

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE - CEFID
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO
HUMANO**

MAUREN DA SILVA SALIN

**ESPAÇOS PÚBLICOS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: O CASO DAS
ACADEMIAS DA MELHOR IDADE DE JOINVILLE-SC**

FLORIANÓPOLIS, SC

2013

MAUREN DA SILVA SALIN

**ESPAÇOS PÚBLICOS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: O CASO DAS
ACADEMIAS DA MELHOR IDADE DE JOINVILLE-SC**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências do Movimento Humano.

Orientadora: Giovana Zarpellon Mazo

FLORIANÓPOLIS, SC

2013

S165e

Salin, Mauren da Silva

Espaços públicos para a prática de atividade física : o caso das academias da melhor idade de Joinville-SC / Mauren da Silva Salin. – 2013.

p. : il. ; 30 cm

Bibliografia

Orientador: Giovana Zarpellon Mazo.

Tese (doutorado)–Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, 2013.

1. Academias de ginástica. 2. Exercícios físicos para idosos. 3. Idosos. 4. Espaços públicos - Joinville. I. Mazo, Giovana Zarpellon. II. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano. III. Título.

CDD – 613.70446

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca do CEFID/UDESC

MAUREN DA SILVA SALIN

**ESPAÇOS PÚBLICOS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: O CASO DAS
ACADEMIAS DA MELHOR IDADE DE JOINVILLE-SC**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências do Movimento Humano. Área de concentração – Atividade Física e Saúde.

Banca Examinadora

Orientadora: _____

Prof^a. Dr^a. Giovana Zarpellon Mazo

Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID/UDESC

Membros:

Prof. Dr. Ciro Romélio Rodriguez Añez
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná - UTFPR

Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso
Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
CEFID/UDESC

Prof. Dr. Rudney da Silva
Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
CEFID/UDESC

Prof^a. Dr^a. Andreia Pelegrini
Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
CEFID/UDESC

Florianópolis, SC 28/02/2013

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os idosos, da Academia da Melhor Idade de Joinville, que gentilmente aceitaram participar e muito contribuíram com suas experiências de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta jornada, que não é só minha, o sentimento ao mesmo tempo é dicotômico, cansaço-alívio, stresse-bem estar, enfim, algo que só entende quem já passou por isso. Eu achava que doutorado era coisa pra malucos... agora tenho certeza. Que não se sintam ofendidos meus professores doutores.... Com certeza, aprendi muito nesses quatro anos, com professores, com os colegas de pós-graduação, com os colaboradores da universidade, e para essas pessoas deixo aqui minha admiração e gratidão.

Gostaria de registrar aqui o meu reconhecimento a todas as pessoas que direta ou indiretamente me auxiliaram nesse percurso. Assim agradeço:

À Deus, pela fé, esperança e pela vida;

Aos meus pais, Noemy e Eloy (em memória) pela incansável dedicação e incondicional amor; Amo vocês!!!

Ao meu marido Roberto, MAIOR incentivador, o qual me forneceu toda estrutura material e emocional para a concretização deste. Amor.. Te amo.

Ao meu “filho” Yuri, pelas ajudas e pela paciência diante do stress da “Tia Mauren”;

Aos meus irmãos, que mesmo de longe sempre me incentivaram e vibraram por mim;

À minha orientadora e amiga, Prof^a. Dr^a. Giovana Zarpellon Mazo, pela oportunidade, pela dedicação, paciência, pelos ensinamentos e exemplos profissionais e pessoais, pelos puxões de orelha (que não foram poucos), e pelos estímulos, **meu especial agradecimento**;

Aos meus colegas de Pós-Graduação, Inês Amanda Streit, Marcia Benetti, Rodrigo Krug, Giovane Balbé, Roges Dias, Maíra Naman, Salma Hernandez, Paulo Medeiros, Ricardo Brandt, Cinara Sacomori, e a todos os outros que convivi, pelo companheirismo e amizade, em todos os momentos desta caminhada;

À minha colega doutoranda Janeisa Virtuoso, amiga de todas as horas e momentos, pela sua generosidade, paciência, incentivo, pelo enorme auxílio neste trabalho, meu especial agradecimento. Obrigada Flor!!

Aos bolsistas do GETI e LAGER, pelo apoio e carinho, sempre dedicados, ávidos por conhecimento; Alice Noronha (“das maravilhas”), Paula Sandreski, Enaiane Menezes (Olha a coluna Nani), também meu especial agradecimento;

Às mestrandas Daiane Lazzeri de Medeiros e Sheila Cristina da Silva Pacheco, pela ajuda na revisão sistemática;

Aos professores do PPGCMH do GETI/UDESC: Fernando Cardoso, Alexandre Andrade, Thaís Beltrame e ao prof. Marcus Nahas da UFSC os quais me transmitiram muito durante as disciplinas;

Aos colaboradores e demais professores do CEFID/UEDESC;

Aos colaboradores e bolsistas do PPGCMH, em especial a querida Solange, sempre prestativa, incentivadora;

Aos idosos participantes das AMIs de Joinville, sem eles não seria possível realizar este trabalho;

Às Coordenadoras da AMI, Janaina Luisa da Conceição e Patrícia Baleche, por todo apoio, dedicação, o meu especial agradecimento;

Aos bolsistas da AMI, pela imensa ajuda nas coletas, vocês foram fundamentais nesse projeto, Graciella Greice Weiers, Victor Correa, Raphael, Luan, Leila, Liliane, Marilis, Jeferson, e demais acadêmicos que participaram do projeto;

À Prof^a. Patrícia Magri, amiga e colega de trabalho, pelo apoio e incentivo;

Aos professores e amigos, Irton Ebehardt, Luiz Henrique Rodrigues, Marco Andrighetto, Patricia Carvalho, Lili Beje, Leandro Otto Hofstatter;

Aos professores da Univille, em especial prof. Pedro Morales, pelo apoio e incentivo;

À Universidade da Região de Joinville, pelo apoio, pela ajuda de custo, pela valorização profissional;

À FUMDES pela bolsa de doutorado, extremamente importante nesse período;

Aos profs. Drs. Magnus Benetti, Rudney Silva, Fernando Cardoso, Andreia Pelegrini do PPGCMH e ao prof. Dr. Ciro Romélio Rodriguez Añez, UTFPR, pelo auxílio na qualificação deste trabalho e especial atenção em sua versão final;

E a todos os amigos, parentes, conhecidos e desconhecidos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Muito Obrigado!

RESUMO

SALIN, Mauren da Silva. Espaços Públicos para a Prática de Atividade Física: O caso das Academias da Melhor Idade de Joinville-SC. 2013. 114f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano - Área: Estudos Biocomportamentais do Movimento Humano) - Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Florianópolis, 2013.

Este estudo objetivou analisar a percepção dos idosos participantes da Academia da Melhor Idade (AMI) de Joinville, SC, quanto aos motivos de ingresso e permanência, nível de atividade física (NAF) e serviços prestados. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e descritivo. Participaram 255 idosos, ambos os sexos, frequentadores de 17 AMIs. Os instrumentos utilizados foram: ficha diagnóstica, entrevista semiestruturada sobre motivos; satisfação e sugestões. Aplicou-se o IPAQ, adaptado para idosos, para avaliar o NAF. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, para variáveis categóricas o Teste Qui-Quadrado e para variáveis numéricas o Teste Kruskal-Wallis. Para a associação das variáveis e o NAF utilizou-se Regressão logística. A maioria dos sujeitos é mulher (62,7%), média de idade 67,75(6,28) anos, 47,2% considera sua saúde boa, porém 72,2% possui alguma doença, destacando a hipertensão arterial (47,5%). Dos idosos, 82,3% estão satisfeitos com os serviços prestados e 55,3% com a infraestrutura. Metade ingressou para melhorar a saúde e 57,3% permanece por sentir-se bem. Cerca de 60% sugeriu ampliação do horário de atendimento, 27,1% sugeriu melhorar a limpeza da praça e 24,7% a instalação de coberturas. A maioria (84,7%) classificou-se como suficientemente ativa. Não houve associação entre dados sociodemográficos e NAF e entre a percepção de saúde e NAF. Observou-se associação entre “dores lombares” e NAF e entre NAF e “estado de saúde dificultar a prática de atividade física” (AF). Não houve associação entre a satisfação dos idosos com os serviços prestados e infraestrutura com o NAF. O mesmo ocorreu entre motivos de ingresso e NAF. Observou-se associação entre o motivo “permanecer na AMI pela saúde” e NAF. Sugestões para aperfeiçoar os serviços prestados não associaram-se ao NAF. Houve associação entre NAF e sugestão “instalação de cobertura”. Na análise bruta da regressão logística observou-se que “não ingressar pelo motivado saúde” e considerar “o estado de saúde ruim” aumentam as chances dos idosos serem insuficientemente ativos. Na análise ajustada, “renda entre 2 e 3 salários mínimos” e “estado de saúde não dificultar a prática de AF” são fatores que diminuem as chances dos idosos serem insuficientemente ativos. O estudo da AMI revelou que esse público aderiu à novidade e interessa-se pelo aperfeiçoamento. As condições de saúde e o NAF dos idosos podem melhorar através destes programas, desde que ofereçam infraestrutura e atendimento apropriados. Considera-se o presente estudo um passo inicial em pesquisas relacionadas às academias em espaços públicos para idosos, visto que as ATIs crescem de forma acelerada, assim como o ingresso dos idosos nestas. A revisão de literatura aponta estudos relacionados a parques públicos, percepção do ambiente e AF. Entretanto em relação às ATIs, existem lacunas na literatura. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos tanto para avaliar as características, interesses e NAF dos idosos, como verificar o impacto dessas academias na saúde e qualidade de vida desse público.

Palavras-chave: Academia da Melhor Idade. Idosos. Nível de Atividade Física. Percepção. Motivos.

ABSTRACT

SALIN, Mauren da Silva. Public Facilities for Physical Activity Practice: The Academy of the Best Age case from Joinville-SC. 2013. 114f. Thesis (Ph.D.in Human Movement Science – Area: Bio behavioral Studies of the Human Movement) – Santa Catarina State University. Graduate Program of Human Movement Sciences, Florianópolis, 2013.

This study aimed the analysis of the elderly perception who participated in the Academy of the Best Age (AMI) from Joinville, SC, related to the enrollment and permanency reasons, the activity level (NAF) and services provided. It's an epidemiological, crossed and descriptive study. 255 elderly, both genres, goes from 17 AMIs participated. The tools used were: a diagnostic record, a semi structure interview about the reasons, its satisfaction and suggestions. The IPAQ was applied adapted for seniors to evaluate the NAF. To analyze the data, descriptive statistics was used, to the categorical variables, the Qui-Square Test and for the numerical variables the Kruskal-Wallis Test. For the variable associations and the NAF, the Logistic Regression was used. Most of the participants are women (62, 7%) age average 67,75(6,28), from which 47,2% consider their health good however 72,2% have some disease highlighting hypertension (47,5%). From the seniors 82,3% are happy with the services and 55,3% with the infrastructure. Half of them started the program to improve their health and 57,3% went on because they feel well. Around 60% suggested an extension on the opening hours, 27,1% suggested cleaning the park and 24,7% installing roofing. Most of them (84,7%) was categorized as active enough. There was no association among socio demographic data and NAF neither between NAF and that “the health condition turns the physical activity (AF) practice difficult. There was no association between the senior's satisfaction and the services and the infrastructure with NAF. The same happened with the enrollment reasons and NAF. There was an association between the reason to stay in AMI due the health and NAF. The suggestions to improve the services were not linked to NAF. There was an association with NAF and suggested “roofing”. In the logistic regression crude analyses, it was observed that “don't enroll due health reason” and considering “a bad health state” enlarged the chances to be not enough active by the elderly. In the adjusted analyses “income between 2 or 3 salaries” and “health status doesn't impair the AF practice” are the factors that decrease the seniors chances to be not enough active. The AMI study revealed the public subscribed the novelty and improvement. The elderly health conditions and NAF can improve due these programs, since they offer appropriate infrastructure. The systematic revision shows studies related to public parks, environment perception and AF. However on ATIs, there are blanks in literature. This study is a first step, since ATIs grow and so do the seniors in them. It is suggested that the new studies evaluate the seniors' characteristics, interests and NAF as well as the impact of these gyms and the public life quality.

Key words: Elderly Gym. Seniors. Physical activity level. Perception. Reasons.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização das AMIs no município de Joinville-SC em dezembro/12.....	47
Figura 2 - Distribuição das AMIs monitoradas nas regiões de Joinville/SC, em 2011.....	50
Figura 3 - Processo de definição do tamanho da amostra por Região.....	52
Figura 4 - Procedimentos de ajuste nos modelos da regressão logística hierarquizada.....	57
Figura 5 – Nível de satisfação dos idosos em relação aos serviços prestados pelos monitores das AMIs nas regiões do município de Joinville (SC)	61
Figura 6 – Nível de satisfação dos idosos em relação à infraestrutura das AMIs nas regiões do município de Joinville (SC).....	62
Figura 7 – Motivos de ingresso e permanência na região noroeste (NO)	63
Figura 8 – Motivos de ingresso e permanência na região nordeste (NE).....	63
Figura 9 – Motivos de ingresso e permanência na região sudoeste (SO).....	63
Figura 10 – Motivos de ingresso e permanência na região sudeste (SE)	63
Figura 11 – Distribuição geográfica dos bairros de Joinville (SC)	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos aparelhos utilizados nas AMIs e suas funções.....	48
Quadro 2 - Processo de amostra estratificada proporcional pelo número de idosos participantes nas AMIS por região (noroeste, nordeste, sudeste e sudoeste) e por AMI de cada região de Joinville.....	52
Quadro 3 - Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas: MEDLINE (OVID) e CINAHL.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos participantes das AMIs e as regiões do município de Joinville/SC (n=255).....	59
Tabela 2 – Associação entre as variáveis, condições de saúde dos idosos participantes das AMIs e as regiões do município de Joinville/SC (n=255).....	60
Tabela 3 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs no município de Joinville/SC (n = 255).....	65
Tabela 4 – Associação entre as variáveis condições de saúde e nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs no município de Joinville/SC (n = 255).....	66
Tabela 5 - Associação entre as variáveis relacionadas ao nível de satisfação com os serviços prestados e com a infraestrutura e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs do município de Joinville/SC (n=255)	68
Tabela 6 - Associação entre as variáveis relacionadas aos motivos de ingresso e permanência e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs do município de Joinville/SC.	69
Tabela 7 - Associação entre as variáveis relacionadas às sugestões para aperfeiçoar os serviços prestados e infraestrutura e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs.....	70
Tabela 8 - Associação entre as variáveis do estudo e o nível de atividade física por meio de regressão logística.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Atividade Física
AMI	Academia da Melhor Idade
NAF	Nível de Atividade Física
TAD	Teoria da Autodeterminação
PMJ	Prefeitura Municipal de Joinville
IPPUJ	Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FELEJ	Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville
NO	Região Noroeste
NE	Região Nordeste
SO	Região Sudoeste
SE	Região Sudeste
SA	Suficientemente Ativo
IA	Insuficientemente Ativo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVO GERAL	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 BASES TEÓRICAS PAUTADAS NO COMPORTAMENTO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS	22
2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	27
2.3 ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E ENVELHECIMENTO	30
2.4 FATORES DETERMINANTES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS	31
2.5 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E A PESSOA IDOSA	33
2.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS POR IDOSOS EM PARQUES PÚBLICOS	36
2.7 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOA IDOSA	39
2.7.1 Academias em espaços públicos para pessoa idosa	41
2.7.2 Município de Joinville-SC e a Academia da Melhor Idade	45
3 MATERIAIS E MÉTODO	49
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	49
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	49
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
3.3.1 População	49
3.3.2 Amostra	51
3.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	53
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	54
3.5.1 Coleta de dados	55
3.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	56
4 RESULTADOS	58
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NAS REGIÕES DE JOINVILLE	58
4.2 NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS IDOSOS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA DO PROGRAMA AMI	60
4.3 MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA DOS IDOSOS NAS AMIs, NAS REGIÕES DE JOINVILLE	62
4.4 SUGESTÕES DOS IDOSOS EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA DO PROGRAMA AMI	63
4.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS	64
4.6 SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS	67
4.7 MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA NO PROGRAMA AMI E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS	68

4.8 SUGESTÕES EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA DO PROGRAMA AMI E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS	70
4.9 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE, MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA, ASSOCIADAS AO NAF DOS IDOSOS POR MEIO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA	71
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
6 CONCLUSÕES.....	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	102
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

A maioria dos países está experimentando uma transformação demográfica com o envelhecimento populacional (WHO, 2005). No Brasil isso também vem ocorrendo, mas em ritmo acelerado, pois em 2010 eram 20 milhões de idosos (IBGE, 2010). Estima-se que, em 2025, o país ocupará o sexto lugar entre os países com maior população idosa, 32 milhões de pessoas, e que, em 2050, atingirá marca superior a 64 milhões de idosos (IBGE, 2012).

