia do músculo esquelético no envelhecimento. **Motriz**, v. 13, n. 2, p. 137-144, 2007.

WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. D. Health benefits of physical activity: the evidence. **Can. Med. Assoc.**, v. 174, n. 6, p. 801-809, 2006.

WITHALL, J; JAGO, R; FOX, K. R. Why some do but most don’t. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. **BMC Public Health**, v. 11, 2011.

WHO: Non communicable disease country profiles 2011. France: **World Health Organization**; 2011.

ZHAO, G. et al. Physical Activity in U.S. Older Adults with Diabetes Mellitus:

Prevalence and Correlates of Meeting Physical Activity Recommendations. **JAGS**, n. 59, p.132–137, 2011

ZHONG, S.; CHEN, C. N.; THOMPSON, L. V. Sarcopenia of ageing: functional, structural and biochemical alterations. **Rev. Bras. Fisioter.**, v.11, p. 91-97, 2007.

ZHU, S. et al. Lifestyle behaviors associated with lower risk of having the Metabolic Syndrome. **Metabolism**, v. 53, p.1503-1511, 2004.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Estadual Paulista – UNESP



Campus de Botucatu

Faculdade de Medicina

Rubião Júnior - Botucatu - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 6802-6260 / 6802-6089 - FAX: (14) 6821-5965 - CAIXA POSTAL: 540

Comitê de ética de pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ estou sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “Adesão de idosos a um Programa de Atividade Física em Unidade de Atenção Primária à Saúde”, realizado sob a responsabilidade da Educadora Física Maira Cury Monteiro (CREF-076929-G/SP), com a supervisão da Prof^a. Dr^a. Tânia Ruiz. O objetivo do estudo é: conhecer os fatores que influenciam na adesão da população de 60 anos e mais inclusos em um programa de atividade física orientada na Estratégia de Saúde da Família.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder ao questionário proposto pelo pesquisador, que terá aproximadamente 20 minutos, e participar de uma entrevista gravada que, após sua utilização, será apagada. Mesmo

não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente estarei contribuindo para a compreensão dos fatores estudados e para a produção de conhecimento científico.

Na publicação dos resultados dessa pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. A participação nesse estudo é voluntária, não me causará dano algum e tenho absoluta liberdade de retirar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido sem que me cause qualquer prejuízo.

Receberei uma cópia deste termo, e é assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Caso haja dúvidas adicionais, estas poderão ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa, através do telefone 3880-1608/1609.

Participante da pesquisa

Maira Cury Monteiro

Botucatu, _____ de _____ de 2013

Maira Cury Monteiro

Tania Ruiz CRM/SP 24972

Rua Paraguai, 4-15

Rua: Reverendo Francisco Lotufo

Fone: 014 8214-2222

Fone: 014 38823309

E-mail: mairacm@hotmail.com

E-mail: truiz@fmb.unesp.br

CEP: 17054-160, Bauru – SP

CEP 18606-810, Botucatu – SP

Anexo 2 – Questionário**Questionário**

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

Estado civil:

() Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado, desquitado, separado

Anos de Escolaridade: _____ anos

Mora em casa: Própria () Alugada ()

Profissão/Ocupação _____

Renda Mensal : _____ reais

Quantas pessoas moram com você? ____ Homens () Mulheres ()

Idades: _____ anos

Profissão/Ocupação das demais pessoas do lar: _____

Renda mensal das demais pessoas do lar: _____

_____ reais

Qual meio de transporte faz uso? Carro - você dirige (), Carro - outra pessoa dirige (), Ônibus (), Bicicleta (), outro _____

Pratica atividade física regularmente? Sim () Não ()

Se sim, há quanto tempo? _____

Tem alguma comorbidade (doença)? _____

Faz uso de algum medicamento? _____

Passou por alguma cirurgia recentemente (últimos 3 meses)? _____

Anexo 3 – Entrevista transcritas na íntegra

Entrevistas transcritas na íntegra.

Entrevistada 1

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Já tem sete anos, eu estava indo bem, mas quebrei a perna indo fazer um curso de computação na UNESP, escorreguei e quebrei a perna, e fiquei 3 meses em casa sem movimento. E aí diminuiu a vontade de sair, porque antes eu tinha muita coragem de sair, viu?!

Passou um tempo e eu voltei a fazer as caminhadas de novo, e tornei a quebrar perna outra vez, aí que me amoleceu de vez.

Mas eu caminho mesmo porque se ficar parado piora, trava tudo *né*, aí enferruja tudo, dói os ossos, e sempre depois da caminhada eu me sinto bem, porque quando eu estou indisposta meio travada aí eu faço o exercício e me sinto melhor, fico mais disposta, mais animada, as meninas me chamam pra ir passear e eu vou, mas quando eu fico muito parada aí desanima.

Eu não ando muito longe, porque da minha casa até o ponto é uma subidona e é cheio de pedras, e incomoda pra andar, mas é bom porque se eu ficar parada as juntas parece ficar tudo travada, parece que fica sem movimento, nem que seja um pedacinho tem que andar, e quando as meninas me chamam pra passear que tenho que andar bastante, eu me sinto muito bem.

Eu só sei que essa caminhada faz bem pra saúde, muito bem pra saúde, seria bom se tivesse aquelas coisas que agente malhasse aí que ia melhorar muito, aqueles aparelhos movimenta muito agente, e aí agente pega o pique melhor, mas como não tem agente vai do jeito que dá, *né*.

Entrevistada 2**Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?**

Na verdade foi o médico que mandou, eles falavam que eu estava bem gorda e que tinha que fazer caminhada e alongamento pra emagrecer, também pra melhorar o problema do joelho, que eu tinha muita dor no joelho e falavam que a caminhada é muito bom, aí eu comecei.

Eu continuo até hoje porque eu acho que é bom mesmo, porque se eu ficar parada, eu me sinto mal parada, e se eu pudesse eu vinha todo dia, quando eu não faço o exercício eu sinto um nervo, fico muito nervosa, e começa também a doer a coluna quando eu fico parada, e eu gosto muito de caminhar. E depois que eu caminho, eu me sinto mais feliz, gosto de encontrar minhas amigas, gosto de fazer os exercícios os alongamentos, as professoras, eu gosto de tudo.

Melhora muito as dores, melhora a minha vida porque eu fico mais tranquila, e enquanto eu puder eu pretendo continuar, é que eu moro muito longe, mas mesmo eu morando meio longe eu venho sempre. Porque sempre eu queria uma companheira para caminhar, porque é ruim ir sozinha, é melhor com o grupo do que só. melhora minha cabeça, minha mente fica bem, é bom a conversa com a minhas amigas aqui, até porque as vezes a nossa família deixa a gente nervosa né.