O Estado de Santa Catarina tem acompanhado esse processo de envelhecimento populacional do país, com 600 mil idosos em 2010 (IBGE, 2010). O município de Joinville, a maior cidade do Estado, apresentou um aumento de 54% de idosos em 10 anos, de 28 mil idosos em 2000 para 43 mil em 2010 (IBGE, 2010).

Desse modo, o Brasil, o Estado de Santa Catarina e a cidade de Joinville enfrentarão, nos próximos anos, um crescimento rápido da população idosa. O processo de envelhecimento está acompanhado, muitas vezes, por um estilo de vida inativo, ou seja, pela inatividade física/sedentarismo, que ocasiona maior incapacidade funcional, perda de qualidade de vida, aumento do número de doenças, obesidade, mortalidade (WHO, 2005; USDHHS, 2008; ACSM, 2009; WHO, 2010), entre outras consequências.

A inatividade física atinge a população idosa brasileira, pois esta representa o grupo etário com menor nível de atividade física, uma vez que 73,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade são inativos fisicamente, e a proporção de mulheres (37,3%) é maior que a dos homens (35,8%) (VIGITEL, 2010). Somente 18,1% dos homens e 10,8% das mulheres em tal faixa etária realizam atividades físicas por mais de 150 minutos semanais (VIGITEL, 2009). Os percentuais são ainda menores se considerarmos somente as atividades físicas realizadas no tempo livre, em que apenas 16,6% dos idosos brasileiros as praticam regularmente (VIGITEL, 2010).

Em Joinville, professores e estudantes que participam do PET-Saúde (Projeto Educação para o Trabalho em Saúde) realizaram um diagnóstico de saúde integral dos idosos que vivem nas áreas de abrangência das equipes do Programa Saúde da Família. Os pesquisadores verificaram que, dos 953 idosos entrevistados, 63,3% não praticam nenhum tipo de atividade física, pouco mais de 33% praticam alguma atividade física esporadicamente e 2,64% são acamados (SMSJ, 2010). Diante desses e outros resultados, os pesquisadores destacam que as ações direcionadas por diagnósticos locais das equipes de

saúde possam, além de planejadas, ser passíveis de execução e avaliação e ainda salientam o compromisso dos gestores públicos com os pactos do envelhecimento ativo preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS – WHO, 2002).

Como resposta aos problemas mais prevalentes de saúde pública, por ocasião da I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, em 1986, foram estabelecidas linhas de ação política, social e de desenvolvimento comunitário no âmbito local. A conferência, organizada pela OMS em conjunto com o governo canadense e a Associação Canadense de Saúde, resultou na Carta de Ottawa, a qual instituiu o Movimento Cidade Saudável. Esse movimento constitui uma estratégia de promoção da saúde e tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vida da população. Teve seu início no mesmo ano no Canadá e logo se estendeu para outros países (ADRIANO *et al.*, 2000). A OMS (WHO, 2005) preconiza a implantação de políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo, a fim de contribuir com a promoção da saúde, participação ativa na sociedade e a segurança dos cidadãos mais velhos.

Nos últimos anos, verifica-se uma maior preocupação com a saúde, observada em algumas iniciativas que vêm sendo adotadas pelo poder público. No Brasil, os programas de atividades físicas voltados à população idosa são normalmente iniciativas isoladas de universidades, associações, grupos de convivência e organizações não governamentais. Poucas prefeituras incluem em sua política de saúde, como prioridade, a criação de programas de atividades físicas para idosos (BENEDETTI, 2004). Entretanto algumas cidades brasileiras desenvolvem programas de promoção de atividade física, no intuito de incentivar a população a ter um estilo de vida mais ativo.

Inspiradas nos modelos chineses, várias cidades brasileiras vêm instalando em suas praças públicas as Academias da Terceira Idade (ATI). Estas apresentam equipamentos nos quais diversos exercícios físicos podem ser desenvolvidos, como alongamentos, exercícios resistidos, aeróbicos, entre outros (CONCEIÇÃO, 2010; ZIOBER, 2012). Já são mais de 7.500 academias instaladas em mais de 2.000 municípios de diferentes regiões do território nacional (ZIOBER, 2012). A primeira ATI surgiu em 2006 no município de Maringá, no Paraná, e desde então outras cidades e Estados brasileiros aderiram à iniciativa (PALÁCIOS *et al.*, 2009). Em Santa Catarina a primeira ATI foi instalada em 2007, no município de Lages, com a premissa de melhorar a qualidade de vida dos idosos, orientados por profissionais de Educação Física (VANZUITA; WIGGERS, 2008). Em seguida, no mesmo ano, Joinville recebeu sua primeira academia.

Em Joinville, a ATI foi chamada de Academia da Melhor Idade (AMI). Ela foi criada pela Unimed em parceria com a Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ), que por sua vez mantém convênio com a Universidade da Região de Joinville (Univille) e com a Associação Educacional Luterana Bom Jesus-IELUSC. Atualmente Joinville é um dos municípios catarinenses mais expressivos na oferta desses serviços e contou até o fim de 2012 com 47 academias instaladas em praças públicas de diferentes bairros (OLIVEIRA, 2012).

O objetivo das ATIs ou AMIs, instaladas em praças públicas, é incentivar a prática de atividade física, inclusão social, melhora da autoestima e da saúde em geral dos idosos (COELHO, 2009) e a segurança (LUZ, 2010). No entanto, apesar de serem idealizadas para a população idosa, outras faixas etárias estão usufruindo os benefícios gerados por essas academias, tanto que os espaços se tornaram polos para o Programa Academia da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 719, de 7 de abril de 2011 (BRASIL, 2011). O programa tem o principal objetivo de contribuir para a promoção da saúde da população, com a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Pesquisadores (FORJAZ *et al.*, 2002; MÜLLER; FREITAS; ELY, 2007; HALLAL *et al.*, 2010; HALLAL *et al.*, 2009; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009) fizeram avaliação de programas de atividades físicas em parques urbanos e espaços públicos em diversas cidades brasileiras, mas em relação à avaliação das ATIs concretizaram-se poucos estudos. Ferreira (2008), em estudo em ATIs de Maringá, identificou o perfil socioeconômico de 401 usuários e verificou que apenas 36% deles têm idade maior ou igual a 61 anos e 32% estão na faixa de 47 a 60 anos. No tocante à prática de atividades físicas a pesquisa detectou que 40% dos indivíduos iniciaram as atividades com a inauguração das academias nas praças e 100% dos entrevistados relataram melhora da sua saúde desde que começaram a frequentar as ATIs.

Um estudo foi realizado com frequentadores das AMIs de Joinville no intuito de descrever o perfil socioeconômico e a qualidade de vida dos usuários do programa. Participaram 256 usuários, com média de idade de 59 anos; do total, 51,2% eram idosos. A pesquisadora detectou que, quanto maior a frequência semanal e maior o tempo (em anos) de participação no programa, melhor era a qualidade de vida dos usuários das AMIs (CARVALHO, 2011). Não foram encontrados outros trabalhos relacionados às AMIs de Joinville.

Dessa forma, percebe-se a carência de pesquisas científicas que abordem a percepção dos usuários idosos quanto aos serviços prestados nas ATIs, bem como quais sugestões são consideradas importantes para melhoria do atendimento nesses ambientes. Entender os fatores motivacionais que levam as pessoas a realizar exercícios físicos pode subsidiar a implantação de intervenções em busca de diminuir a prevalência da inatividade física (ALLEN, 2003), com vistas a possibilitar o ingresso e a permanência dos idosos em programas de exercícios físicos (GOULD *et al.*, 1996; RYAN; DECI, 2000). Entretanto a literatura referente a tais academias ainda se mostra escassa e de pouca abrangência (COELHO, 2009; XAVIER, 2009; ZIOBER, 2012; PALÁCIOS, 2009), tornando necessário desenvolver novos estudos voltados a essa temática.

Nesse sentido, diferentes constructos teóricos da motivação já foram desenvolvidos para esclarecer o comportamento relacionado ao exercício físico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983; FREDERICK; RYAN, 1993; BANDURA, 1997; PROCHASKA; VELICER, 1997; RYAN; DECI, 2000). A teoria da Autodeterminação (TAD) vem sendo utilizada com a finalidade de compreender a motivação que se apresenta em diferentes níveis (intrínseca ou extrinsecamente), ou ainda, ser amotivado durante a prática de uma atividade (RYAN; DECI, 2000). Com base nessa teoria, torna-se relevante conhecer quais os fatores motivacionais que influenciam a prática de exercícios físicos dos idosos frequentadores das AMIs de Joinville (SC) localizadas em espaços públicos, uma vez que o número e a utilização delas cresceram substancialmente (OLIVEIRA, 2012) e são escassas no Brasil investigações científicas que avaliem os fatores que motivam os idosos a frequentar essas academias.

Além de compreender os motivos, torna-se também importante analisar a satisfação dos idosos com o programa em que estão inseridos, a fim de avaliar as rotinas e melhorar os resultados clínicos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Vaitsman e Andrade ainda afirmam que, em virtude dos custos crescentes dos serviços de saúde, a avaliação constitui um dos elementos que favoreceram as políticas reformadoras e de restrição de gastos, melhorando a qualidade e eficiência dos serviços prestados. Assim, elencar recomendações para melhoria do serviço pode interferir efetivamente nos resultados do programa e melhorar a adesão dos participantes (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Então, é importante identificar quão satisfeitos estão os idosos com o programa AMI, a fim de elencar suas próprias recomendações/sugestões, para melhorar o serviço.

Esse quadro de informações mostra-se fundamental para o planejamento de futuras intervenções e para a melhora da qualidade de vida dos usuários. Portanto, este estudo tem

como problema: Qual a percepção dos idosos participantes do Programa Academia da Melhor Idade (AMI) do município de Joinville (SC) quanto aos serviços prestados, aos motivos de ingresso e permanência e ao nível de atividade física?

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos idosos participantes da Academia da Melhor Idade (AMI) de Joinville, SC, quanto aos motivos de ingresso e permanência, nível de atividade física (NAF) e serviços prestados.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal) e as condições de saúde (percepção de saúde, presença de doenças, se o estado de saúde dificulta a prática de exercícios físicos) dos idosos frequentadores das AMIs nas diferentes regiões de Joinville (SC);
- Descrever a percepção dos idosos sobre os serviços prestados (nível de satisfação e sugestões em relação ao atendimento e à infraestrutura) e os motivos de ingresso e permanência nas AMIs nas diferentes regiões de Joinville (SC);
- Associar as categorias do nível de atividade física às características sociodemográficas, às condições de saúde, aos motivos de ingresso e permanência nas AMIs, ao nível de satisfação em relação aos serviços prestados e infraestrutura, além de sugestões para aperfeiçoamento desses serviços;
- Verificar possíveis relações entre as categorias do nível de atividade física (desfecho) e as características sociodemográficas, condições de saúde e motivos de ingresso e permanência (exposição) de idosos participantes das AMIs de Joinville (SC).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BASES TEÓRICAS PAUTADAS NO COMPORTAMENTO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

Teoria é definida como um conjunto de conceitos, definições e proposições que apresenta uma visão sistemática de eventos ou situações de forma a explicá-los ou prevêê-los. As teorias servem como base para o planejamento, a implementação e avaliação de intervenções e possibilitam respostas ao por que, o que e como as intervenções devem ocorrer. Ou seja, uma teoria deve, por exemplo, orientar a busca pelo por que de as recomendações de saúde pública não estarem sendo seguidas, o que os pesquisadores necessitam saber antes da organização dos programas intervencionais ou o que precisam monitorar, medir ou comparar na avaliação de programas já existentes e como desenvolver estratégias que tenham real impacto na população-alvo (VELARDI, 2003).

Como uma teoria apenas não seria suficiente para explicar o comportamento dos idosos em relação ao ingresso e à permanência em um programa de atividades físicas sistematizadas, este estudo desenha um construto de teorias, com base em diversos modelos, para responder a tal questão. Salienta-se que todas elas são originárias das Teorias da Aprendizagem Social, pois se trata de um fenômeno social que requer aprendizado e determina mudança de comportamento.

A expressão *Aprendizagem Social* refere-se à aquisição de padrões de comportamento que estão de acordo com as expectativas sociais; aprender o que é ou não aceitável em determinada cultura. Também significa aprendizagem que implica interação entre indivíduos (LEFRANÇOIS, 2008).

A mudança de comportamento diante do processo de aprendizagem ocorrerá de forma diferenciada entre as pessoas, culturas, faixa etária, sexo, gênero, e os principais agentes da socialização são as instituições: família, escola, igreja, local de trabalho etc. Essas instituições transmitem ao aprendiz valores, costumes, hábitos, crenças e outros aspectos exteriores que definem as culturas humanas (BANDURA, 1986).

Albert Bandura, na década de 1960, propôs uma versão do comportamentalismo definida anteriormente como abordagem sociocomportamentalista e, mais tarde, Teoria Cognitiva Social (KREBS, 1995).

O comportamento social tem fundamental relevância para a Teoria da Aprendizagem, e para entender como acontece esse processo foi que Albert Bandura criou a *Teoria da Aprendizagem Social* ou *Teoria Cognitiva Social* (TCS). Esta, segundo Papalia e Olds (2000), difere do behaviorismo, pois ela considera o aprendiz um contribuinte ativo no seu aprendizado, ele aprende no contexto social e reconhece a importância da cognição nesse processo.

A teoria de Bandura explica a influência entre fatores ambientais, pessoais e o comportamento, denominando esse entrelaçamento de determinismo recíproco. No Programa AMI pode-se observar uma dinâmica de grupo, em que há determinismo recíproco. Cada indivíduo troca mutuamente experiências com os demais, observa, identifica-se e aprende o que julga ser relevante. Existe uma troca de influências, o grupo age no indivíduo e o indivíduo age no grupo. De certa forma qualquer integrante é influenciado pelo contexto grupal e fatores externos, mas cada estímulo enviado pelo grupo reage gerando uma resposta diferente em cada membro. As respostas podem não ser instantâneas e são diferentes, haja vista dependerem da formação de cada pessoa. Nesse contexto, entram em ação a individualidade e as crenças dos sujeitos envolvidos.

A *autoeficácia* envolve a crença de que com empenho podemos governar acontecimentos gerando o efeito almejado. De acordo com Bandura (*apud* VAZQUEZ, 2005), a autoeficácia requer não apenas habilidades, como também força de vontade em acreditar na capacidade de exercer uma determinada conduta, o que é um importante elo entre o saber e o fazer. Autoeficácia diz respeito às crenças que o indivíduo possui sobre seu valor e suas potencialidades. Bandura (1977) acredita que, na prática clínica, valorizando a autoeficácia o sujeito pode progredir no tratamento de determinado transtorno, do mesmo modo que sujeitos com baixo grau de autoeficácia podem apresentar uma demora maior de resposta. A teoria da autoeficácia refere-se à autoestima, em crer nas próprias habilidades. Não se trata de possuir certas capacidades, e sim de acreditar que as tem, ou que pode adquiri-las por meio de esforço pessoal (expectativa de resultado). Todavia, conforme Bandura (*apud* HALL; LINDZEY, 1978), a autoeficácia afeta o começo e a perseverança do comportamento dirigido, já que os indivíduos tendem a desviar-se de situações quando julgarem não serem capazes de resolvê-las, entretanto atuam com mais garantia em circunstâncias que possam dominar.

Antes de tudo, a autoeficácia faz parte do autoconceito; sem autoconceito positivo quanto a uma área de atividade, não haverá aplicação de esforço, assim como não poderá faltar o julgamento de autoeficácia, que focaliza aquela tarefa definida e circunstanciada

(VAZQUEZ, 2005). Ilustremos a diferença entre crença de autoeficácia e autoconceito nas atividades do Programa AMI: um idoso pode revelar autoconceito positivo em relação à execução dos exercícios nos equipamentos, mas diante de uma determinada restrição poderá julgar-se sem condições de utilizá-los, ou seja, não terá crença de autoeficácia no grau desejado. Portanto, a crença de autoeficácia restringe-se, a cada caso, a uma tarefa bem específica com que a pessoa se defronta, enquanto o autoconceito e as autopercepções de capacidade, mesmo quando se referam às áreas específicas, ainda têm um caráter mais genérico do que autoeficácia. Embora distintos, esses construtos não são antagônicos, ao contrário, para a motivação ambos atuam de forma complementar.

Ainda que a literatura há tempos aponte os benefícios do exercício físico para a saúde, a maioria das pessoas leva uma vida sedentária. Vários são os motivos, influenciados por variáveis sociais e pessoais. Entre as variáveis pessoais mais relevantes está o senso de autoeficácia, cuja função principal é aumentar a adesão dos indivíduos à prática de exercícios, ante os inúmeros incentivos pessoais, sociais e situacionais que competem com ela (NERI, 2006).

Sabe-se que existem diferentes fatores que influenciam a prática regular de atividades físicas dos idosos, que podem determinar mudanças em seu comportamento. Esses fatores estão divididos em não modificáveis, como idade, gênero, raça e etnias, e modificáveis, como aprendizagem, características de personalidade, circunstâncias ambientais, meio social e familiar (MAZO, 2008). Mazo ainda coloca que existe um crescente interesse sobre a influência do ambiente físico e das políticas públicas na atividade física. Modelos ecológicos de atividade física são semelhantes à Teoria Social Cognitiva, porém sua maior ênfase está no ambiente físico e nas políticas públicas na mudança de comportamento.

Outro fator a ser considerado, e que tem repercutido em vários estudos sobre o comportamento dos idosos, suas expectativas e os motivos que os levam a aderir e persistir nos programas de atividade física, é o aspecto motivacional. As motivações dos indivíduos diferem e são determinadas e orientadas por contextos que dão subsídios a necessidades psicológicas; postulam a autonomia, a competência e a conectividade dos seres, que podem variar em relação ao nível e tipo de motivação. Trata-se da *Teoria da Autodeterminação*, classificada em motivação intrínseca, extrínseca ou amotivação (FREDERICK; RYAN, 1993).

A Teoria da Autodeterminação reflete sobre o porquê de querer fazer algo por prazer e a intensidade de realizar uma tarefa no sentido de estar intrinsecamente motivado e

também por consequência ou em virtude de outras variáveis envolvidas, na situação de estar extrinsecamente motivado (SOBRAL, 2003). Tal teoria busca entender os componentes da motivação intrínseca e da motivação extrínseca e os fatores que resultam com sua promoção. Nessa perspectiva, é essencial a satisfação das necessidades psicológicas. Entende-se, assim, que “a motivação seja um impulso que venha de dentro e que tem, portanto, suas fontes de energia no interior de cada pessoa” (BERGAMINI, 1997, p. 83).

Para Bzuneck e Guimarães (2007), a motivação extrínseca aproxima-se muito da motivação intrínseca em seu grau de autodeterminação, mas não coincide com ela, já que na regulação integrada o que sustenta a realização da atividade é a sua importância para a obtenção de metas e valores internalizados pelo indivíduo. Em contrapartida, na motivação intrínseca o interesse pessoal está na atividade em si, estando inserido o componente de interesse e de prazer. Nos argumentos da Teoria da Autodeterminação, os fatores ambientais afetam a motivação intrínseca com os processos cognitivos, ou seja, os comportamentos serão influenciados pelo sistema social e contextual no qual estamos inseridos e vislumbram atender a três necessidades básicas: competência, autonomia e vínculo de relacionamento. A Teoria da Autodeterminação adota como prioridade básica a autonomia, a competência e o vínculo. Mostra-se fundamental para a autorrealização que essas necessidades sejam atendidas (GUIMARÃES; BORUCHOVITCH, 2004).

Os princípios e pressupostos da teoria da Autodeterminação são essenciais para o processo de aprendizagem. “A aprendizagem é, afinal, um processo fundamental da vida. Todo indivíduo aprende e, através da aprendizagem, desenvolve os comportamentos que o possibilitam viver” (CAMPOS, 1987, p. 15). Nesse sentido, salienta-se a importância da continuidade do aprendizado, pois nunca deixamos de aprender, é sempre tempo de trocar e adquirir conhecimentos. A reunião dos idosos nas praças para a prática de atividades físicas oportuniza essas experiências e, ao mesmo tempo, fortalece as relações sociais, a promoção de saúde e abre caminho para o processo de envelhecimento bem-sucedido.

A busca pelo significado de *envelhecimento bem-sucedido* começou, na sociedade ocidental, em 1984. Ainda na época foram desenvolvidos instrumentos de medidas que correlacionaram o bem-estar subjetivo aos fatores autonomia, bem-estar psicológico, estratégias de enfrentamento e geratividade. Mais tarde, na década de 1990, pesquisas buscaram identificar os determinantes do envelhecimento bem-sucedido, utilizando métodos, objetivos e tentativas de operacionalização do fenômeno. Entretanto, nos últimos anos, as pesquisas têm dado ênfase em identificar as percepções dos idosos sobre a experiência, associando esse conhecimento aos resultados das avaliações profissionais

(TEIXEIRA; NERI, 2008). Segundo Teixeira e Neri, os estudos de abordagem integrada, medidas objetivas e percepções subjetivas dos idosos possibilitam definir o envelhecimento bem-sucedido como uma meta pessoal, continuamente modificada no curso da vida.

Potencial para o alcance do bem-estar físico, social e psicológico avaliado como adequado pelo próprio indivíduo e seus pares; funcionamento semelhante com a média da população mais jovem e manutenção da competência em domínios selecionados do funcionamento, por meio de mecanismos de compensação e otimização, são definições aceitas e empregadas para o envelhecimento bem-sucedido. Seleção e otimização de capacidades em que o idoso tem bom desempenho servem como compensação das perdas decorrentes do envelhecimento e, conseqüentemente, a continuidade da funcionalidade em domínios selecionados, bem como o aumento da motivação para a realização (MAZO, 2008).

O presente estudo descarta a conotação dicotômica sucesso-fracasso para o termo envelhecimento bem-sucedido e o assume como um processo multidimensional, que considera aspectos objetivos e subjetivos no enfrentamento das mudanças advindas do envelhecimento.

O processo de envelhecimento exige algumas mudanças no comportamento dos indivíduos. Diversas teorias buscam compreender de que forma as pessoas lidam com essas questões, para então sugerir mecanismos que forneçam sustentação aos novos estilos de comportamento. Nesse intuito foi desenvolvido o *Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento*, também conhecido como *Modelo Transteórico*.

Considerado um instrumento promissor de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde, o modelo foi criado em 1983 pelos pesquisadores James O. Prochaska e Carlo DiClemente, para estudos com tabagistas. Desde então, o modelo tem sido aplicado também a outros comportamentos, e destacamos a prática de atividade física, pois o modelo, além de ponderar fatores internos e do ambiente, também considera os processos cognitivos e comportamentais.

Os cinco estágios de mudança do Modelo Transteórico para aquisição ou manutenção de um comportamento, conforme Prochaska; Diclemente, (1983), são: 1) *Pré-contemplação*, estágio de maior resistência às mudanças; 2) *Contemplação*, o indivíduo tem sérias intenções de modificar seu comportamento; 3) *Preparação*, neste o indivíduo está disposto a iniciar a prática de atividade física, já acontecem pequenas mudanças; 4) *Ação*, neste estágio ocorrem mudanças nítidas e positivas de comportamento; 5) *Manutenção*, aqui

o indivíduo consegue permanecer por mais de seis meses na prática de atividade física, torna-se um hábito.

Trata-se de uma teoria dinâmica e aberta, uma vez que seja aplicada e pesquisada em diversas áreas relacionadas aos problemas de saúde pública. As políticas públicas podem ser mais efetivas se identificarem em qual estágio se encontra determinada comunidade ou qual a necessidade mínima de intervenção para acelerar o progresso em cada estágio (VELARDI, 2003).

As teorias, social cognitiva, autoeficácia, autodeterminação, envelhecimento bem-sucedido e modelo transteórico apareceram em vários momentos do presente estudo. Durante as entrevistas ficou nítida a importância das relações sociais entre os idosos, pois nas AMIs criam vínculos de amizade, o que para muitos serve de motivo para permanecer no programa. Alguns idosos ingressaram a convite de amigos ou simplesmente por passar em frente à AMI e se sentir motivado a praticar os exercícios e criar novos laços sociais. O fato de a maioria dos idosos ingressar e permanecer no Programa AMI por questões de saúde revela o quanto eles se preocupam em estar bem, ter autonomia e independência, ou seja, ter um envelhecimento bem-sucedido. Indiscutivelmente ingressar no programa AMI não foi uma tarefa fácil para todos os idosos. Alguns passaram pelos estágios de mudança de comportamento, tendo em vista que muitos completaram no máximo quatro anos de estudo, raros tiveram a oportunidade de conhecer a educação física nas etapas anteriores de suas vidas.

Em todos os modelos teóricos estudados existem indicações que fornecem subsídios importantes para a organização de intervenções capazes de estimular a direção dos comportamentos de saúde dos idosos. Contudo destaca-se no presente estudo a *Teoria da Autodeterminação*. Esta trata dos fatores motivacionais (intrínsecos e extrínsecos), que responderam aos objetivos de identificar os motivos de ingresso e permanência dos idosos nas AMIs, que desencadeiam outras atitudes dos idosos, como aumentar o nível de AF, fazer sugestões e relatar a sua satisfação em relação ao atendimento prestado e à infraestrutura das AMIs.

2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O processo de envelhecimento pode ser compreendido como um fenômeno biopsicossocial que atinge o homem e manifesta-se em todos os domínios da vida do indivíduo (CHEICK *et al.*, 2003). Shephard (2003) define o envelhecimento como uma

perda na capacidade de adaptação fisiológica ao ambiente externo. Para Mazzeo *et al.* (1998), o envelhecimento é um processo complexo que envolve muitas variáveis, tais como genética, estilo de vida, doenças crônicas, que interagem entre si e influenciam significativamente o modo pelo qual alcançamos determinada idade. Além dos aspectos biológicos, psicológicos e suas relações com o meio ambiente, o envelhecimento humano está influenciado por fatores como cultura, política, ideologia, que norteiam as sociedades e os indivíduos (FARINATTI, 2008).

Uma das maiores conquistas do ser humano no século XX foi sem dúvida o aumento da expectativa de vida da população. A esperança de vida cresceu cerca de 30 anos nesse período, projetando um dos maiores desafios sociais da história humana e uma demanda intensa por estudos e análises para definições de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento (VERAS; CALDAS, 2004).

O envelhecimento populacional não se refere a cada geração nem a indivíduos, mas sim à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Esse limite inferior varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, como também econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003). Tal fenômeno vem ocorrendo nos países em desenvolvimento num espaço de tempo mais curto do que em relação aos países desenvolvidos. As razões que estão levando à alteração demográfica no mundo são: redução da mortalidade e da fecundidade. A redução da mortalidade nos países desenvolvidos sobreveio com a Revolução Industrial, que ocasionou um desenvolvimento socioeconômico dessas sociedades. Para os países em desenvolvimento, a redução não foi provocada pelo progresso social e econômico, e sim pela tecnologia avançada (vacinas, antibióticos, remédios, equipamentos etc.) (MAZO *et al.*, 2009). Para Carvalho e Garcia (2003), ao começar o declínio sustentado de fecundidade, dá-se início ao processo de envelhecimento de uma população. Os autores argumentam que em vários países, inclusive o Brasil, cuja população era extremamente jovem, quase estável, com o declínio da fecundidade o ritmo de crescimento anual do número de nascimentos passou, imediatamente, a cair, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária, conseqüentemente, de envelhecimento da população.

De acordo com a OMS, espera-se, no mundo, um aumento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas entre 1970 e 2025. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e até 2050 haverá 2

bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 1990). Estima-se que a expectativa de vida da população brasileira seja de 81,3 anos em 2050, e que em 2025 o Brasil ocupe a 6.º colocação no número de idosos no mundo entre valores absolutos (IBGE, 2010). Em 2050, o Brasil defrontar-se-á com a difícil situação de atender uma sociedade mais envelhecida do que a da Europa atual, onde uma transição etária muito mais lenta, concomitante com o desenvolvimento social e econômico, não foi capaz, ainda, de convertê-la numa sociedade justa para todas as idades. A questão é saber se, num curto período de tempo, o Brasil, que tem uma distribuição de renda e de serviços sociais notavelmente injusta, será capaz de enfrentar com êxito esse desafio (WONG; CARVALHO, 2006).

Segundo projeções do IBGE (2006), o Estado de Santa Catarina destacar-se-á das demais regiões do Brasil, em 2010, quando deverá assumir a liderança das médias de esperança de vida da população brasileira. Santa Catarina possui uma média de 9,2% de sua população composta por idosos, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios de 2005 (IBGE, 2005). Na capital do Estado, a cidade de Florianópolis, do ano de 1980 ao ano de 2004, a população acima de 60 anos aumentou 174% (IBGE, 2005) e em 2009 contou com 44.460 residentes idosos (IBGE, 2009).

Acompanhando o processo de envelhecimento da população mundial, a população idosa de Joinville também vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos. De 1980 ao ano 2000 houve um aumento de 151% na população idosa do município, passando de 11.263 para 28.236 idosos. Esse dado chamou a atenção de Mastroeni (2004). No entendimento do autor, o expressivo crescimento do número de idosos em Joinville realça a incontestável necessidade de estabelecer programas de saúde pública que incentivem a manutenção da prática de um estilo de vida saudável, para os que já possuem, e a adesão àqueles que seguem um estilo inadequado de viver (MASTROENI, 2004). De acordo com censo do IBGE (2010), a população idosa de Joinville chegou a 45.404 indivíduos, o que representa um aumento de 60,8% em relação ao censo de 2000.

O cenário que se desenha é de profundas transformações sociais; são mudanças fantásticas e atuais, que exigem a busca de modelos inovadores que garantam qualidade de vida à população que está envelhecendo (VERAS; CALDAS, 2004). Nessa perspectiva, a OMS adotou o termo *Envelhecimento Ativo* para expressar o processo de conquista dessa visão. A manutenção da capacidade funcional, a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, bem como fazer parte da força de trabalho, constituem as premissas do envelhecimento ativo (WHO, 2005).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Os termos *Atividade Física* e *Saúde* são utilizados no cotidiano, e também em instituições de ensino e órgãos públicos, de forma generalista, em que seu entendimento dependerá do contexto ao qual estiver inserido. Neste estudo o termo *Atividade Física* está fundamentado no conceito de Carpersen, Powell e Christenson (1985), sendo todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte um gasto energético acima dos níveis de repouso. Estão incluídas atividades domésticas, de trabalho, de lazer e no tempo livre. O termo *Saúde* acompanha o conceito dinâmico adotado, em 1947, pela OMS, como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social. A OMS sugere que a aplicabilidade desse conceito deve incluir a necessidade de conhecer os vários determinantes do estado de saúde das populações, apontando na direção do conceito de promoção da saúde. Tal concepção, que destaca a saúde como um componente fundamental do desenvolvimento humano, procura resgatar e valorizar fatores que propiciem uma vida digna e de bem-estar coletivo.

No Brasil a Política Nacional do Idoso (PNI) incorpora os postulados da promoção da saúde para orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais. Preceitua que cabe ao Setor Saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal, como o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia, e a realização de estudos e pesquisas na área (BRASIL, 1994).

Para a atenção integral da saúde do idoso, o Ministério da Saúde apontou importantes diretrizes, sendo elas: promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. O envelhecimento ativo e saudável consiste na busca pela qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Um idoso saudável tem sua autonomia preservada, tanto a independência física como a psíquica. É importante qualificar os serviços de Saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa, como a identificação de situações de

vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais e a avaliação da capacidade funcional (BRASIL, 2006b).

Dentre as medidas preventivas, a promoção de saúde, a profilaxia primária e secundária de doenças, as quais incluem o incentivo à prática de atividades físicas, são as alternativas que apresentam melhor custo benefício para que se realize a compressão da morbidade (CHAIMOWICZ, 1997), tanto no aspecto físico quanto no psicológico (WHO, 2002). A atividade física assume um importante papel, juntamente com as medidas gerais de saúde, nas práticas de prevenção e minimização dos efeitos do envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000; ACSM, 2000), graças em parte à sua irrefutável eficiência nas prevenções primárias e secundárias de inúmeras doenças crônicas (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006) e na melhora das funções cognitivas (GORMAN; CAMPBELL, 1995; WEUVE *et al.*, 2004; NIKOLOVA; DEMERS; BÉLAND, 2009) e de estresse (HARRIS; CRONKITE; MOSS, 2006; SPIRDUSO, 2005).

A prática de atividade física regular há alguns anos é colocada por estudiosos da área como um indicativo para a melhora da saúde física e psicológica do indivíduo e também na prevenção de doenças. Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000) colocam que a participação em um programa de exercícios físicos leva à redução de 25% nos casos de doenças cardiovasculares, 10% nos casos de acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas e distúrbios mentais. Diante disso, salienta-se a importância da atividade física para os idosos como meio de promoção de saúde e qualidade de vida, pois a inatividade física está presente cada vez mais na população (WHO, 2005).

Nos últimos anos, verifica-se uma maior preocupação com a saúde, sentida em algumas iniciativas que vêm sendo adotadas pelo poder público. No Brasil, os programas parecem assumir posição de destaque, ainda que possa haver diferenças no montante de recursos públicos destinados à promoção da atividade física, às pesquisas e ao estabelecimento de políticas públicas na área (FERREIRA; NAJAR, 2005).