Entrevistada 3**Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?**

Foi o médico que mandou, a Dra. Maria, porque ela disse que eu estava com o colesterol alto, e eu pesava cinquenta e um quilos antes, e com a caminhada eu já emagreci bastante, estou com 47quilos, varia um pouco fico em 47, 48 quilos, e os médicos dizem que não querem que eu engorde mais, e eu acho que foi a caminhada que me ajudou.

E continuo até hoje porque eu gostei, e é bom, e chega o dia que tem que vim pra caminhada é muito bom, pra mim o exercício melhora tudo, melhora a cabeça, fico mais calma, fico mais animada,

melhora tudo, às vezes tenho dor nas pernas e quando caminha melhora a dor, e o que eu vejo que os médicos falam na televisão, eu não entendo muito; o que é mais sei que melhora muito a saúde.

Entrevistada 4

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu me sinto bem, o corpo fica mais leve, e tem controlado bem o colesterol a glicose, a pressão, já está tudo controlado. Quando eu fui ao médico, agora no final do ano, fiz todos os exames e a médica disse que está tudo controlado.

Acho que o exercício melhora muita coisa, a caminhada é boa, o exercício é bom, a gente encontra as colegas, distrai a cabeça, conversa, eu acho muito bom.

Eu sinto dor, é gostoso pra cabeça, esquece os problemas, mas eu sinto dor nas pernas, mas se eu caminho dói se não caminho dói do mesmo jeito então eu venho, melhora a saúde. Eu já fique um tempo sem poder nem andar, então eu não exagero, quando dá umas voltas maiores eu fico com medo de doer muito o joelho, mas eu estou tentando.

Entrevistada 5

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu comecei porque a minha pressão subiu muito, eu tive muita alteração de pressão, aí a moça que trabalhava no posto foi lá em casa e me pediu pra eu participar do grupo lá do centro comunitário, aí eu gostei, comecei a participar e nunca parei mais; pra mim foi bom porque eu tomava uns 3 tipos de remédio, e hoje eu já tirei, estou com dois só.

Eu gosto, eu caminho porque eu gosto, eu amo fazer caminhada, quando eu não faço eu me sinto mal, aí eu tenho que voltar a fazer que aí eu me sinto melhor, quanto mais eu caminho mais disposição eu tenho pra fazer as coisas. Eu senti que melhorou minha saúde, me sinto bem pra

trabalhar, eu não posso reclamar porque eu nunca tive dor, mas é desempenho, que nem as vezes eu fico uma semana sem caminhar, parece que dá moleza, quer ficar deitada, e quando eu caminho não, eu chego, e chego com aquela disposição, e eu quero fazer bastante coisa, e eu faço o dia inteiro e não me sinto cansada, não sinto nada. E eu corro, me sinto muito bem.

E olha que eu participo de dois grupos, lá do centro comunitário com o Leonel, o grupo lá é muito gostoso, eu amo a turma de lá, eu amo a turma daqui, não tenho nada o que falar deles, o grupo é maravilhoso, as amigas são maravilhosas, as pessoas, os professores, já passei por vários professores e não tenho que reclamar de nenhum. E eu acho que o grupo incentiva, mas acho que agente merecia, que nem aqui em Rubião não tem uma academia de rua, acho que pela turma que tem tanta vontade, agente merecia mais alguma coisa aqui em Rubião, ta faltando muita coisa, porque quando as pessoas entram no grupo, entram com aquela vontade, mas muitos desanimam por causa disso, por que as vezes não tem todas essas atividades que os outros tem.

E eu continuo fazendo a atividade porque eu acho que é bom pro meu corpo, pra minha saúde, ter uma boa velhice, que agente já tem sessenta anos e ter uma velhice melhor, mais tranquila, sem passar por certos problemas que a gente poderia passar, eu participo pela minha saúde mesmo, porque mesmo se eu não venho no grupo eu procuro fazer atividade, porque eu acho que é muito bom pra saúde.

Entrevistada 6

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu acho que é bom por causa da saúde da gente né, porque a gente conforme vai chegando essa idade, não só nessa idade, porque eu comecei desde cedo, eu acho que eu precisava fazer a educação física, eu vim fazer uma consulta aqui e eles me encaminharam, mas antes de eu entrar aqui no posto, eu fazia lá no centro comunitário, eu já fazia, eu caminhava, e como eu já fazia a caminhadona grande, e achei melhor fazer exercício para eu me preparar. E hoje em dia dizem que as pessoas mais velhas estão vivendo mais com o exercício, como eu vejo entrevista, pessoa idosa

lá com 70, 80, 90, 100 anos andando correndo, levanta cedo e tal... Eu falei, também vou começar a fazer exercício, aí eu comecei a fazer o exercício. E é gostoso também porque enturma com as pessoas; eu fazia terapia, porque tenho um problema na coluna, no cóccix, porque eu caí quando era pequeno, e doía muito nem conseguia ficar sentado muito tempo, aí comecei o exercício e tudo, e agora to bem melhor.

E eu continuo porque eu consigo passar os dias mais disposto, porque quando você não faz exercício físico, nossa dá um desanimo, vou te contar, e você só quer ficar deitado, aí eu já corro, tenho uma esteira lá em casa, eu corro ou faço caminhada na esteira e tem um aparelhinho que mede a batida do coração, então eu uso, aí se fica muito alta eu dou uma parada descanso e volto, e quando chove eu também faço alongamento, e faço na esteira, e quando tem o exercício aqui e venho a pé pela estrada aqui, vou até lá no fundão, depois eu vou lá para aqueles lados da marechal Rondon, aí eu volto, e sempre que eu preciso esperar o ônibus, não espero não, odeio esperar ônibus aí eu já vou à pé pros lugares mesmo.

E a atividade conserva mais a saúde da gente, e o dia que não dá pra vir eu fico até com saudade do grupo, é muito bom mesmo.