2.4 FATORES DETERMINANTES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

São inúmeras as razões que levam os idosos a praticarem algum tipo de atividade física (AF). Muitos estudos evidenciam os fatores determinantes para a adesão ou não de um estilo de vida mais ativo e saudável. Neste estudo especificamente, investiga-se quais os fatores que favorecem o ingresso e a permanência de idosos em programas de atividades físicas, considerados como fatores facilitadores, assim como se averiguam os fatores que

contribuem na desistência ou até mesmo impedem o ingresso, considerados nesse caso como barreiras.

Sallis e Owen (1999) designam o termo “barreiras” para a AF, que representa um fator negativo, para descrever as razões e os motivos que levam os indivíduos a resistir ou desistir do ato de praticar algum tipo de atividade física. Para promover ou provocar uma atitude positiva em relação à prática de AF, os autores utilizam o termo “facilitadores”. Em suma, a definição dos fatores determinantes contempla a descrição de elementos que facilitam a modificação ou manutenção de comportamento, tanto quanto fatores que as dificultam. São os chamados “fatores facilitadores” e “barreiras” para a prática de atividade física.

Para Marcus (1995), os fatores determinantes para a prática de AF podem ser classificados em três grupos: características pessoais, variáveis psicológicas e fatores ambientais. Segundo Sallis e Owen (1999), existem ainda outras categorias, como fatores sociodemográficos, fatores socioculturais e atributos comportamentais, mas em geral, os fatores determinantes do comportamento resultam de interações do indivíduo com seu semelhante, com a sociedade, com o ambiente, consigo mesmo.

Um estudo realizado com idosos residentes na região metropolitana de São Paulo constatou que as barreiras mais frequentes relatadas por idosos de ambos os sexos foram: falta de equipamentos, falta de tempo, de conhecimento e medo de lesões. Já nas cidades do interior do Estado, esse mesmo estudo constatou que as barreiras mais frequentes foram: falta de equipamentos, necessidade de repouso, falta de local, clima inadequado e falta de habilidade (ANDRADE *et al.*, 2000). Conforme os autores, fica evidenciado que as barreiras diferem segundo o sexo e o tamanho da cidade, e ambos estão relacionados às condições de saúde e vontade do indivíduo. Outro estudo envolvendo idosos também detectou como barreiras a falta de equipamentos e de local para a prática, o medo de lesão e a falta de conhecimento (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001). De acordo com tais autores, as barreiras poderiam ser superadas com a divulgação de novas mensagens de promoção da AF, que mostram que não há necessidade de equipamentos, local ou conhecimento para uma pessoa ser regularmente ativa.

Um nível adequado de conhecimento sobre os programas de atividade física não necessariamente reflete um envolvimento regular nas práticas. Para que as pessoas idosas participem regularmente, elas devem ter conhecimento sobre os benefícios, superar vícios e comportamentos inadequados e desenvolver hábitos propícios à prática. A promoção de saúde por meio de AFs regulares terá de enfatizar, além do incremento ao conhecimento,

estratégias para superar as barreiras, facilitando assim a adoção de um estilo de vida ativo (MAZO *et al.*, 2009; MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001; SALIN *et al.*, 2011).

O papel dos profissionais da área da saúde tem grande relevância no que diz respeito ao incentivo aos idosos para prática de AF. Mas cabe também aos educadores, líderes comunitários e políticos minimizar as barreiras e ampliar em quantidade e diversidade os fatores facilitadores de adesão às práticas de AF. Mediante comunicação chegarão até os idosos as informações pertinentes aos benefícios dos programas de atividades físicas para um envelhecimento saudável. Para Gobbi (1997), difundir a prática de exercícios físicos entre os idosos é uma estratégia simples, barata e eficaz, tanto para diminuir os custos relacionados à saúde quanto para melhorar a qualidade de vida. Programas que visam ao envelhecimento ativo são relevantes para o sucesso econômico de países que, como o Brasil, enfrenta acentuado processo de envelhecimento, o que indica uma crescente procura por serviços, sobretudo na área da saúde pública (MAZO *et al.*, 2009).

O estudo de Salin *et al.* (2011) concluiu que estimular pessoas inativas a se tornarem mais ativas à medida que envelhecem constitui dever do Estado, por meio de políticas e programas. Dessa forma, é particularmente importante providenciar áreas seguras para caminhadas e apoiar atividades comunitárias culturalmente apropriadas que estimulem a atividade física e que sejam organizadas e lideradas com a participação dos próprios idosos.

2.5 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E A PESSOA IDOSA

Com o advento da Revolução Industrial, em 1929, o desenvolvimento de novas tecnologias permitiu que as pessoas reduzissem a quantidade de trabalho físico necessário para realizar muitas tarefas do cotidiano (HALLAL *et al.*, 2012). Ao passo que a revolução tecnológica trouxe uma série de benefícios para a população em geral, também gerou um custo maior em termos de contribuição para a inatividade física, colaborando para a epidemia mundial de doenças não transmissíveis (LEE *et al.*, 2012). Para Lee *et al.*, o peso da inatividade física na população é inaceitavelmente alto. Evidências apontam que a inatividade física vem se tornando, rapidamente, um fator de risco para as doenças não transmissíveis, nos países de baixa e média renda (OMS, 2011).

Em relação ao gasto energético produzido para a realização das atividades do cotidiano, a literatura considera sedentário o indivíduo que despenda semanalmente até 500 Kcal. Nessas atividades estão incluídos afazeres no trabalho, lazer, atividades domésticas e

locomoção. Para o indivíduo ser considerado moderadamente ativo, ele deve acumular um gasto energético semanal de, pelo menos, 1000 Kcal, para desempenhar as mesmas atividades (HASKELL *et al.*, 2007).

A prevalência do sedentarismo é elevada em todas as faixas etárias, mas na população idosa chega a ultrapassar os 90% em muitos casos (JACOB FILHO, 2006). Jacob Filho afirma que o sedentarismo é uma doença responsável pela limitação funcional em idosos e, se tratada por meio de atividade física programada, poderá evitar a sua instalação ou ainda corrigir as disfunções dela decorrentes. Zaitune *et al.* (2006) investigaram a prevalência de sedentarismo em 426 indivíduos idosos, no município de Campinas (SP). O estudo teve como referência o exercício praticado no lazer e revelou que 70,9% dos idosos eram sedentários.

Embora se desenvolvam muitas estratégias para aumentar o nível de atividade física da população mundial (PRATT *et al.*, 2012; HEATH *et al.*, 2012), a adesão à prática de AF ainda se mostra lenta e está piorando em alguns países (DUMITH *et al.*, 2011). Apesar das evidências sobre os benefícios da AF, seus níveis tendem a declinar com o avanço da idade, fato que contribui para a redução da aptidão física e a manifestação de diversas doenças (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006; HASKELL *et al.*, 2007). A prevalência da inatividade física foi observada por Hallal *et al.* (2003) em estudo realizado em Pelotas (RS) com 3.182 pessoas acima de 20 anos. Os autores constataram que 43,2% das mulheres entrevistadas entre 60 e 69 anos (n = 183) eram insuficientemente ativas e que, com o avançar da idade, esses valores aumentavam, atingindo 69,1% nas mulheres com mais de 70 anos. Vários estudos realizados com idosos verificaram que, quanto mais avançada a idade, menor o nível de atividade física (NAF) (ALENCAR *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2010; MAZO *et al.*, 2005; HALLAL *et al.*, 2012); o nível de atividade física é maior em mulheres do que em homens e maior em países de alta renda (HALLAL *et al.*, 2012). Entretanto uma pesquisa feita com 749 frequentadores adultos e idosos (média de idade 49 anos) de sete parques públicos de São Paulo verificou um maior percentual de inativos (não praticavam nenhuma AF regular) nos indivíduos entre 18 e 20 anos de idade (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O inquérito sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em São Paulo nos anos de 1999 e 2000, verificou que somente 26,5% dos idosos realizavam AF regularmente (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Em investigação realizada nos centros de convivência de Florianópolis (SC), Mazo (2003) verificou que 65% das idosas participantes eram inativas nas atividades de lazer.

Para Bauman *et al.* (2012), é necessário entender os fatores que influenciam as pessoas a serem ativas ou inativas fisicamente. Os pesquisadores acreditam que esse entendimento, com base em evidências, contribuirá para o planejamento de intervenções de saúde pública, pois poderão combater as causas da inatividade. Hallal *et al.* (2012) complementam que, em virtude da ausência de instrumentos padronizados adequados para uso internacional, até uma década atrás era impossível fazer comparações no tocante a padrões de participação na atividade física entre países. Os autores acreditam que, para implementar programas de promoção de saúde eficazes, as políticas públicas precisam de melhoria contínua no monitoramento das atividades físicas e suas tendências, o que ajudaria no aumento dos níveis de atividade da população.

Com o apoio da OMS, do CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos) e do Instituto Karolinska, na Suécia, no intuito de desenvolver e avaliar a validade e a reprodutibilidade de um instrumento de medida do nível de atividade física, para uso internacional, pesquisadores de 12 países (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil) construíram, em 2001, um questionário. Trata-se do IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) (MARSHAL; BAUMAN, 2001). O IPAQ foi publicado em duas versões, a curta e a longa. A versão curta contém sete questões abertas, e suas informações permitem estimar o tempo despendido, no período de uma semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ comporta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, locomoção, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido na posição sentada (CRAIG *et al.*, 2003).

Em relação à aplicação do IPAQ (forma longa e semana normal), em indivíduos idosos, dois estudos foram desenvolvidos com o objetivo de verificar a reprodutibilidade e validade do instrumento com mulheres (BENEDETTI; BARROS, 2004) e homens (BENEDETTI *et al.*, 2007). De acordo com os pesquisadores, as pesquisas apresentaram um nível de validade concorrente moderado, sendo mais indicado para discriminar níveis gerais de AF (menos ativos/mais ativos). Entretanto o IPAQ (forma longa e semana normal) é um instrumento complexo e extenso, o que exige muita atenção dos idosos e treinamento intenso dos avaliadores. Diante de tais dificuldades, Mazo e Benedetti (2010) propuseram uma adaptação na estrutura e aplicação do IPAQ, quando administrado com idosos, uma vez

que as pesquisadoras possuem uma vasta experiência em pesquisas com essa população. O IPAQ adaptado para idosos sofreu uma redução no número de questões, porque as perguntas referentes aos dias da semana e ao tempo (minutos/dia) foram agrupadas na mesma questão, o que facilita o raciocínio dos idosos. Contudo o instrumento manteve os mesmos domínios, sem alteração na ordem e linguagem das questões, de modo que não afetou as suas propriedades psicométricas (MAZO; BENEDETTI, 2010).

Em uma revisão sistemática da evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil, Hallal *et al.* (2012) verificaram que 93% das investigações no país recorreram a questionários e que o mais utilizado foi o IPAQ, o que facilita a discussão entre os estudos. Segundo MacNiven, Bauman e Abouzeid (2012), torna-se relevante avaliar todos os domínios para a compreensão da atividade física em todo o mundo, pois a frequência da atividade em cada domínio varia muito entre os países. As atividades domésticas, de trabalho e locomoção são os tipos mais comuns em países de baixa e média renda, enquanto atividades de lazer contribuem mais para o total de atividade física em países de renda mais alta.

2.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS POR IDOSOS EM PARQUES PÚBLICOS

Existe uma gama de opções para designar atividades físicas em ambientes públicos ao ar livre. Quando tais atividades, nessas condições, forem acrescidas de equipamentos ou aparelhos de ginástica e ainda destinadas a um público específico, as opções multiplicam-se. No intuito de levantar todas as possibilidades para encontrar publicações sobre o tema deste estudo, optou-se pela revisão sistemática da literatura. Assim, procedeu-se à busca por descritores que pudessem estar relacionados às condições específicas do tema “Academia da Terceira Idade”, a referência mais popular da atividade em questão. O método utilizado na revisão sistemática encontra-se no Apêndice 1.

Após um longo período organizacional, do cumprimento de todas as etapas de seleção dos artigos iniciando pelos títulos, seguidos pelos resumos e finalmente pela leitura na íntegra, chegou-se ao resultado final, 14 artigos.

Os artigos são procedentes de vários países, com destaque para as pesquisas realizadas nos Estados Unidos (EUA), que representam 50% dos estudos selecionados. O Brasil aparece em segundo lugar, com duas pesquisas, e os demais países contribuíram com uma publicação (Suécia, Colômbia, Coreia do Sul, Austrália e Inglaterra). Quanto às datas das publicações, o texto mais antigo é de 1999, oriundo da Coreia da Sul. Metade dos estudos foi publicada entre 2010 e 2012, fato que não causa estranheza pela jovialidade do tema.

Em relação aos tipos de estudo, verificou-se oito transversais, dois ensaios clínicos, uma revisão sistemática, um relato de experiência e um estudo descritivo-comparativo. O trabalho de Bauman *et al.* (2012) aborda a dificuldade de encontrar evidências científicas pelo alto número de publicações transversais. Os pesquisadores argumentam que as pesquisas correlacionais avaliam somente associação estatística, em vez de constituir prova de uma relação causal entre os fatores e a atividade física. Quanto à população pesquisada, seis estudos foram exclusivamente com idosos, outros seis incluíam várias faixas etárias, incluindo idosos, e de dois estudos participavam adultos e idosos. Sobre os instrumentos empregados, 50% foram questionários, quatro estudos observacionais, um estudo de busca em bases de dados, um estudo com intervenção e um com as técnicas “foto voz” e grupo focal.

Entre os objetivos dos estudos estavam: avaliar o impacto da instalação de equipamentos em áreas de parques públicos; associar o acesso a espaços verdes urbanos com a qualidade e o nível de AF; avaliar o risco cardiovascular de usuários de parques públicos; discutir limitações metodológicas em estudos de observação; averiguar o efeito da caminhada ao ar livre em funções fisiológicas e emocionais; associar os atributos do ambiente construído e o uso dos parques; examinar o papel social das caminhadas na vizinhança; comparar uso, tipos de AF e ocupação entre dois programas públicos de AF; comparar estratégias de engajamento em programas de caminhada; identificar modelos teóricos para prognosticar a associação entre ambiente construído e prática de AF; examinar a relação entre ambiente construído e prática de caminhada em diferentes níveis (multiníveis); investigar fatores de influência na prática de AF ao ar livre e examinar os efeitos individuais e conjuntos de características demográficas de usuários de parques e seus níveis de AF.

Entre os estudos revisados destaca-se o de Cohen *et al.* (2012), realizado nos Estados Unidos. Os pesquisadores avaliaram o impacto dos equipamentos das “zonas *fitness*” (ZF) em seis parques administrados pelo distrito de Los Angeles e seis parques administrados pela cidade de Los Angeles. As ZFs são um conjunto de oito equipamentos para a prática de exercícios aeróbicos e resistidos, de fácil utilização, fabricados com material resistente ao clima e ao vandalismo. O uso desses equipamentos é apropriado para indivíduos a partir dos 13 anos de idade.

Para determinar se as ZFs atraíam novos usuários, os pesquisadores utilizaram o instrumento SOPARC (System for Observing Play and Recreation in Communities). A instalação dos equipamentos de ZF foi associada com o aumento absoluto do uso em metade dos parques ZF. Além disso, a sua instalação aumentou o nível de AF de moderada para vigorosa nos parques. Mesmo esses resultados não serem estatisticamente significativos, os pesquisadores acreditam que o aumento significativo reportado do uso dos parques ZF empresta credencial para a possibilidade de as zonas *fitness* poderem de fato estar tendo um impacto (COHEN *et al.*, 2012).

Estudo semelhante foi realizado no Brasil utilizando o SOPARC. Com o objetivo de comparar as taxas de ocupação e a prática de atividades físicas em parques públicos, Parra *et al.* (2010a) avaliaram dez parques públicos da cidade de Recife (PE), dos quais cinco possuem o Programa Federal Academia da Cidade (PAC). Realizado com quase 33 mil usuários, o estudo revelou que as pessoas que utilizam os parques que possuem o PAC estavam mais propensas à prática de AF moderada à vigorosa. Relativamente, havia mais participantes mulheres idosas nos parques com PAC. Para os pesquisadores, com base na observação sistemática, o PAC parece ser uma estratégia útil em promover a prática de atividades físicas em parques públicos entre a população de Recife.

Um estudo realizado em Bogotá avaliou, entre outras variáveis, a relação entre o uso ativo de parques e a percepção do ambiente construído. Participaram do estudo 1.966 idosos. Apenas 23% da amostra foi classificada como usuária ativa do parque. O estudo sugere que atributos objetivos do ambiente construído residencial (declividade do terreno, densidade de parques, conectividade e uso misto do solo) estão associados com o uso ativo de parques, segundo a percepção dos idosos de Bogotá (PARRA *et al.*, 2010b).

Investigações na área da atividade física em espaços públicos e sua influência no nível de atividade física da população vêm ganhando espaço nos últimos anos. Embora o

tema faça parte das discussões de organizações internacionais há décadas, recentemente a revista inglesa *The Lancet* lançou uma série de estudos, publicados sequencialmente, abordando a extensão da prática de AF, suas formas de abordagem e evidências científicas em âmbito global. Essa série conta com o trabalho de um grupo de pesquisadores de várias nacionalidades, que têm em comum o objetivo do reconhecimento da importância da AF e conseqüentemente no investimento de que ela necessita.

2.7 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOA IDOSA

Atualmente existe uma preocupação com o envelhecimento ativo, como a luta contra o sedentarismo. Os programas de atividade física surgem como formas de promoção de saúde beneficiando os indivíduos em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais (WHO, 2005). A promoção da saúde teve seu conceito construído entre as décadas 1970 e 80, por meio das iniciativas do Ministério da Saúde Canadense e da OMS (WHO, 1996). A promoção da saúde, portanto, compreende ações individuais e comunitárias, além de ações e compromisso das instituições e dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um (NAHAS, 2010).

A partir da I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, a promoção da saúde passou a ser prioridade nas políticas públicas de vários países. Na década de 1990, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) adotaram na América Latina estratégias para orientar os trabalhos de cooperação técnica. Iniciou-se nesse período o Movimento Cidade Saudável, para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local (ADRIANO *et al.*, 2000).

Uma série de acontecimentos em âmbito mundial, com vistas à promoção de saúde, principalmente relacionados à pessoa idosa, foi compilada por Benedetti (2004) em sua tese de doutorado. Entre eles destacam-se:

- O Programa Envelhecimento Ativo: adotado pela OMS no fim dos anos 90. Teve como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo, incluindo as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados;
- A OMS lançou em 1996, em Heidelberg – Alemanha, em conjunto com a International Society for Ageing and Physical Activity (ISAPA), as *Recomendações para a promoção de*

atividade física entre as pessoas idosas, o que deixou claro a posição da OMS em relação à importância da prática de atividade física regular para um envelhecimento saudável;

– Outros programas foram recomendados pelo American College of Sports Medicine (ACSM) com relação à prática sistemática de atividade física para melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos, os programas da OMS, como Active Ageing Makes the Difference (Envelhecimento Ativo Faz a Diferença), em 1999; The Global Movement for Active Ageing and Global Embrace (Movimento Global para Envelhecimento Ativo e Abraço Global), em 2000 e 2001; Active Ageing: A Policy Framework (Envelhecimento Ativo: Um Projeto de Política de Saúde), em 2002; e Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (Estratégia Global Sobre Dieta, Atividade Física e Saúde), em 2004;

– Alguns países incentivam outros programas, como é o caso do Active Living, no Canadá, programa Over 60's, no Reino Unido, os programas Mexa-se Mais, Atividade Física para Pessoas Idosas do Conselho de Oeiras e No Porto a Vida é Longa, ambos em Portugal.

Ações dessa natureza também vêm sendo desenvolvidas em âmbito nacional. Em 1986, por exemplo, foi criado o Programa Nacional de Educação e Saúde por meio do Exercício Físico e do Esporte, pelos Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto, envolvendo, respectivamente, suas Coordenadorias de Doenças Crônico-degenerativas e Secretaria de Educação Física. O programa surgiu com o objetivo de contribuir para o aumento da prática esportiva e de atividades físicas pela população, conscientizando-a sobre a importância da atividade física como fator de saúde e estimulando o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de vida.

Entre 1987 e 1988, o programa foi implantado em 14 Estados mediante convênios com universidades públicas e a Secretaria de Educação Física e Esportes do MEC. A Política Nacional do Programa foi implementada por uma Comissão Interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) e por um Comitê de Assessores, objetivando a discussão do binômio exercício físico-saúde (WONG; CARVALHO, 2006).

No Brasil observa-se um crescente número de programas de atividade física para a terceira idade nos diferentes segmentos da comunidade. Nesse contexto salientam-se os Grupos de Convivência de Idosos, o Serviço Social do Comércio (SESC), as universidades, os centros comunitários, clubes e academias. Além das entidades não governamentais, encontram-se iniciativas governamentais com parcerias no âmbito estadual e municipal, como exemplo os Jogos para Integração dos Idosos. Estes surgiram como uma das ações do Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do

Idoso (PAG-PNI), lançado em março de 1996 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio da Secretaria de Assistência Social (MAZO *et al.*, 2009).

Destacam-se no Brasil os trabalhos voltados à atividade física para a terceira idade realizados nas universidades públicas há mais de 20 anos, como é o caso da Universidade Federal de Santa Maria, da Universidade Federal de Santa Catarina, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, da Universidade de São Paulo e Universidade Estadual de Santa Catarina (SALIN, 2006). Salin (2006) ainda salienta os programas desenvolvidos nos municípios catarinenses, por meio das prefeituras em parcerias com suas secretarias de saúde, do esporte e ação social, como é o caso de Florianópolis, São José, Joinville, Jaraguá do Sul, Blumenau e Itajaí, bem como os programas e projetos desenvolvidos por algumas universidades comunitárias, como a Universidade da Região de Joinville, a Universidade de Blumenau e a Associação Educacional Luterana Bom Jesus-IELUSC.

2.7.1 Academias em espaços públicos para pessoa idosa

Com base na proposta das Cidades Saudáveis, surgida em 1978 em Toronto, Canadá, algumas cidades brasileiras tiveram a iniciativa de desenvolver programas de promoção de atividade física, enfocando o aumento do nível de atividade física da população e a ampliação do conhecimento sobre os benefícios da sua prática (ADRIANO *et al.*, 2000). No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) inclui a promoção de atividades físicas na agenda nacional. A Portaria n.º 2.608, de 28 de dezembro de 2005, destina recursos a todos os estados da federação para investimento em projetos locais de incentivo à atividade física. Recentemente o governo federal publicou a portaria n.º 719, de 7 de abril de 2011, que instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal programa tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população com a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para práticas corporais, de atividade física, de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). Tem se observado um crescimento das iniciativas de larga abrangência populacional, sob a forma de programas e campanhas em prol de estilos de vida mais ativos (ADRIANO *et al.*, 2000; BRASIL, 2006a; FERREIRA; NAJAR, 2005).

Com apoio da iniciativa privada e das prefeituras, várias cidades do país estão sendo contempladas com as academias de ginástica ao ar livre. Instaladas em parques e praças públicas, normalmente a intenção desses projetos é fazer com que a população adquira o

hábito de praticar atividades físicas, proporcionando com isso uma saúde melhor. Há muito tempo o hábito saudável aliado ao exercício físico é utilizado pelos povos orientais na melhoria da qualidade de vida. Essa novidade que algumas cidades estão começando a experimentar, desde o fim da década de 90, é uma realidade em parques chineses, onde milhares de pessoas fazem da prática do exercício uma rotina diária (RIBEIRO, 2010).

Em decorrência do avanço no acometimento de doenças não transmissíveis na população, a República Popular da China aprovou, em 1995, a Lei de Saúde Física. Nesse mesmo período o Conselho de Estado da China promulgou o esboço de um programa de exercícios físicos para todos, denominado Nationwide Physical Fitness Program (NFPF). O objetivo do NFPF é melhorar a saúde e a condição física da população em geral. Entre as ações definidas no programa, estava a instalação de academias de ginástica ao ar livre. A partir de 1998 essas academias foram sendo instaladas em parques da cidade, ruas e outras áreas públicas (NATIONWIDE..., 2012). Em 2001, assegurado em sediar as olimpíadas de 2008, o governo chinês intensificou a instalação das academias ao ar livre. Aproveitando o ensejo dos Jogos Olímpicos, foram criadas campanhas de incentivo à prática de exercícios físicos, no intuito de motivar a população chinesa a aderir um estilo de vida ativo e saudável. Até o início dos Jogos Olímpicos havia cerca de 4 mil academias instaladas, somente em Pequim. A população adotou a ideia, e tanto os chineses como os turistas usam as praças, que são equipadas com aparelhos resistentes aos fatores climáticos e apropriados para atenderem todas as faixas etárias. Existem diferentes aparelhos para a realização de exercícios físicos básicos, tais como alongamento, fortalecimento muscular, resistência cardiorrespiratória, entre outros (RPC, 2012; BEIJING..., 2012). Seguindo o exemplo de Pequim, o governo de Londres, Reino Unido, juntamente com a empresa patrocinadora oficial dos Jogos olímpicos de 2012, instalou academias ao ar livre em bairros e nas áreas de acolhimento dos atletas olímpicos. As academias foram batizadas de *adiZones*, possuem as mesmas funções das academias chinesas, entretanto o *design* é bem diferente (BEIJING..., 2012).

As ATIs do município de Maringá, de acordo com Ferreira (2008), têm o objetivo de incentivar a prática de atividade física, inclusão social, melhora da autoestima dos praticantes e da saúde em geral, visando principalmente proporcionar condições para melhorar a saúde dos idosos. Em 2005, Maringá formalizou sua adesão à rede de municípios Potencialmente Saudáveis, que visa incentivar a elaboração de políticas públicas e a troca de experiências entre os municípios. Compromissada com a promoção de saúde da população, Maringá criou o Programa Maringá Saudável, que conta com um Grupo de Trabalho

Intersetorial e desenvolve projetos com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população. Trata-se de um trabalho articulado entre as secretarias que tem, entre seus projetos prioritários, a ATI.

A ATI tem como objetivos incentivar a prática regular de atividade física entre os idosos; alterar suas condições de saúde; promover a sociabilidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida. É o antídoto encontrado pelo poder público municipal local contra o sedentarismo e todos os males provocados pelo comodismo e pela ausência da prática de atividades físicas. Participam desse projeto as Secretarias Municipais de Saúde, de Esportes, de Desenvolvimento Urbano e Planejamento e de Serviços Públicos; instituições de ensino superior, como a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Uningá e Cesumar; e os patrocinadores Unimed e CR Almeida (PALÁCIOS, 2009).

Uma empresa brasileira foi convidada a fazer parte da execução do projeto ATI, e sua colaboração se deu no desenvolvimento dos equipamentos. Os modelos chineses tornaram-se um marco inicial para o desenvolvimento dos aparelhos; após algumas modificações hoje o *designer* é exclusivo da empresa, tendo Certificado do Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI). A empresa possui certificação do processo de qualidade ISO 9001:2008, além de atestados de profissionais de educação física e engenharia mecânica aprovando a biomecânica e mecânica, respectivamente, dos equipamentos que garantem a segurança dos usuários (ZIOBER, 2012).

Atualmente existem 46 ATIs em diferentes bairros, localizadas próximas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maringá, com o objetivo de facilitar o envolvimento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) na promoção de atividade física. A Secretaria de Esportes mantém monitores orientando a realização dos exercícios nas ATIs (ZIOBER, 2012).

De acordo com Ziober (2012), no Brasil já são mais de 7.500 academias instaladas em mais de 2.000 municípios de diferentes regiões do território nacional. Em Santa Catarina, conforme Vanzuita e Wiggers (2008), as primeiras ATIs foram instaladas em 2007, no município de Lages, com a premissa de aumentar a qualidade de vida mediante exercícios orientados por profissionais de Educação Física. Em dezembro do mesmo ano a Fundação de Esportes Lazer e Eventos de Joinville inaugurou a primeira AMI, na Praça Tiradentes, região sudeste do município. Até hoje é uma das mais frequentadas pelos idosos (OLIVEIRA, 2012). Essas academias existem graças às parcerias firmadas entre governo municipal, empresas privadas na área da saúde e universidades. Nas parcerias as empresas fornecem os aparelhos, as universidades indicam os acadêmicos dos cursos de Educação

Física e a prefeitura sede o espaço, administra os serviços e remunera os acadêmicos por meio de bolsas de estudos (ZIOBER, 2012).

Se por um lado as academias em espaços públicos podem ser uma aliada para a saúde, a falta de orientadores nesses locais pode ser um problema. Da mesma forma que a inatividade física é prejudicial à saúde, o excesso ou a prática sem orientação também pode ser nocivo. Por essa razão, o exercício físico deve ser orientado por profissionais habilitados (MENDES, 2010). Ainda não existem no Brasil estudos científicos que comprovem a eficiência desses serviços, bem como o impacto que tais academias causam na população. Pequenos levantamentos (COELHO, 2009; XAVIER, 2009; ZIOBER, 2012; PALÁCIOS, 2009), em âmbito local, são realizados em busca de informações de caráter mais específico, de forma que não é possível a realização de uma avaliação mais profunda por meio desses dados. A Secretaria Municipal de Maringá, por exemplo, por intermédio de questionários distribuídos nas praças, registrou, entre as pessoas acima de 60 anos, a diminuição de 30% de consultas e 27% de solicitações de anti-inflamatórios nos postos de saúde próximos às praças nas quais foram instalados os aparelhos (PALÁCIOS, 2009).

Ainda em Maringá, um estudo, com 401 indivíduos, identificou o perfil socioeconômico dos usuários das academias e verificou que apenas 36% deles têm idade maior ou igual a 61 anos e 32% estão na faixa de 47 a 60 anos; ressalta-se o objetivo das praças é atender a população idosa. Dados como escolaridade, renda familiar e uso de medicamentos também foram levantados. Em relação à prática de atividades físicas, a pesquisa detectou que 40% dos indivíduos iniciaram as atividades com a inauguração das praças e 100% dos entrevistados relataram uma percepção de melhora da sua saúde desde que começaram a frequentar as ATIs (FERREIRA, 2008).

Outro aspecto foi observado por Mendes (2010) no tocante às ATIs. Como as academias são instaladas em praças, proporcionam a recuperação dos locais públicos antes não utilizados apropriadamente pela população e suscetível ao vandalismo. Elas funcionam como um instrumento de resgate dos locais públicos, que são disponibilizados à população para uma prática saudável e que resulta na inclusão da pessoa idosa à sociedade.

2.7.2 Município de Joinville (SC) e a Academia da Melhor Idade

O município de Joinville localiza-se na região nordeste do estado de Santa Catarina, na região sul do Brasil. Foi fundado em 9 de março de 1851, com a chegada dos imigrantes vindos da Alemanha, Suíça e Noruega, a bordo da barca Colon. A nova terra foi denominada Colônia Dona Francisca, em homenagem à princesa Francisca Carolina, filha de D. Pedro I e herdeira de uma área de 25 léguas quadradas. Os primeiros colonizadores chegaram às terras brasileiras dois anos depois, juntando-se a portugueses e indígenas já estabelecidos na região. Em 1852 a colônia passou a ser chamada de Joinville (PORTAL DA PREFEITURA DE JOINVILLE, 2010).

Resultado da dedicação ao trabalho dos primeiros imigrantes, Joinville tem hoje uma das economias mais diversificadas e desenvolvidas do sul do país. Desde a década de 1970, a cidade é conhecida como um dos centros industriais, configurando-se como o terceiro polo econômico do sul do país, ficando atrás somente das capitais Curitiba e Porto Alegre, dos estados vizinhos Paraná e Rio Grande do Sul, respectivamente (IPPUJ, 2011b). Além de abrigar indústrias líderes em seus segmentos de atuação, destaca-se também pelo forte setor de serviços e pelo turismo. Joinville é conhecida como Cidade das Flores, Cidade das Bicicletas, Cidade dos Príncipes ou Cidade da Dança. É o município mais populoso e industrializado de Santa Catarina, atualmente tem mais de 515 mil habitantes e ocupa o primeiro lugar do PIB *per capita* no estado (IBGE, 2010).

O governo de Joinville, empenhado em melhorar a qualidade de vida de sua população, vem desenvolvendo vários projetos e ações na área da promoção da saúde. Uma dessas ações é a implantação da AMI, que objetiva incentivar a prática de atividade física, maior socialização, melhora da autoestima e da saúde em geral dos idosos participantes. Nessa perspectiva, o Programa AMI tem como objetivo principal a inserção de atividades físicas, com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, como forma de promoção de saúde para os idosos da comunidade (PMJ, 2007).