Entrevistada 7

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu comecei porque sempre tinha alguém me convidando, “Ah... está tendo atividade física lá... você não vai? Vamos... precisa de gente, porque se não tiver, pára o grupo”, então sempre um puxando o outro, “Vamos lá, porque quanto mais gente tiver vem outro professor”, e se desanimar e tiver pouquinha gente acaba o grupo né, então eu sempre fui caminhar, eu sempre gostei de caminhar, e até muitas vezes quando eu não vinha no grupo eu ia caminhar sozinha, eu sempre saia cedinho, sempre depois que eu deixasse a menina na creche, minha netinha, eu ia a pé andava tudinho descia até a rua Califórnia, voltava sabe, eu ia porque eu sempre gostava e eu me sentia bem depois né, então eu pensava se eu ficar aqui parada é pior, dá desanimo, às vezes, eu até falava para o meu marido vamos junto, mas ele tinha feito uma cirurgia no pé e não ia, então eu ia sozinha, eu nunca fui

uma pessoa de ficar tipo levantar e passar o dia todo na televisão no sofá, eu não gosto, eu sou meia agitada, eu tenho que levantar eu sempre corri atrás de caminhar, de pegar uma revista de vender as coisas, então são coisas que eu sempre me sinto bem, então se eu parar, eu falo que a hora que eu parar é porque eu vou estar tão velha que vai ser para morrer, porque eu não sei ficar parada. E como o pessoal aqui vem, ensina, explica, faz bem para a saúde, e eu não posso parar, é o motivo pra eu vim mesmo. Eu me sinto muito bem, por exemplo vindo para cá eu estava com dor, muita dor assim no osso da bacia, porque eu tenho bico de papagaio das épocas que eu trabalhei em firma, em São Paulo faz agente trabalhar muito, e se travar mesmo tem que vir aqui pra toma injeção, e hoje eu acordei e senti nossa eu não tô legal, mas em nome de Jesus eu vou lá caminhar e vou voltar boa, tá vendo eu já fiz o exercício, eu já corri um pouco, olha pode ver que já está melhor, quer dizer que agente sente que melhora, que agente se sente bem, ou então fica lá parada é pior, e se ficar em casa sozinha para fazer exercício é mentira, agente nunca faz, tem que ter um grupo, tem que vim aqui pra fazer, e outra coisa é aqui perto, e ainda é uma coisa que é de graça, você não tá pagando pra fazer, e eu venho sempre porque eu me sinto bem mesmo viu . e o grupo é gostoso, ajuda muito, e quanto mais gente tiver anima mais, e eu estou sempre convidando as outras pessoas, dizendo que esta bem legal que é para nunca acabar, esses dias mesmo eu encontrei com umas 3 conhecidas, eu falei vocês não vão voltar? Tá legal gente! E elas falaram não agente vai volta sim, e agente pega muita amizade com o pessoal, são meninas legais, colegaiada legal com a gente e aí você pega amizade né, professores legais, porque ficar isoladão dentro de casa você não vai mais sair para fazer nada sozinho que nem quando eu vou fazer a caminhada sozinha, eu até vou mais não é igual quando esta com o grupo , e ainda tem os professores que ajudam e ensinam agente eu gosto muito

Entrevistada 8

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu acho que faz muito bem pra mim, pra minha saúde para quem estava com depressão e nem saía de casa, da cama, sem comer, eu não gostava da cor da casa, não gostava de nada, aí o pessoal da igreja que me chamou, falou vamos caminhar, aí pensei vai que eu melhoro, aí comecei a caminhar e

larguei de pensar que era doente, para mim foi um remédio, foi ótimo. Eu me sinto muito bem, quando eu fico sem caminhar parece que esta faltando alguma coisa, eu sinto o alongamento, eu me sinto bem, o dia que eu não venho parece que dói tudo o meu corpo, eu chego em casa com disposição ,sabe?

Meu marido fica até bravo porque de quarta feira eu venho aqui e depois vou lá para o centro comunitário que tem professor também, então eu cominho bastante, passeio bastante. E é bom que a gente se sente outra, antigamente a pessoa de idade não tinham valor nenhum; agora você vê tem tanta coisa pra gente fazer pra ter uma saúde, só não faz quem não quer, você passeia, encontra as amigas. Melhoraram as dores.

Entrevistada Desistente 1

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu parei de vim porque eu estava perdendo muito peso, eu estava achando que eu estava emagrecendo demais, tava ficando pelanca, e daí eu parei, agora eu engordei um pouquinho.

Eu comecei porque eu sei que faz bem para a saúde, quando eu fazia eu sentia que meu intestino trabalhava melhor, porque eu sou muito ressecada, eu fico uns par de dia sem ir ao banheiro, e para isso parece que foi bom, e o dia que agente fazia eu sentia que dormia melhor porque o corpo fica mais cansado. Eu adorava o grupo porque eu conversava com um e conversava com outro, faz amizade né, e hoje eu quase não saio de casa. Agora em casa eu faço um pouco de exercício sozinha pra ver se melhora.

Entrevistada Desistente 2

Por quais motivos o Sr(a). teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Olha filha, tem tanto tropeço na vida da gente, e tem dia que eu não tenho vontade, e olho e falo “ah, eu não vou não”, pra eu andar por ali eu não vou, é muito ruim o pedaço que eles andam me mata, eu não aguento, tem muita descida e subida, na subida eu até aguento, eu canso mais eu consigo mas a descida me esforça muito.

Se meu joelho começa a doer eu não ando, não vou para frente nem para traz, eu tenho que parar, quando eu comecei aqui no grupo eu travei na metade do caminho, aí o professor teve que me ajudar e me trazer de volta para o posto, então agora toda vez que eu tenho que caminhar para fazer alguma coisa e é longe eu paro e penso será que eu vou, será que eu aguento chegar?, antes eu ia trabalhar a pé trabalhava o dia todo e eu era magrinha porque eu andava, agora eu nem consigo fazer o serviço de casa. E o médico disse que não posso forçar muito porque já estou com a artrose no grau mais avançado

E eu parei também porque eu ficava com a minha mãe eu cuidava dela, aí quando tinha gente que ficava com ela eu até vinha, mas como na maioria dos dias nunca tem ninguém para ficar com ela, era eu mesmo que tinha que ficar lá, agora eu estou no mesmo dilema com a minha sogra que esta morando lá em casa, e eu falei daqui a pouco eu vou pirar, porque eu já passei um tempo até com a psicóloga por causa disso, então como quase nunca tem gente em casa eu parei, tive que parei com tudo, parei com um monte de coisa que eu fazia, eu gostava de ir para a igreja, eu gostava sempre de sair fazer uma visita, aí eu parei porque se ela esta lá e não tem quem fica com ela eu não posso sair. Ela tem 88 anos então é a mesma coisa de largar uma criança sozinha em casa, é um perigo. Então eu abandonei tudo minhas coisas assim, quando eu penso que vou levantar minha cabeçinha eu caio de novo.