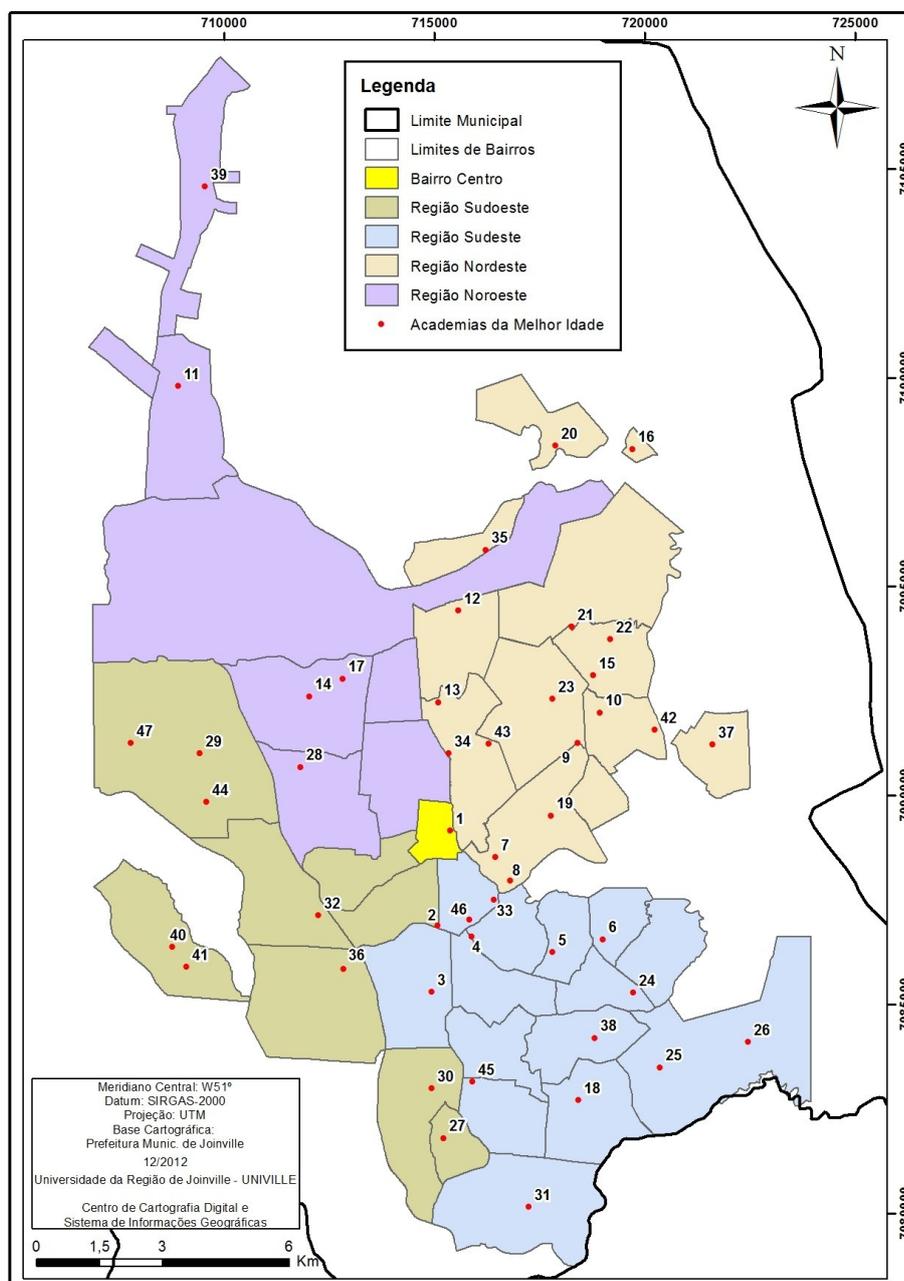
A proposta de implementação do projeto foi planejada para ocorrer em duas etapas. A primeira envolvendo a área de Educação Física e Enfermagem para atuar na triagem, orientação e acompanhamento dos idosos na utilização dos equipamentos da AMI. A segunda com a participação de psicólogos e nutricionistas em espaços cedidos pela comunidade. A atuação da área de Educação Física é realizada por profissionais formados e estagiários (monitores) dos cursos de Educação Física da Univille e Bom Jesus/IELUSC.

Cada monitor atua por quatro horas diárias, perfazendo vinte horas semanais. Cabe aos monitores desenvolver práticas corporais e atividades físicas nas academias (AMI). As atividades físicas praticadas são compostas de alongamentos, caminhadas, exercícios nos equipamentos e exercícios respiratórios (CONCEIÇÃO, 2010).

Profissionais e estagiários do curso de Enfermagem realizam a assistência de enfermagem, com vistas a investir na prevenção por meio de triagem, orientação, controle de glicemia, pressão arterial, encaminhamento para avaliação psicológica e atendimento de urgência. A participação dos psicólogos e nutricionistas (formados e formandos) envolve a segunda etapa do projeto, com orientação para os idosos que apresentarem necessidades desse serviço. A orientação acontece em locais cedidos pela comunidade. O encaminhamento ocorre durante o processo de atendimento na AMI, quando identificada a necessidade pelos profissionais de Enfermagem e Educação Física (CONCEIÇÃO, 2010).

O Programa AMI foi criado em 2007, por iniciativa da Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ) e contou com o apoio da Secretaria Municipal da Saúde e patrocínio da Unimed Joinville. Essa união ainda conta com a parceria da Universidade da Região de Joinville (Univille) e da Associação Educacional Luterana Bom Jesus-IELUSC, as quais indicam os acadêmicos dos cursos de Educação Física para atender os idosos que frequentam as academias. O município fechou o ano de 2012 com 47 academias instaladas nas praças em diferentes regiões da cidade (OLIVEIRA, 2012). A figura 1 mostra a localização exata das AMIs (em dezembro/2012) numeradas por ordem de instalação.

Figura 1 - Localização das AMIs no município de Joinville-SC em dezembro/12.



Fonte: Centro de Cartografia Digital e Sistema de Informações Geográficas – Univille (2012)

O investimento de implantação de cada unidade gira em torno de 34 mil reais. A escolha do local para instalação conta com a participação da própria comunidade, por meio das plenárias do Orçamento Participativo, organizadas pela prefeitura para definir a finalidade das verbas públicas destinadas aos bairros (PREFEITURA DE JOINVILLE, 2007; PMJ, 2010). Entre as estratégias de ações do Projeto AMI, estão a realização de campanhas para incentivar a prática de atividades físicas, realizar avaliações físicas com os idosos, oferecer monitoramento em todas as academias e gerar dados para desenvolvimento de pesquisas científicas.

As academias da terceira idade, normalmente, são constituídas em meio a uma praça ou parque público, onde é feito um piso de concreto para a instalação dos equipamentos. No caso de Joinville, as praças também receberam no último ano iluminação para segurança e uso noturno, bancos, plantio de árvores e, quando o espaço permite, são instalados parquinhos para as crianças (OLIVEIRA, 2012). Nas AMIs são utilizados, basicamente, dez aparelhos, e estes podem ser adquiridos nas versões individual, duplo ou triplo, conforme a demanda e necessidade dos clientes. Uma placa é instalada mostrando todos os aparelhos, suas funções e alguns exemplos de exercícios de alongamento. Os aparelhos têm como função alongar e fortalecer a musculatura e melhorar a agilidade, a coordenação motora e o equilíbrio dos idosos (ZIOBER, 2012). No quadro 1 estão identificados os aparelhos e as suas funções.

Quadro 1 - Identificação dos aparelhos utilizados nas AMIs e suas funções.

Equipamento	Identificação e Funções	Equipamento	Identificação e Funções
	Rotação Vertical - Fortalecer a musculatura dos membros superiores		Simulador de Cavalgada - Aumentar a capacidade cardiorespiratória - Fortalecer a musculatura dos membros superiores e inferiores
	Pressão de Pernas - Fortalecer a musculatura dos membros inferiores		Remador - Fortalecer a musculatura das costas e ombros.
	Multi-Exercitador - Fortalecer, alongar e aumentar a flexibilidade dos membros superiores e inferiores: Flexor e Extensor de Joelhos; Supino Reto Sentado; Rotação vertical; Twister Sentado.		Alongador - Estimular o Sistema Nervoso Central através do alongamento e fortalecimento dos grandes grupos musculares.
	Rotação Diagonal - Aumentar a mobilidade e flexibilidade dos ombros e dos cotovelos		Surf - Melhora a flexibilidade e agilidade dos membros inferiores, quadril e região lombar.
	Simulador de Caminhada - Aumentar a mobilidade dos membros inferiores e desenvolver a coordenação motora.		Esqui - Aumentar a flexibilidade dos membros superiores, inferiores e quadril e melhorar a função cardiorespiratória.

Fonte: adaptado de www.zioberati.com.br (2012)

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como epidemiológico, do tipo transversal, de natureza descritiva, pois identifica e associa determinadas características entre os indivíduos e as regiões do município (GIL, 2009). O estudo descritivo apresenta algumas vantagens como a simplicidade e o baixo custo, quando comparado com outros estudos epidemiológicos; a rapidez (coleta de dados em curto espaço de tempo); a objetividade na coleta dos dados; a dispensa da observação das pessoas; a facilidade em obter uma amostra representativa; o fato de ser uma boa opção para descrever as características dos eventos na população, identificar casos na comunidade e detectar grupos de alto risco, que requerem uma atenção especial.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano do CEFID/UDESC. Foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UDESC e aprovado mediante processo 180/2011 (Anexo 2). O presente estudo atendeu plenamente à Resolução CNS 196/96 e complementares e à Resolução 19/07 CEPE/UNIVILLE, para realização de pesquisas com seres humanos. Foi aprovado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, processo n.º 010/2012 (Anexo 3).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.3.1 População

O município de Joinville (SC) possuía, em 2011, 35 AMIs, localizadas nas diferentes regiões da cidade. De acordo com a Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville (IPPUJ, 2011a), a distribuição geográfica dos

bairros do município está dividida em cinco regiões: noroeste, nordeste, sudeste, sudoeste e centro. Em tais academias foram atendidos cerca de 1.300 indivíduos, no período de janeiro a julho de 2011. Nesse mesmo período apenas 17 AMIs possuíam acompanhamento de acadêmicos bolsistas do curso de Educação Física. Além de realizar o monitoramento das atividades, os acadêmicos controlavam a assiduidade dos idosos participantes, por meio de listas de frequência. Desse modo, realizou-se um levantamento nas listas de frequência do mês de julho de 2011, das 17 AMIs monitoradas.

Dessas listas foram excluídos todos os indivíduos com menos de 60 anos de idade e aqueles com 60 anos ou mais que participavam havia menos de três meses do Programa AMI.

No levantamento encontraram-se 432 idosos que participavam das atividades nas 17 AMIs, localizadas nas regiões noroeste, nordeste, sudeste, sudoeste, havia no mínimo três meses. A região centro possuía apenas uma AMI, e esta não era monitorada na ocasião da pesquisa. Portanto, a região centro foi excluída deste estudo.

A população do presente estudo constituiu-se dos 432 idosos, de ambos os sexos, que frequentavam as 17 AMIs monitoradas, em 2011, distribuídas nas regiões noroeste (2 AMIs; 67 idosos), nordeste (7 AMIs, 149 idosos), sudeste (7 AMIs, 190 idosos) e sudoeste (1 AMI; 26 idosos) de Joinville, conforme a figura 2.

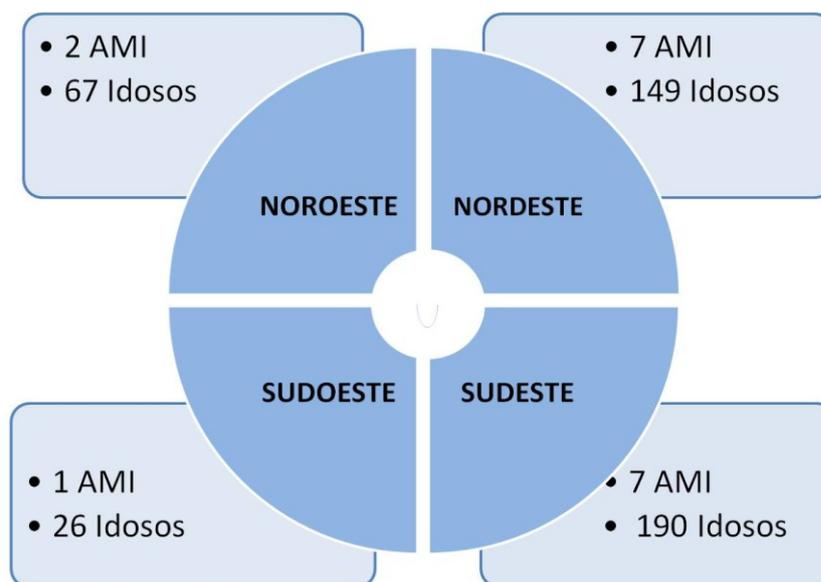


Figura 2 - Distribuição das AMIs monitoradas nas regiões de Joinville/SC, em 2011.

3.3.2 Amostra

A amostra deste estudo foi probabilística, com a técnica de seleção aleatória estratificada proporcional pelo número de idosos participantes das AMIs nas quatro regiões (noroeste, nordeste, sudeste e sudoeste) do município de Joinville, SC, Brasil. De acordo com Barbetta (2008), a amostragem estratificada proporcional é usada quando a população se divide em subpopulações (estratos) razoavelmente homogêneas.

Para definir a amostra estratificada proporcional por região de Joinville, realizou-se o cálculo amostral admitindo-se, com 95% de probabilidade, um erro tolerável de 4%.

Aplicou-se a fórmula do dimensionamento amostral para o cálculo da amostra mínima necessária (BARBETTA, 2008), a seguir:

$$n_o = \frac{1}{E_0^2} \quad n = \frac{N \cdot n_o}{N + n_o}$$

Em que:

n_o = primeira aproximação para o tamanho da amostra (625)

E_0 = erro amostral tolerável (4%)

N = tamanho da população de idoso ($N=432$ idosos)

n = tamanho da amostra (255)

A amostra constituiu-se de 255 idosos, selecionados por meio da técnica aleatória pelo número de idosos participantes das AMIS nas quatro regiões (noroeste, nordeste, sudeste e sudoeste) do município de Joinville, SC.

Os cálculos para selecionar a amostra estratificada proporcional pelo número de idosos participantes nas AMIs por região (noroeste, nordeste, sudeste e sudoeste) e por AMI de cada região (BARBETTA, 2008) foram:

$$We = Ne/N$$

$$ne = n * We$$

Em que:

We = proporção da população por estrato

Ne = tamanho do estrato

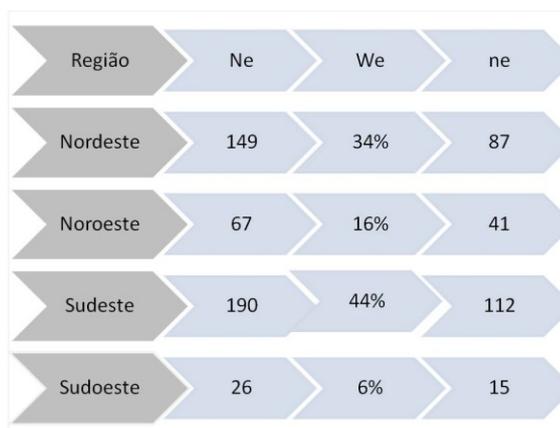
N = tamanho da população

ne = tamanho da amostra por estrato

n = tamanho da amostra

Na figura 3 encontra-se em detalhes o processo de definição do tamanho da amostra por região do município de Joinville-SC.

Figura 3 - Processo de definição do tamanho da amostra por Região.



Fonte: a própria autora (2012)

No quadro 2 apresenta-se a amostra estratificada proporcional pelo número de idosos participantes das AMIS por região (noroeste, nordeste, sudeste e sudoeste) e por AMI de cada região de Joinville:

Quadro 2 - Processo de amostra estratificada proporcional pelo número de idosos participantes nas AMIS por região (noroeste, nordeste, sudeste e sudoeste) e por AMI de cada região de Joinville.

Região	Praça – AMIs	População por AMI	Amostra Sorteada	Amostra por Região
Nordeste	Boa Vista	26	10	87
	Bom Retiro	5	04	
	Calceteiro	20	14	
	Assis Brasil	55	41	
	Moinho dos Ventos	11	03	
	Jardim Iriirú	25	10	
	João Reinholt	7	05	
	07 AMIs	149		
Noroeste	Costa e Silva	43	22	41
	Bosque	24	19	
	02 AMIs	67		
Sudeste	Estação	22	20	112
	Padre Érico	31	07	
	Lagoinha	6	04	
	Tiradentes	71	48	
	Almirante Barroso	26	15	
	João Costa	18	06	
	Parque Guarani	16	12	
	07 AMIs	190		
Sudoeste	Vila Nova	26	15	15
	01 AMI	26		
Total Geral	17 AMIs	432 Idosos		255 Idosos

Fonte: a própria autora (2012)

Integraram a amostra deste estudo 255 idosos, sendo 87 da região nordeste, 41 da noroeste, 112 da sudeste, e 15 da sudoeste.

3.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram utilizados neste estudo os seguintes instrumentos de pesquisa:

a) Ficha Diagnóstica

Descrição: questionário com questões abertas e fechadas relacionadas às características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda *per capita*, bairro onde reside, com quem reside e ocupação atual); de condições de saúde (doenças diagnosticadas pelo médico, se o estado de saúde atual dificulta a prática de atividades físicas, percepção subjetiva de saúde e satisfação com esta) e sobre a prática de atividades físicas além das AMIs. O questionário foi administrado aos idosos em forma de entrevista. Tal ficha foi desenvolvida pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Gerontologia (LAGER), do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) (Apêndice 2).

b) Entrevista semiestruturada

Descrição: questionário administrado aos idosos em forma de entrevista sobre os motivos de ingresso e permanência nas AMIs; nível de satisfação e sugestões para o aperfeiçoamento dos serviços prestados e a infraestrutura das AMIs. O questionário contém duas questões fechadas, tipo escala likert, e quatro questões de múltipla escolha. A própria pesquisadora desenvolveu essas questões (Apêndice 3).

c) Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ

Descrição: domínio 4 (lazer e exercícios físicos) do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), forma longa, semana normal, adaptado para idosos (MAZO; BENEDETTI, 2010) (Anexo 1). Em relação ao domínio 4 (lazer e exercícios), foram contabilizadas as atividades de intensidade vigorosa, realizadas no mínimo por 10 minutos contínuos, como caminhadas, corridas e pedaladas rápidas, musculação e modalidades esportivas. Também foram contabilizadas as atividades do mesmo gênero de intensidade moderada, realizadas no mínimo 10 minutos contínuos, incluindo as atividades feitas na AMI.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa, entrou-se em contato com a coordenação do Programa AMI, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa e solicitar a permissão e o apoio para o desenvolvimento do estudo. Diante do aceite, a parceria foi confirmada mediante ofício assinado pelo Presidente da Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ) (Anexo 4).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada uma visita a cada uma das AMIs, com o intuito de esclarecer aos idosos participantes o objetivo do estudo, sua importância, o sigilo de identificação e solicitar a participação na pesquisa. Posteriormente ao primeiro contato com os idosos, montou-se um cronograma que determinou as datas e praças para a coleta de dados. Os dados foram coletados nos próprios locais onde se desenvolvem os programas, nos horários destinados às aulas dos idosos. Nos dias de coleta, após o aceite verbal para participação no estudo, os idosos foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta obedeceu à sequência: preenchimento da ficha diagnóstica; questionário semiestruturado e questionário IPAQ. Todos os instrumentos foram administrados aos idosos, individualmente, em forma de entrevista.

A entrevista frente a frente é o melhor procedimento para a aplicação de questionários aos idosos. O baixo nível de escolaridade, a distorção da recordação, as dificuldades na assimilação das ideias contidas no questionário são amenizados com essa técnica. Tal tipo de entrevista permite ainda que se desenvolva uma interação entre o idoso e o entrevistador, sendo um fator importante para um bom resultado (VERAS, 1994). Por isso, no presente estudo, optou-se pela entrevista frente a frente com os idosos, individualmente, seguindo as recomendações da coleta de dados.

Tempo de entrevista

O tempo médio de entrevista foi de 40 minutos, considera um tempo satisfatório. Os questionários multidimensionais não devem ultrapassar os 60 minutos, porque, acima desse limite de tempo, a aceitabilidade e a fiabilidade do questionário diminuem (VERAS, 1994).

Treinamento dos acadêmicos bolsistas da AMI

Realizou-se uma capacitação com os acadêmicos bolsistas do Programa AMI, para treinamento da aplicação dos instrumentos que foram utilizados neste estudo. Para a aplicação do IPAQ adaptado para idosos, seguiram-se as recomendações propostas por Mazo; Benedetti (2010). A capacitação ocorreu em duas etapas:

1.ª Etapa:

- Exposição dos objetivos, importância do estudo, e do processo de amostragem;
- Leitura do material e orientações sobre os instrumentos de pesquisa;
- Entrega dos instrumentos de pesquisa, com orientação sobre a coleta de dados, a postura do entrevistador;
- Aplicação dos instrumentos entre os acadêmicos;
- No decorrer da semana os acadêmicos realizaram a entrevista com dois idosos da respectiva AMI que monitoram.

2.ª Etapa:

- Esclarecimento de dúvidas sobre os instrumentos e aplicação destes;
- Aplicação da entrevista entre os acadêmicos, de modo que não coincidisse as mesmas duplas da 1.ª etapa.

Para os acadêmicos que ainda apresentavam dificuldades, efetuaram-se novas orientações, até que todas as dúvidas fossem sanadas. Só então foram encaminhados para a coleta de dados.

Participaram da 1.ª etapa da capacitação 15 acadêmicos da AMI, e da 2.ª capacitação dez acadêmicos. Montou-se um cronograma de coletas de forma que os acadêmicos não se afastassem das atividades com os idosos nas AMIs. Em todas as coletas os acadêmicos estavam acompanhados pela pesquisadora responsável.

3.5.1 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre os dias 26/10/2011 e 17/12/2011 e entre 2/3/2012 e 30/3/2012. Com os idosos que não foram encontrados nas AMIs as quais frequentavam efetuou-se um contato telefônico e agendaram-se data e horário, na residência do próprio

idoso, para realização da entrevista. Esgotando-se todas as possibilidades, os idosos não encontrados foram excluídos da amostra e imediatamente substituídos por outro participante, da mesma região, selecionado pelo mesmo processo de sorteio aleatório.

3.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel[®], e cada participante foi cadastradoa segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 20.0).

As variáveis derivadas de cada instrumento de pesquisa podem ser observadas no Apêndice 4.

Para assegurar a validade dos dados, efetuou-se o controle automático dos erros de digitação, assim como a conferência manual após a digitação de todos os dados dos questionários.

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

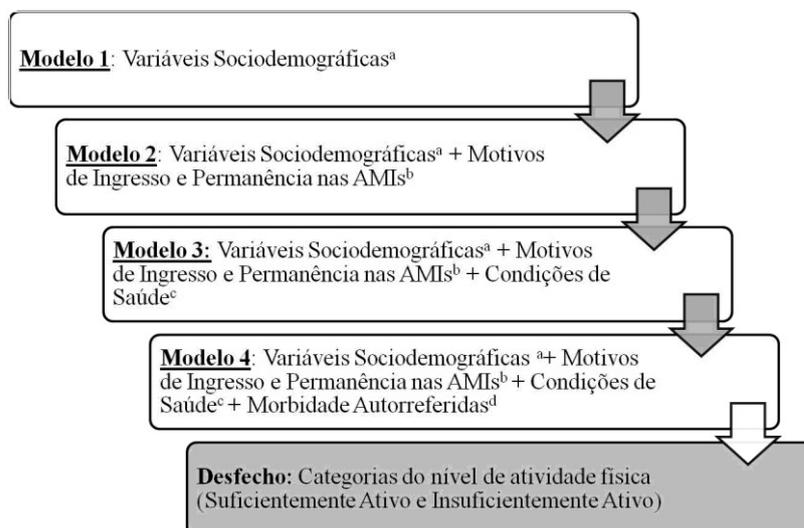
Para associação entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. A força das associações significativas foi mensurada por meio do coeficiente *phi de Cramer* (para tabelas 2x2) e *V de Cramer* (para tabelas maiores que 2x2). A comparação entre grupos, com variáveis numéricas, foi realizada por intermédio do teste *U* de Mann-Whitney ou teste de Kruskal-Wallis, conforme o número de níveis. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Para verificar a distribuição dos dados (normalidade), realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov.

A associação entre as variáveis do estudo (variáveis independentes) e as categorias segundo o nível de atividade física (variável dependente) foi analisada por meio da regressão logística hierarquizada, estimando-se razões de chance (RC) e IC95%. Além da análise de regressão bruta, desenvolveram-se quatro modelos de análise ajustada para verificar a magnitude de associação entre as variáveis do estudo e o nível de atividade física.

Para esclarecer os procedimentos de ajuste em cada modelo, elaborou-se a figura 4.

Figura 4 – Esquema representativo dos procedimentos de ajuste em cada modelo da regressão logística hierarquizada



Legenda: AMIs = Academias da Melhor Idade; ^a sexo, faixa etária, escolaridade e renda familiar; ^b ingressar para manter e melhorar a saúde; permanecer pela saúde, para sentir-se bem e pelas amizades; ^c estado de saúde e dificuldade de praticar atividade física em virtude do estado de saúde; ^d hipertensão arterial, diabetes, artrose, artrite, dores lombares e dislipidemia.

Foram realizados ajustes para as variáveis do mesmo nível e de níveis acima que apresentarem $p\text{-valor} \leq 0,200$, permanecendo no modelo.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NAS REGIÕES DE JOINVILLE

Em relação aos aspectos sociodemográficos a maioria dos sujeitos do estudo é do sexo feminino (62,7%). Destaca-se a região sudeste (SE), onde quase 70% são mulheres. A média de idade – 67,75(6,28) anos – é bem semelhante entre as quatro regiões do município. Dos idosos entrevistados, 67,1% são casados, 23,9% são viúvos e os demais (9%) são solteiros ou separados. Observa-se uma maior concentração de idosos casados nas regiões noroeste (NO) e nordeste (NE), 75,6% e 76%, respectivamente. Há viúvos com maior frequência nas regiões sudoeste (SO) e sudeste (SE), 5(33%) e 33(29,5%), respectivamente. Quanto à escolaridade, mais da metade (50,6%) dos sujeitos possui menos de 8 anos de estudo, 11% concluiu o equivalente ao atual ensino médio, 10,6% possui curso superior, porém 9,4% é analfabeto. A renda individual de 53,2% dos idosos participantes das AMIs é de até 2 salários-mínimos, 18,3% recebem entre 2 e 3 salários, 20,7% recebem acima de 3 salários, enquanto 8,7% não possui renda. Na tabela 1 encontram-se detalhados os dados referentes aos aspectos sociodemográficos e econômicos.

Tabela 1 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos participantes das AMIs e as regiões do município de Joinville/SC (n=255)

Variáveis sociodemográficas	NO (n=41)	NE (n=87)	SE (n= 112)	SO (n=15)	Total (n=255)	K	p
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Idade	67,88(6,83)	67,68(6,06)	67,99(6,48)	65,93(4,41)	67,75(6,28)	0,860	0,835
Sexo	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	X ²	p
Feminino	23 (56,1)	51 (58,6)	77 (68,8)	9 (60,0)	160 (62,7)	3,184	0,364
Masculino	18 (43,9)	36 (41,4)	35 (31,2)	6 (40,0)	95 (37,3)		
Estado civil							
Solteiro	0 (0,0)	3 (3,4)	8 (7,1) [‡]	0 (0,0)	11 (4,3)	13,258	0,151
Casado	31 (75,6)	66 (76,0) [‡]	64 (57,1)	10 (66,7)	171 (67,1)		
Separado	2 (4,9)	3 (3,4)	7 (6,3)	0 (0,0)	12 (4,7)		
Viúvo	8 (19,5)	15 (17,2)	33 (29,5)	5 (33,3)	61 (23,9)		
Escolaridade							
Analfabeto	1 (2,4)	10 (11,5)	11 (9,8)	2 (13,3)	24 (9,4)	19,887	0,339
Fund. incompleto	21 (51,2)	40 (46,0)	60 (53,6)	8 (53,3)	129 (50,6)		
Fund. completo	5 (12,2)	13 (15,0)	13 (11,6)	4 (26,7)	35 (13,7)		
Médio incompleto	4 (9,8)	4 (4,6)	3 (2,7)	1 (6,7)	12 (4,7)		
Médio completo	5 (12,2)	14 (16,1)	9 (8,0)	0 (0,0)	28 (11,0)		
Ensino superior	5 (12,2)	5 (5,7)	12 (10,7)	0 (0,0)	22 (8,6)		
Pós-Graduação	0 (0,0)	1 (1,1)	4 (3,6)	0 (0,0)	5 (2,0)		
Renda individual							
Até 1 SM	8 (19,5)	17 (23,0)	20 (18,0)	1 (6,7)	46 (19,1)	32,434	0,006*
1 a 2 SM	14 (34,1)	21 (28,4)	41 (36,9)	4 (26,7)	80 (33,2)		
2 a 3 SM	10 (24,4)	14 (18,9)	15 (13,5)	5 (33,3)	44 (18,3)		
3 SM ou mais	6 (14,6)	17 (23,0)	23 (20,7)	4 (26,7)	50 (20,7)		
Não possui renda	3 (7,3)	5 (6,8)	12 (10,9)	1 (6,7)	21 (8,7)		

NO = Noroeste; NE = Nordeste; SE = Sudeste; SO = Sudoeste; SM = Salário-mínimo; Fund. = Fundamental; K = Estatística do Teste Kruskal-Wallis; X²= Estatística do Teste Qui-Quadrado; DP= Desvio padrão; f = frequência; [‡]Ajuste residual ≥ 2,0; * p ≤ 0,05

Fonte: a própria autora (2012)

Nas questões relacionadas às condições de saúde, quando questionados sobre a percepção de sua saúde, a maioria (47,2%) dos idosos participantes das AMIs de Joinville afirmou ser boa, 31% considera regular e 21,8% ótima. Ainda que os sujeitos percebam sua saúde de forma positiva, 72,2% deles relataram ter algum tipo de doença diagnosticada pelo médico, com destaque para hipertensão arterial (47,5%) e diabetes (20,4%). Quase 10% dos idosos da região NO possuem algum tipo de doença osteoarticular, como artrose, artrite e dores lombares. O mesmo percentual, na região SE, relatou diagnóstico de osteoporose.

Os idosos também foram indagados em relação ao seu estado de saúde atual dificultar a prática de AF. Entre eles, 42 (16,5%) responderam que sim. Quando questionados de que forma, 47,6% confessaram sentir alguma dor, já 21,4% relataram falta de ar e tontura, enquanto 7,1% alegaram cansaço. Na tabela 2 encontram-se detalhados os dados referentes às condições de saúde dos sujeitos do estudo.

Tabela 2 – Associação entre as variáveis, condições de saúde dos idosos participantes das AMIs e as regiões do município de Joinville/SC (n=255)

Variáveis da condição de saúde	NO	NE	SE	SO	Total	X ²	p
	(n=41)	(n=87)	(n= 112)	(n=15)	(n= 255)		
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)		
Percepção de saúde							
Ótimo	12 (31,6)	18 (20,7)	21 (18,8)	4 (26,7)	55 (21,8)	21,794	0,010*
Bom	17 (44,7)	36 (41,4)	59 (52,6)	7 (46,6)	119 (47,2)		
Regular	9 (23,7)	33 (37,9)	32 (28,6)	4 (26,7)	78 (31,0)		
Presença de Doenças							
Sim	29 (70,7)	61 (70,1)	86 (76,8)	8 (53,3)	184 (72,2)	4,062	0,255
Não	12 (29,3)	26 (29,9)	26 (23,2)	7 (46,7)	71 (27,8)		
Doenças mais frequentes							
Hipertensão arterial	19 (46,3)	39 (44,8)	59 (52,7)	4 (26,7)	121 (47,5)	4,087	0,252
Diabete	9 (22,0)	19 (21,8)	21 (18,8)	3 (20,0)	52 (20,4)	0,361	0,948
Artrose	4 (9,8)	9 (10,3)	14 (12,5)	1 (6,7)	28 (11,0)	0,649	0,885
Dores lombares	4 (9,8)	10 (11,5)	6 (5,4)	2 (13,3)	22 (8,6)	2,914	0,405
Dislipidemia	3 (7,3)	4 (4,6)	11 (9,8)	2 (13,3)	20 (7,8)	2,515	0,473
Artrite	4 (9,8)	6 (6,9)	7 (6,3)	1 (6,7)	18 (7,1)	0,573	0,903
Doença cardíaca	2 (4,9)	7 (8,0)	4 (3,6)	0 (0,0)	13 (5,1)	2,912	0,405
Osteoporose	0 (0,0)	2 (2,3)	11 (9,8) [‡]	0 (0,0)	13 (5,1)	9,582	0,022*
Estado de saúde atual dificulta a prática de AF							
Sim	9 (22,0)	16 (18,4)	13 (11,6)	4 (26,7)	42 (16,5)	4,187	0,242

NO = Noroeste; NE = Nordeste; SE = Sudeste; SO = Sudoeste; AF = Atividade física; X² = Estatística do Teste Qui-Quadrado; f = frequência; [‡]Ajuste residual ≥ 2,0; * p ≤ 0,05

Fonte: a própria autora (2012)

4.2 NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS IDOSOS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA DO PROGRAMA AMI

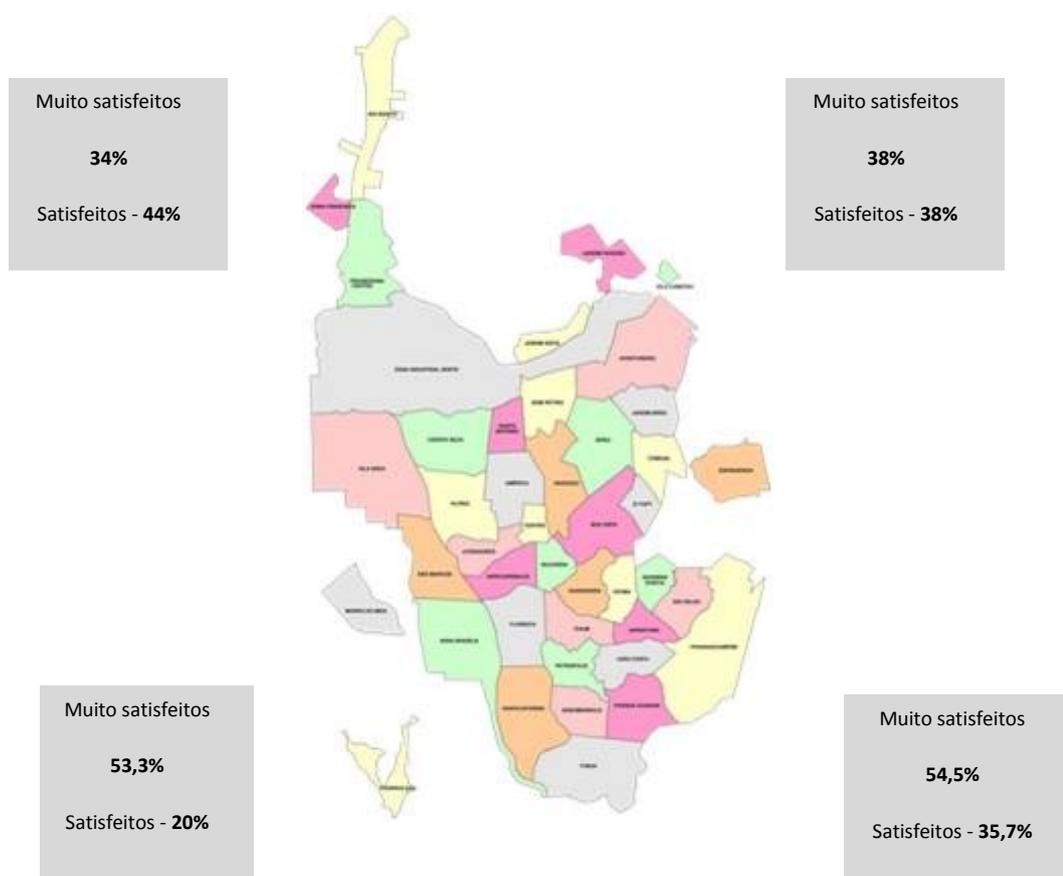
O índice de satisfação dos idosos em relação aos serviços prestados pelos monitores nas academias foi de 82,3% contra 5,5% de insatisfação. As regiões SE e SO apresentaram maior satisfação em relação aos serviços prestados, 54,5% e 53,3%, respectivamente. Apenas 12,2% dos sujeitos da região NO e 9,3% da região NE demonstraram insatisfação nessa questão.