E eu preciso porque eu preciso emagrecer, estou gorda de novo, engordei mais ainda, eu estou tentando de qualquer lado pra tentar e me ajudar a emagrecer, mas não consigo marcar nada, e a caminhada pro meu joelho é ruim; o médico disse que eu também não posso porque eu tenho artrose nos dois joelhos. Mas ia ser bom para mim porque eu poderia perder todo esse peso que eu estou, quando eu fazia, eu me sentia mais gente, vou te explicar, porque eu me sentia aliviada, mais disposta, eu trabalhava, caminhava e fazia serviço de casa e hoje eu tenho muito cansaço, para mim era bom a caminhada. Além do que eu preciso de gente pra conversar e aqui no grupo você faz

amigo, e tem dia que eu fico muito isolada, eu me sinto sozinha, tem hora que eu preciso de pessoa de gente pra conversar, um carinho, e aqui eu me sentia acolhida.

Entrevistado Desistente 3

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

É difícil para mim, porque eu trabalho de noite, e é duro acordar cedo, né. Eu tento sempre voltar, eu vou um dia, mas não consigo continuar indo sempre porque é como eu disse: trabalho até muito tarde e a atividade lá é bem cedo.

Mas eu sei que é importante, por isso que eu sempre tento voltar, faz bem pra saúde, me sentia mais disposto, quando eu não trabalhava de noite eu sempre ia lá no Leonel, mas aí comecei a trabalhar até tarde, aí tive que parar. Eu não sentia tanto cansaço, sentia mais energia, eu gostaria de conseguir fazer todo o dia, agora que eu não consigo mais ir no exercício me sinto mais cansado do que antes.

Entrevistado Desistente 4

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu desanimei, minha cabeça, sempre que acorda esta doendo, tem uma dor aqui na frente, que nem agora, está assim, então eu não tenho mais assim a vontade de fazer isso, fazer aquilo. Tô com a cabeça muito esquecida, não posso mais fazer nada sozinha, nem caminhar direito eu to conseguindo mais. Tudo agora meu marido tem que me ajudar, to muito fraca, não tenho mais vontade. Eu até gostava porque fazia bastante amiga, mas não tô querendo mais ir não.

Entrevistado Desistente 5

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu comecei a ir com a minha filha porque ela estava precisando emagrecer, engordou demais, aí fui de companhia dela, aí aproveitei para caminhar, eu adorava andar, mas eu tenho muita dor nas costas quando eu ando, e me dava uma canseira, porque eu tinha que andar bem rápido para acompanhar o pessoal, aí eu parei um pouco, e também fiquei doente, fiquei com uma gripe muito forte. E também não estou com um negócio aqui no braço, uma pelota bem preta aqui no braço, e acho que não é bom eu tomar sol em cima não, agora esta até melhorando, mas não quero tomar sol em cima não, mas na verdade mesmo depois que eu fiquei doente desanimei de ir por causa também da dor nas costas.

Entrevistado Desistente 6

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Eu comecei porque eu via todo mundo ir, e é gostoso né, bate papo, distrai um pouco, para não ficar só dentro de casa, fazendo serviço, mas aí eu começo a andar e aí no outro dia olha, meus joelhos ficam enormes e me dá muita dor, e eu não consigo andar muito. O pessoal já anda bem lá no grupo, eles andam rápido, e é duro de acompanhar, e se eu forço muito já piora a dor. Aí a médica disse para eu caminhar por mim mesma, caminha no meu ritmo começar com 10 minutos depois ir aumentando aos poucos, mas eu não tenho feito sempre não porque mesmo andando sozinha ainda dói o joelho. E eu ficava muito cansada, e me dava muita tosse, porque agora depois de velha comecei com crise asmática e me dava muita falta de ar. É bom andar quando você se sente bem né, porque se não se sente bem não vale a pena andar não.

Entrevistado Desistente 7

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Agente ia bastante, mas é muito longe aqui da minha casa, é muita caminhada para ir e depois caminha bastante lá e depois maior caminhada pra voltar, fica muito cansativo, não compensa, acabava piorando minha dor nas costas aí parei de ir.

O exercício era bom, faz bem para saúde, agente conseguia manter o peso, ficava bem esperto para não cair, precisa ter equilíbrio bom porque na minha idade cair é muito perigoso, aí agora eu faço aqui perto de casa eu caminho faço atividade aqui mesmo, porque eu sei que faz bem para saúde, e eu não gosto de caminhar eu grupo não, vai uns lá para frente e fica uns para trás fica uma coisa chata, aí então de vez em quando eu ando sozinho aqui perto de casa mesmo, o quanto eu aguento, assim minha diabetes fica controlada e minha dor nas costas não piora.

Entrevistado Desistente 8

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Aí filha eu ando muito preguiçosa, não tenho mais vontade de sair tão cedo, sabe como é né, na nossa idade a gente vai ficando velho, e aí vai ficando tudo mais difícil. E também eu tenho labirintite aí eu deixei de ir, mas acordar cedo, às vezes eu até acordo mais não tenho coragem de sair não. Eu adorava por que aqui todo mundo é meu amigo, eu conversava bastante, é bom porque agente perde um pouco da banha perde essa barriga, mas não tenho vontade de sair de casa não. E tudo é difícil, para sair num médico nunca tem ninguém para ir comigo, pra me levar, aí acabei desistindo de tudo, sei que eu ando meio desanimada demais, mas não to com vontade de ir mais não. Tenho vontade de ficar em casa quieta.

Entrevistado Desistente 9

Por quais motivos o Sr(a) teve o interesse em iniciar a atividade física e porque desistiu das aulas?

Ah filha eu tenho muito problema na perna, umas varizes que me doem demais, e quanto mais eu ando mais piora, hoje eu só caminho com o meu cachorro aqui perto de casa. Quando eu ia lá no posto além de ser muito longe para ir e voltar aqui da minha casa, não conseguia acompanhar o pessoal, porque eles andam muito rápido, aí eu ficava lá atrás, e eu não gostava, aí eu parei de ir. Eu não estava me sentindo bem, não andava bem, eu andava um pouco e doía muito as costas, tenho hérnia de disco também, e era muito longe forçava muito, andava muito pra ir e voltar aí machucava mais, e agora só passeio com o meu cachorro mesmo me sinto bem andando o quanto eu aguento.

Anexo 4 – Categorização inicial das entrevistas

Categorização Inicial das Entrevistas: Por quais motivos vocês teve interesse em iniciar o exercício físico e continua até hoje?

Categorias	Unidade de Significação
Sensação de bem-estar	"Sempre depois da caminhada eu me sinto bem" E1 " Eu me sinto bem, o corpo fica mais leve" E4 "...quando eu não faço, eu me sinto mal, aí eu tenho que voltar a fazer que, aí eu me sinto melhor" E5 "E eu corro, me sinto muito bem." E5 "...e eu me sentia bem depois..." E7 "...Eu me sinto muito bem..." E7 "...eu venho sempre porque eu me sinto bem mesmo..." E7 "Eu acho que faz muito bem pra mim, pra minha saúde..." E8 "..."Eu me sinto muito bem, quando eu fico sem caminhar parece que esta faltando alguma coisa..." E8 "...me sinto bem pra trabalhar..." E5 fazer que, aí eu me sinto melhor" E5 "E eu corro, me sinto muito bem." E5 "...e eu me sentia bem depois..." E7 "...Eu me sinto muito bem..." E7 "...eu venho sempre porque eu me sinto bem mesmo..." E7 "Eu acho que faz muito bem pra mim, pra minha saúde..." E8 "..."Eu me sinto muito bem, quando eu fico sem caminhar parece que esta faltando alguma coisa..." E8 "...me sinto bem pra trabalhar..." E5
Melhora das dores	"Se ficar parado, piora, ... Trava tudo,... dói os ossos, ... parece que fica sem movimento..." E1 "Quando eu estou indisposta, meio travada, aí eu faço o exercício e me sinto melhor..." E1 "Eu tinha muita dor no joelho e falavam que a caminhada é muito boa, aí eu comecei..." E2 "Começa também a doer a coluna quando eu fico parada" E2 "Melhora muito as dores..." E2 "... às vezes tenho dor nas pernas e quando caminha, melhora a dor..." E3 "...tenho um problema na coluna, no cóccix,... e doía muito, nem conseguia ficar sentado muito tempo, aí comecei o exercício e tudo,... e agora tô bem melhor" E6 "...vindo para cá eu estava com dor, muita dor assim no osso da bacia...hoje eu acordei e senti: nossa, eu não tô legal.. mas disse: vou voltar boa, tá vendo: eu já fiz o exercício, eu já corri um pouco, olha, pode ver que já estou melhor, quer dizer que a gente sente que melhora..." E7

	... o dia que eu não venho, parece que dói todo o meu corpo..." E8
Melhorias aspectos de saúde	"Eu só sei que essas caminhadas fazem bem pra saúde, muito bem pra saúde..." E1 "Eu estava com o colesterol alto,... com a caminhada, eu já emagreci bastante,... eu acho que foi a caminhada que me ajudou..." E3 "Pra mim, o exercício melhora tudo..." E3 "...sei que melhora muito a saúde." E3 "... e tem controlado bem o colesterol, a glicose, a pressão..." E4 "...melhora a saúde..." E4 "Eu senti que melhorou minha saúde" E5 "...eu acho que é bom pro meu corpo, pra minha saúde..." E5 "...eu acho que é muito bom pra saúde." E5 "Eu acho que é bom por causa da saúde da gente..." E6 "...a atividade conserva mais a saúde da gente..." E6 "...faz bem para a saúde..." E7 "...ter uma boa velhice, a gente já tem 60 anos e ter uma velhice melhor, mais tranquila, sem passar por certos problemas que a gente poderia passar..." E5 "E hoje em dia dizem que as pessoas mais velhas estão vivendo mais com o exercício,... pessoa idosa lá com 70, 80, 90, 100 anos, andando correndo, levanta cedo,..." E6 "...antigamente a pessoa de idade não tinha valor nenhum; agora você vê tem tanta coisa pra gente fazer pra ter uma saúde" E8 "pra mim foi bom porque eu tomava uns três tipos de remédio, e hoje eu já tirei; estou com dois só" E5
Disposição	"... fico mais disposta, mais animada,... quando eu fico muito parada, aí desanima..." E1 "... fico mais animada..." E3 "Eu acho que é bom mesmo, porque se eu ficar parada, eu me sinto mal parada..." E2 "...quanto mais eu caminho, mais disposição eu tenho pra fazer as coisas..." E5 "...às vezes eu fico uma semana sem caminhar, parece que dá moleza, quer ficar deitada, e quando eu caminho não, eu chego e chego com aquela disposição..." E5 "...eu faço o dia inteiro e não me sinto cansada, não sinto nada..." E5 "E eu continuo porque eu consigo passar os dias mais disposto, porque quando você não faz exercício físico, nossa, dá um desanimo, vou te contar, e você só quer ficar deitado..." E6 "...eu pensava; se eu ficar aqui parada, é pior, dá desanimo,..." E7 "...eu chego em casa com disposição..."

Indicação ou prescrição de profissionais	“Na verdade foi o médico que mandou,... pra emagrecer,... também pra melhorar o problema do joelho...” E2 “Foi o médico que mandou...” E3 “Eu comecei porque a minha pressão subiu muito, aí a moça que trabalhava no posto foi lá em casa e me pediu pra participar do grupo; aí eu gostei, comecei a participar e nunca parei mais...” E5 “...eu vim fazer uma consulta aqui e eles me encaminharam...” E6
Saúde Mental	“quando eu não faço o exercício, eu sinto um nervo, fico muito nervosa,... depois que eu caminho, me sinto mais feliz...” E2 “melhora a minha vida porque eu fico mais tranquila...” E2 “...melhora minha cabeça, minha mente fica bem...” E2 “...melhora a cabeça, fico mais calma...” E3 “... é gostoso pra cabeça, esquece os problemas...” E4 “...” para quem estava com depressão e nem saía de casa, da cama, sem comer, eu não gostava da cor da casa, não gostava de nada... aí comecei a caminhar... para mim foi um remédio, foi ótimo...” E8
Prazer do exercício	“eu gosto muito de caminhar,... gosto de fazer os exercícios os alongamentos...” E2 “Continuo até hoje porque eu gostei, é bom...” E3 “...caminhada é bom, o exercício é bom...” E4 “Eu gosto, eu caminho porque eu gosto, eu amo fazer caminhada...” E5 “...eu sempre gostei de caminhar...” E7
Convívio Social	“Gosto de encontrar minhas amigas, ...as professoras...” E2 “Sempre eu queria uma companheira para caminhar, porque é ruim ir sozinha, é melhor com o grupo do que só, ... é boa a conversa com a minhas amigas...” E2 “...a gente encontra as colegas... conversa...” E4 “...o grupo lá é muito gostoso, eu amo a turma de lá, eu amo a turma daqui,... o grupo é maravilhoso, as amigas são maravilhosas, as pessoas, os professores...” E5 “E eu acho que o grupo incentiva...” E5 “E é gostoso também porque enturma com as pessoas...” E6 “...o dia que não dá pra vir, eu fico até com saudade do grupo, é muito bom mesmo...” E6 “...o pessoal aqui vem, ensina, explica...” E7 “...em casa sozinha para fazer exercício é mentira, a gente nunca faz, tem que ter um grupo, tem que vir aqui pra fazer...” E7 “grupo é gostoso, ajuda muito, e quanto mais gente tiver, anima mais...” E7 “...a gente pega muita amizade com o pessoal, são meninas legais,... professores legais, porque ficar isolado dentro de

	casa você não vai mais sair para fazer nada...” E7 “...você passeia, encontra as amigas.” E8
--	--

Por quais motivos a senhora teve interesse em iniciar o exercício físico e desistiu?

Categorias Desistências	Unidades de Significação
Dificuldades de cena (infraestrutura e transporte)	“Eu não ando muito longe, porque da minha casa até o ponto é uma subidona e é cheio de pedras, e incomoda pra andar” E1 “... aqui em Rubião não tem uma academia de rua,... a gente merecia mais alguma coisa aqui em Rubião, tá faltando muita coisa...” E5 “...muitos desanimam por causa disso, porque às vezes não tem todas essas atividades que os outros tem.” E5 “...é muito ruim o pedaço que eles andam me mata, eu não aguento, tem muita descida e subida, me esforça muito” ED2 “...enquanto eu puder, pretendo continuar, é que eu moro muito longe...” E2 “A gente ia bastante, mas é muito longe aqui da minha casa, é muita caminhada para ir e depois para voltar, fica muito cansativo...” ED7 “muito longe para ir e voltar aqui da minha casa...” ED6 “...era muito longe forçava muito, andava muito pra ir e voltar aí machucava mais...” ED6
<u>Resultado</u>	“Eu parei de vim porque eu estava perdendo muito peso, eu estava achando que eu estava emagrecendo demais” ED1
<u>Falta de prazer no exercício</u>	“eu não tenho mais assim a vontade de fazer isso, fazer aquilo... não tenho mais vontade” ED4 “eu não tenho vontade, e olho e falo: ah! eu não vou não...” ED2 “não gosto de caminhar em grupo não...” ED7
Indisposição	“... me dava uma canseira...” ED5 “...eu ficava muito cansada...” ED9 “Aí, filha, eu ando muito preguiçosa, não tenho mais vontade de sair tão cedo,... não tenho coragem de sair cedo, não” ED8 “...não tenho vontade de sair de casa, não,... tenho vontade de ficar em casa quieta.” ED8 “Eu não estava me sentindo bem, não andava bem...” ED6 “...tinha que andar bem rápido para acompanhar o pessoal,

	aí eu parei um pouco...” ED5 “O pessoal já anda bem lá no grupo, eles andam rápido, e é duro de acompanhar...” ED9 “...uns lá para frente e fica uns para trás, fica uma coisa chata...” ED7 “não conseguia acompanhar o pessoal, porque eles andam muito rápido, aí eu ficava lá atrás, e eu não gostava...” ED6
Dores	“meu joelho começa a doer eu não ando mais.” ED2 “minha cabeça, sempre que acorda está doendo, tem uma dor aqui na frente...” ED4 “eu tenho muita dor nas costas quando eu ando,... desanimei de ir por causa também da dor nas costas.” ED5 “meus joelhos ficam enormes e me dá muita dor,... e se eu forço muito, já piora a dor” ED6 “acabava piorando minha dor nas costas, aí parei de ir.” ED7 “...eu tenho muito problema na perna, umas varizes que me doem demais, e quanto mais eu ando, mais piora...” ED6 “eu andava um pouco e doía muito as costas...” ED6
Contra-indicação médica	“médico disse que não posso forçar muito porque já estou com a artrose no grau mais avançado” ED2
Falta de tempo - outras atividades, obrigações	“E eu parei também porque eu ficava com a minha mãe, eu cuidava dela; aí quando tinha gente que ficava com ela eu até vinha, mas como na maioria dos dias nunca tinha ninguém para ficar com ela, era eu mesmo que tinha que ficar lá, agora eu estou no mesmo dilema com a minha sogra, que está morando lá em casa.” ED2 “Ela tem 88 anos, então, é a mesma coisa de largar uma criança sozinha em casa, é um perigo. Então eu abandonei todas minhas coisas” ED2 É difícil para mim, porque eu trabalho de noite, e é duro acordar cedo,... eu vou um dia, mas não consigo continuar indo sempre” ED3
Saúde Mental	“Tô com a cabeça muito esquecida, não posso mais fazer nada sozinha... tudo agora meu marido tem que me ajudar,” ED4
Agravos à Saúde	“...e também fiquei doente, fiquei com uma gripe muito forte,... depois que eu fiquei doente, desanimei de ir” ED5 “agora, depois de velha, comecei com crise asmática e me dava muita falta de ar.” ED9 “E também eu tenho muitas crises de labirintite; aí eu deixei de ir...” ED8
Exposição ao Sol	“...estou com um negócio aqui no braço, uma pelota bem

	preta, e acho que não é bom eu tomar sol em cima, não...” ED5
--	---

Percepção dos desistentes sobre a Atividade física

Melhoria dos aspectos de saúde	“ Eu comecei porque eu sei que faz bem para a saúde” meu intestino trabalhava melhor, dormia melhor porque o corpo fica mais cansado” ED1 “Mas eu sei que é importante, faz bem pra saúde...” ED3 “...é bom porque faz bem pra saúde...” ED8 “O exercício era bom, faz bem para saúde...” ED7 “eu sei que faz bem para saúde” ED7 “ficava bem esperto para não cair, precisa ter equilíbrio bom, porque na minha idade, cair é muito perigoso” ED7
Convívio Social	“Além do que eu preciso de gente pra conversar e aqui no grupo você faz amigo, tem dia que eu fico muito isolada, eu me sinto sozinha, tem hora que eu preciso de pessoa, de gente pra conversar, um carinho, e aqui eu me sentia acolhida” ED2 “Eu até gostava porque fazia bastante amiga, mas não tô querendo mais ir não.” ED4 “Eu comecei porque eu via todo mundo ir, e é gostoso, né, bate-papo, distrai um pouco, para não ficar só dentro de casa, fazendo serviço...” ED9 “Eu adorava porque aqui todo mundo é meu amigo, eu conversava bastante...” ED8
Emagrecimento	“E eu preciso porque preciso emagrecer, será bom para mim porque eu poderia perder todo esse peso que eu estou” ED2 “...a gente conseguia manter o peso...” ED7
Disposição	“quando eu fazia, eu me sentia mais gente, mais disposta, eu trabalhava, caminhava e fazia serviço de casa, e hoje eu tenho muito cansaço” ED2 “me sentia mais disposto,... Eu não sentia tanto cansaço, sentia mais energia,... agora que eu não consigo mais ir no exercício, me sinto mais cansado do que antes.” ED3

Anexo 5 – Reagrupamento das Categorias Iniciais em Principais

Reagrupamento das Categorias Iniciais em Principais

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Significação
1. Avaliando as sensações decorrentes da prática de exercícios.	1.a Sentindo prazer	"Sempre depois da caminhada eu me sinto bem" E1 " Eu me sinto bem, o corpo fica mais leve" E4 "...quando eu não faço eu me sinto mal, aí eu tenho que voltar a fazer que aí eu me sinto mais bem" E5 "E eu corro, me sinto muito bem." E5 "...e eu me sentia bem depois..." E7 "...Eu me sinto muito bem..." E7 "...eu venho sempre porque eu me sinto bem mesmo..." E7 "Eu acho que faz muito bem pra mim, pra minha saúde..." E8 ..." Eu me sinto muito bem, quando eu fico sem caminhar parece que esta faltando alguma coisa..." E8 " me sinto bem pra trabalhar..." E5 "eu gosto muito de caminhar,... gosto de fazer os exercícios os alongamentos..." E2 "Continuo até hoje porque eu gostei, é bom..." E3 "...caminhada é bom, o exercício é bom..." E4 "Eu gosto, eu caminho porque eu gosto, eu amo fazer caminhada..." E5 "...eu sempre gostei de caminhar..." E7 "quando eu fazia eu me sentia mais gente, mais disposta, eu trabalhava, caminhava e fazia serviço de casa e hoje eu tenho muito cansaço" ED2 "me sentia mais disposto,... Eu não sentia tanto cansaço, sentia mais energia,... agora que eu não consigo mais ir no exercício me sinto mais cansado do que antes." ED3 "... fico mais disposta, mais animada,... quando eu fico muito parada aí desanima..." E1 "... fico mais animada..." E3 "Eu acho que é bom mesmo, porque se eu ficar parada, eu me sinto mal parada..." E2 "...quanto mais eu caminho mais

		disposição eu tenho pra fazer as coisas..." E5 "...as vezes eu fico uma semana sem caminhar, parece que dá moleza, quer ficar deitada, e quando eu caminho não, eu chego e chego com aquela disposição..." E5 "...eu faço o dia inteiro e não me sinto cansada, não sinto nada..." E5 "E eu continuo porque eu consigo passar os dias mais disposto, porque quando você não faz exercício físico, nossa dá um desanimo, vou te contar, e você só quer ficar deitado..." E6 "...eu pensava se eu ficar aqui parada é pior dá desanimo,..." E7 "...eu chego em casa com disposição..."
	1b-Não se sentindo bem e desgosto.	"eu não tenho mais assim a vontade de fazer isso, fazer aquilo... não tenho mais vontade" ED4 "eu não tenho vontade, e olho e falo ah eu não vou não..." ED2 "... me dava uma canseira..." ED5 "...eu ficava muito cansada..." ED9 "Aí filha eu ando muito preguiçosa, não tenho mais vontade de sair tão cedo, não tenho coragem de sair cedo não" ED8 "...não tenho vontade de sair de casa não, ... tenho vontade de ficar em casa quieta." ED8 "Eu não estava me sentindo bem, não andava bem..." ED6 "não gosto de caminhar em grupo não..." ED7
2. Percebendo o impacto do exercício físico nas condições de saúde	2a-Melhorando	"Se ficar parado piora, ... Trava tudo, ... dói os ossos, ... parece que fica sem movimento..." E1 "Quando eu estou indisposta meio travada aí eu faço o exercício e me sinto melhor..." E1 "Eu tinha muita dor no joelho e falavam que a caminhada é muito bom, aí eu comece..." E2 "Começa também a doer a coluna quando eu fico parada" E2 "Melhora muito as dores..." E2 "... às vezes tenho dor nas pernas e quando caminha melhora a dor..." E3 "...tenho um problema na coluna, no cóccix, ... e doía muito nem conseguia ficar sentado muito tempo, aí comecei o exercício e tudo, ... e agora to bem melhor" E6

		“...vindo para Ca eu estava com dor, muita dor assim no osso da bacia...hoje eu acordei e senti nossa eu não to legal.. mas disse vou voltar boa, ta vendo eu já fiz o exercício, eu já corri um pouco, olha pode ver que já esta melhor, quer dizer que agente sente que melhora...” E7 ... o dia que eu não venho parece que dói tudo o meu corpo...”E8 “Eu só sei que essas caminhadas fazem bem pra saúde, muito bem pra saúde...” E1 “Eu estava com o colesterol alto,... com a caminhada eu já emagreci bastante,... eu acho que foi a caminhada que me ajudou...” E3 “Pra mim o exercício melhora tudo...”E3 “...sei que melhora muito a saúde.” E3 “... e tem controlado bem o colesterol, a glicose, a pressão...” E4 “...melhora a saúde...” E4 “Eu senti que melhorou minha saúde” E5 “...eu acho que é bom pro meu corpo, pra minha saúde...” E5 “...eu acho que é muito bom pra saúde.” E5 “Eu acho que é bom por causa da saúde da gente...” E6 “...a atividade conserva mais a saúde da gente...” E6 “...faz bem para a saúde...” E7 “...ter uma boa velhice, agente já tem sessenta anos e ter uma velhice melhor, mais tranquila, sem passar por certos problemas que agente poderia passar...” E5 “E hoje em dia dizem que as pessoas mais velhas estão vivendo mais com o exercício,... pessoa idosa lá com 70,80,90, 100 anos andando correndo, levanta cedo,... ” E6 “...antigamente a pessoa de idade não tinha valor nenhum agora você vê tem tanta coisa pra gente fazer pra ter uma saúde” E8 “pra mim foi bom porque eu tomava uns 3 tipos de remédio, e hoje eu já tirei estou com dois só” E5 “quando eu não faço o exercício eu sinto um nervo, fico muito nervosa,... depois que eu caminho me sinto mais feliz...” E2
--	--	--

		“melhora a minha vida porque eu fico mais tranquila...” E2 “...melhora minha cabeça, minha mente fica bem...” E2 “...melhora a cabeça, fico mais calma...” E3 “..., é gostoso pra cabeça, esquece os problemas...” E4 “...” para quem estava com depressão e nem saía de casa, da cama, sem comer, eu não gostava da cor da casa, não gostava de nada... aí comecei a caminhar... para mim foi um remédio, foi ótimo...” E8 “ Eu comecei porque eu sei que faz bem para a saúde” meu intestino trabalhava melhor, dormia melhor porque o corpo fica mais cansado” ED1 “Mas eu sei que é importante, faz bem pra saúde...” ED3 “...é bom porque faz bem pra saúde...” ED8 “O exercício era bom, faz bem para saúde...” ED7 “eu sei que faz bem para saúde” ED7 “ficava bem esperto para não cair, precisa ter equilíbrio bom, porque na minha idade, cair é muito perigoso” ED7 “E eu preciso porque preciso emagrecer, eu sei que é bom para mim porque eu poderia perder todo esse peso que eu estou” ED2 “...a gente conseguia manter o peso...” ED7
	2b- Agravando	“Eu parei de vir porque eu estava perdendo muito peso, eu estava achando que eu estava emagrecendo demais” ED1 “meu joelho começa a doer eu não ando mais.” ED2 “minha cabeça, sempre que acorda, está doendo, tem uma dor aqui na frente...” ED4 “eu tenho muita dor nas costas quando eu ando,... desanimei de ir por causa também da dor nas costas.” ED5 “meus joelhos ficam enormes e me dá muita dor,... e se eu forço muito, já piora a dor” ED6 “acabava piorando minha dor nas costas; aí parei de ir.” ED7 “...eu tenho muito problema na perna, umas varizes que me doem demais, e

		quanto mais eu ando, mais piora...” ED6 “eu andava um pouco e doía muito as costas...” ED6 “Tô com a cabeça muito esquecida, não posso mais fazer nada sozinha... tudo agora meu marido tem que me ajudar,” ED4 “...e também fiquei doente, fiquei com uma gripe muito forte,... depois que eu fiquei doente, desanimei de ir” ED5 “agora, depois de velha, comecei com crise asmática e me dava muita falta de ar.” ED9 “E também eu tenho muitas crises de labirintite; aí eu deixei de ir...” ED8 “...estou com um negócio aqui no braço, uma pelota bem preta, e acho que não é bom eu tomar sol em cima não...” ED5
3. Seguindo as recomendações de profissionais de saúde.	3a- Cumprindo a indicação à prática de exercícios	“Na verdade foi o médico que mandou,... pra emagrecer,... também pra melhorar o problema do joelho...” E2 “Foi o médico que mandou...” E3 “Eu comecei porque a minha pressão subiu muito, aí a moça que trabalhava no posto, foi lá em casa e me pediu pra eu participar do grupo, aí eu gostei, comecei a participar e nunca parei mais...” E5 “...eu vim fazer uma consulta aqui e eles me encaminharam...” E6
	3b- Cumprindo a contraindicação à prática de exercícios	“médico disse que não posso forçar muito porque já estou com a artrose no grau mais avançado” ED2
4. Prioridade de atividades	4a- Priorizando outras atribuições	“E eu parei também porque eu ficava com a minha mãe, eu cuidava dela, aí quando tinha gente que ficava com ela eu até vinha, mas como na maioria dos dias nunca tinha ninguém para ficar com ela, era eu mesmo que tinha que ficar lá, agora eu estou no mesmo dilema com a minha sogra, que esta morando lá em casa.” ED2 “Ela tem 88 anos, então, é a mesma coisa de largar uma criança sozinha em casa, é um perigo. Então eu abandonei todas minhas coisas” ED2 “É difícil para mim, porque eu trabalho de noite, e é duro acordar cedo,... eu vou um dia, mas não consigo continuar indo sempre” ED3

5.Dificuldades de cenário	5a- Sentido as dificuldades de cenário	“Eu não ando muito longe, porque da minha casa até o ponto é uma subidona e é cheio de pedras, e incomoda pra andar” E1 “... aqui em Rubião não tem uma academia de rua,... a gente merecia mais alguma coisa aqui em Rubião, tá faltando muita coisa...” E5 “...muitos desanimam por causa disso, porque, às vezes, não tem todas essas atividades que os outros tem.” E5 “...é muito ruim o pedaço que eles andam me mata, eu não aguento, tem muita descida e subida, me esforça muito” ED2 “...enquanto eu puder eu pretendo continuar, é que eu moro muito longe...” E2 “A gente ia bastante, mas é muito longe aqui da minha casa, é muita caminhada para ir e depois para voltar, fica muito cansativo...” ED7 “muito longe para ir e voltar aqui da minha casa...” ED6 “...era muito longe, forçava muito, andava muito pra ir e voltar, aí machucava mais...” ED6
6.Individualidade Biológica	6a- Sentindo a diferença de condicionamento físico	“...tinha que andar bem rápido para acompanhar o pessoal, aí eu parei um pouco...” ED5 “O pessoal já anda bem lá no grupo, eles andam rápido, e é duro de acompanhar...” ED9 “...uns lá para frente e fica uns para trás, fica uma coisa chata...” ED7 “não conseguia acompanhar o pessoal, porque eles andam muito rápido, aí eu ficava lá atrás, e eu não gostava...” ED6
7.Convívio Social	7a- Convivendo e fazendo amizades	“Gosto de encontrar minhas amigas, ...as professoras...” E2 “Sempre eu queria uma companheira para caminhar, porque é ruim ir sozinha, é melhor com o grupo do que só, ... é bom a conversa com a minhas amigas...” E2 “...a gente encontra as colegas... conversa...” E4 “...o grupo lá é muito gostoso, eu amo a turma de lá, eu amo a turma daqui,... o grupo é maravilhoso, as amigas são maravilhosas, as pessoas, os professores...” E5 “E eu acho que o grupo incentiva...” E5

		“E é gostoso também porque enturma com as pessoas...” E6 “...o dia que não dá pra vir, eu fico até com saudade do grupo; é muito bom mesmo...” E6 “...o pessoal aqui vem, ensina, explica...” E7 “...em casa sozinha para fazer exercício é mentira, a gente nunca faz, tem que ter um grupo, tem que vir aqui pra fazer...” E7 “grupo é gostoso, ajuda muito, e quanto mais gente tiver, anima mais...” E7 “...a gente pega muita amizade com o pessoal, são meninas legais,... professores legais, porque ficar isoladão dentro de casa você não vai mais sair para fazer nada...” E7 “...você passeia, encontra as amigas.” E8 “Além do que eu preciso de gente pra conversar e aqui no grupo você faz amigo, tem dia que eu fico muito isolada, eu me sinto sozinha, tem hora que eu preciso de pessoa, de gente pra conversar, um carinho, e aqui eu me sentia acolhida” ED2 “Eu até gostava porque fazia bastante amiga, mas não tô querendo mais ir não.” ED4 “Eu comecei porque eu via todo mundo ir, e é gostoso, né? Bate-papo, distrai um pouco, para não ficar só dentro de casa, fazendo serviço...” ED9 “Eu adorava porque aqui todo mundo é meu amigo, eu conversava bastante...” ED8
--	--	--