No tocante à satisfação dos sujeitos com a infraestrutura das AMIs, o índice foi 55,3% satisfeitos e 24,3% muito satisfeitos. Nesse quesito os idosos apresentaram um índice de insatisfação de 21%. Apresentaram maior satisfação com a infraestrutura as regiões SE (83,9%) e as regiões NO e NE (ambas com 78%).

Ainda 12,2% dos sujeitos mencionaram nem satisfação nem insatisfação, tanto com os serviços prestados pelos monitores como com a infraestrutura das academias. A figura 5

destaca os maiores percentuais em relação à satisfação com os serviços prestados em cada região do município de Joinville.

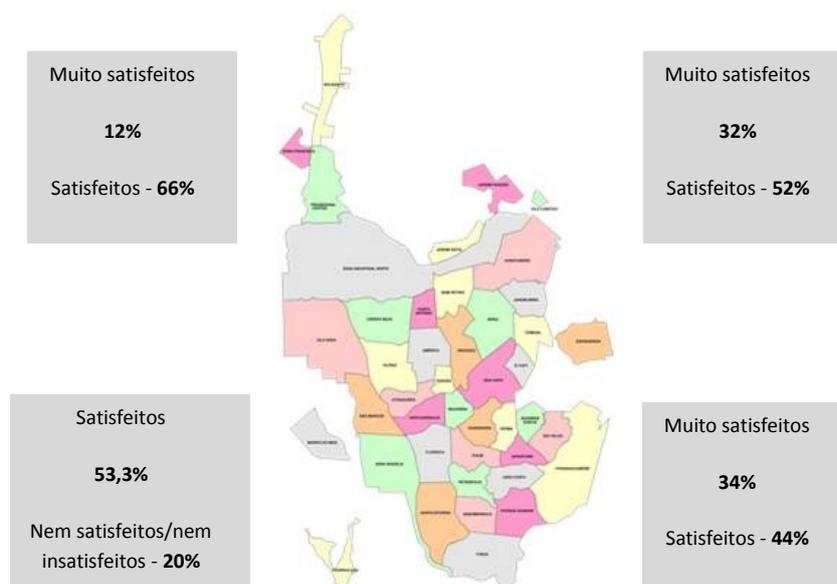
Figura 5 – Nível de satisfação dos idosos em relação aos serviços prestados pelos monitores das AMIs nas regiões do município de Joinville (SC)



Fonte: a própria autora (2012)

A figura 6 destaca os maiores percentuais em relação à satisfação com a infraestrutura das AMIs em cada região do município de Joinville.

Figura 6 – Nível de satisfação dos idosos em relação à infraestrutura das AMIs nas regiões do município de Joinville (SC)



Fonte: a própria autora (2012)

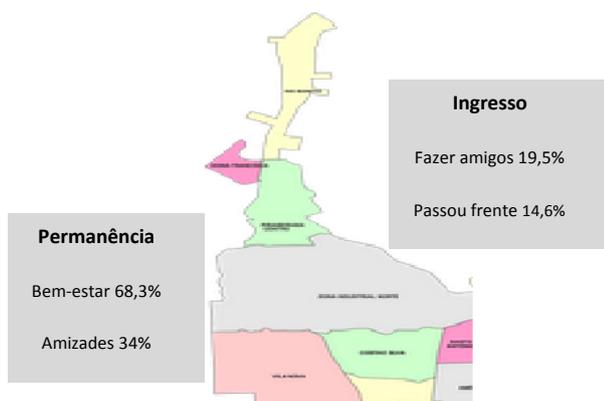
4.3 MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA DOS IDOSOS NAS AMIs, NAS REGIÕES DE JOINVILLE

Os resultados apontaram que a saúde é um forte motivo para os idosos ingressarem na AMI. Prova disso é que cerca de 50% dos sujeitos relataram ter entrado no programa para melhorar a saúde, e 34,5% para manter a saúde. Entre as regiões, destaca-se a SO, onde 73,3% dos idosos ingressaram no intuito de melhorar a saúde. Entre os idosos participantes da AMI, das quatro regiões, outros motivos de ingresso mencionados foram indicação médica (10%), fazer novas amizades (12%), ter passado em frente à academia (12%), por convite de amigos (5,5%), para sair de casa (4%).

Em relação aos motivos de permanência na AMI, a maioria dos entrevistados atestou continuar no programa por sentir-se bem (57,3%), com destaque para a região NO (68,3%). Assim como ocorreu com os motivos de ingresso, manter e melhorar a saúde são motivos de permanência no programa para 53,7% dos idosos participantes do estudo. Os aspectos sociais têm grande relevância nos programas de atividades físicas para idosos, tanto que 35,7% dos sujeitos deste estudo alegam permanecer na AMI pelas amizades conquistadas no programa. Ainda foram citados como motivos de permanência no programa gostar de praticar AF (4%) e ter monitor na praça (5%). Embora o aspecto saúde tenha sido o principal

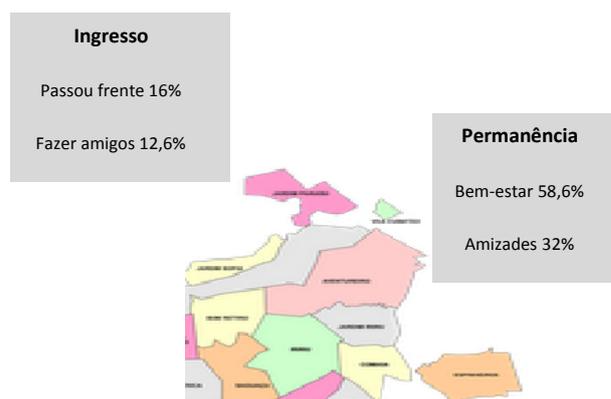
motivo tanto para ingresso como para permanência no Programa AMI, as figuras 7, 8, 9 e 10 destacam outros aspectos mencionados pelos idosos nas quatro regiões da cidade.

Figura 7 – Motivos de ingresso e permanência na região noroeste (NO)



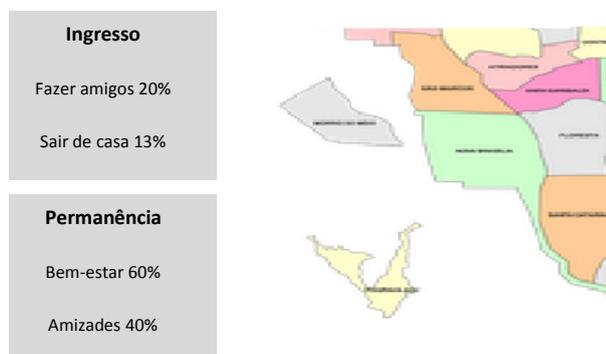
Fonte: a própria autora (2012)

Figura 8 – Motivos de ingresso e permanência na região nordeste (NE)



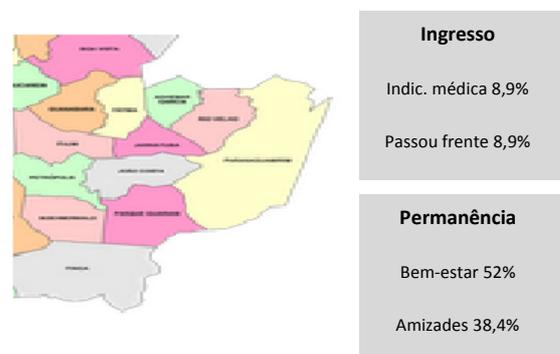
Fonte: a própria autora (2012)

Figura 9 – Motivos de ingresso e permanência na região sudoeste (SO)



Fonte: a própria autora (2012)

Figura 10 – Motivos de ingresso e permanência na região sudeste (SE)



Fonte: a própria autora (2012)

4.4 SUGESTÕES DOS IDOSOS EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA DO PROGRAMA AMI

Para melhora e aperfeiçoamento dos serviços prestados pelos monitores nas academias, cerca de 60% dos idosos sugeriram o atendimento em dois períodos, bem como a

ampliação no horário desse atendimento. Os sujeitos gostariam que houvesse atendimento nos turnos da manhã (entre 6h e 10h) e à tarde (entre 15h e 19h). Para 78% dos idosos da região NO, é fundamental a presença dos monitores nos dois turnos. No geral ainda sugeriu-se maior atenção por parte dos monitores (2,4%), que eles passem atividades diferentes (2,7%) e que o monitor não falte (4%).

Houve uma diversidade de sugestões para a melhora e manutenção da infraestrutura das AMIs. A maior frequência de sugestões foi melhorar a limpeza da praça (69 – 27,1%) e instalação de coberturas nas academias (63 – 24,7%). Em muitas praças os próprios frequentadores realizam a limpeza das praças. Os monitores auxiliam na limpeza varrendo e passando álcool nos aparelhos. As coberturas foram sugeridas em virtude do grande volume de chuvas na região de Joinville, bem como para proteção do sol nos dias muito quentes. No que respeita aos equipamentos, os idosos sugeriram melhorar a manutenção (13,7%) e a instalação de mais aparelhos (13%). A instalação de bebedouros (19,2%) e sanitários (16,9%) também foi recomendada pelos entrevistados. Melhorar a segurança foi sugerido pelos entrevistados (11,4%), uma vez que os equipamentos sofrem depredação por não haver policiamento e iluminação em algumas praças.

Vale ressaltar que durante o período das entrevistas iniciou-se um processo de revitalização nos espaços públicos em todas as regiões do município, o que incluiu a iluminação, a arborização, bem como instalação de parques para crianças junto às praças e suas respectivas AMIs.

4.5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

A tabela 3 apresenta a associação dos aspectos relacionados às variáveis sociodemográficas e renda *per capita* dos idosos participantes das AMIs, de acordo com as categorias do seu nível de AF.

Tabela 3 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs no município de Joinville/SC (n = 255)

Nível de atividade física	Sufic. ativo (N=216)	Insufic. ativo (N=39)	Total	U	p
Variáveis sociodemográficas	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Idade	67,53(6,04)	68,92(7,48)	67,75(6,28)	3861,0	0,407
	f(%)	f(%)	f(%)	X ²	p
Sexo					
Feminino	133(61,6)	27(69,2)	160(62,7)	0,829	0,363
Masculino	83(38,4)	12(30,8)	95(37,3)		
Estado civil					
Solteiro/Separado	21(9,7)	2(5,1)	23(9,0)		
Casado	147(68,1)	24(61,5)	171(67,1)	2,687	0,261
Viúvo	48(22,2)	13(33,3)	61(23,9)		
Escolaridade					
Analfabeto	19(8,8)	5(12,8)	24(9,4)		
Fund. incompleto	107(49,5)	22(56,4)	129(50,6)	4,238	
Fund. completo	39(18,1)	8(20,5)	47(18,4)		0,375
Médio completo	25(11,6)	3(7,7)	28(11,0)		
Ensino superior	26(12,0)	1(2,6)	27(10,6)		
Com quem mora					
Sozinho	29(13,4)	3(7,7)	32(12,5)		
Cônjuge	145(67,1)	26(66,7)	171(67,1)	2,303	0,512
Filhos	33(15,3)	9(23,1)	42(16,5)		
Outros	9(4,2)	1(2,6)	10(3,9)		
Ocupação atual					
Aposentado/Pensionista	176(81,5)	33(84,6)	209(82,0)	0,296	0,862
Ativo	11(5,1)	2(5,1)	13(5,1)		
Não possui ocupação	29(13,4)	4(10,3)	33(12,9)		
Renda(salários-mínimos)					
Até 1	35(16,9)	11(32,4) [¥]	46(19,1)		
1 a 2	67(32,4)	13(38,2)	80(33,2)		
2 a 3	43(20,8) [¥]	1(2,9)	44(18,3)	9,223	0,056
3 ou mais	44(21,3)	6(17,6)	50(20,7)		
Não possui renda	18(8,7)	3(8,8)	21(8,7)		
Não respondeu ¹					

Suf.= Suficientemente; Insufic.= Insuficientemente; Fund = Fundamental; U = Estatística do Teste Mann Whitney; X² = Estatística do Teste Qui-Quadrado; DP = Desvio padrão; f = frequência; 1 = Idosos excluídos da associação por não responder à questão; [¥]Ajuste residual $\geq 2,0$; * $p \leq 0,05$

Fonte: a própria autora (2012)

Quanto aos dados sociodemográficos, observa-se que não há associação com as variáveis do nível de AF ($p > 0,05$). Diante da tabela 3 percebe-se que a média de idade dos grupos foi aproximada, 67,53 ($\pm 6,04$) anos entre os idosos suficientemente ativos (SA) e 68,92 ($\pm 7,48$) anos entre os idosos insuficientemente ativos (IA). A maioria dos idosos, tanto SA (61,6%) como IA (69,2%), pertence ao sexo feminino. A mesma regra ocorre para o estado civil, 68,1% e 61,5%, respectivamente, encontram-se casados, e 67,1% e 66,7%,

respectivamente, moram apenas com o cônjuge. A grande maioria dos idosos SA (81,5%) e IA (84,6%) é aposentada e/ou pensionista, e 5% de ambos (AS e IA) encontra-se ativo no quesito ocupação atual.

Destaca-se ainda que os idosos SA apresentam melhor escolaridade, em que 12% possuem ensino superior, o que acontece com apenas 2,6% dos idosos IA.

Quanto à renda, é possível observar que há uma tendência (¥) de os idosos IA (32,4%) receberem menos de um salário-mínimo, enquanto os SA (20,8%) relataram uma renda melhor (entre dois e três salários-mínimos).

A associação dos aspectos relacionados às condições de saúde (presença de doenças, tipos de patologias, percepção e satisfação com a própria saúde, e se esta dificulta a prática de AF) com as categorias do nível de AF dos idosos participantes das AMIs encontra-se detalhada na tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre as variáveis condições de saúde e nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs no município de Joinville/SC (n = 255)

Nível de atividade física	Sufic. ativo	Insufic. ativo	Total	X ²	p
	(N=216)	(N=39)	(n=255)		
Condições de saúde	f(%)	f(%)	f(%)		
Presença de doenças					
Sim	156(72,2)	28(71,8)	184(72,2)	0,003	0,956
Não	60(27,8)	11(28,2)	71(27,8)		
Doenças mais frequentes					
Doença cardíaca	11(5,1)	2(5,1)	13(5,1)	0,000	0,993
Hipertensão arterial	107(49,5)	14(35,9)	121(47,5)	2,465	0,116
Artrose	23(10,6)	5(12,8)	28(11,0)	0,159	0,690
Artrite	13(6,0)	5(12,8)	18(7,1)	2,330	0,127
Dores lombares	14(6,5)	8(20,5) ¥	22(8,6)	8,250	0,004*
Osteoporose	10(4,6)	3(7,7)	13(5,1)	0,640	0,424
Diabete II	43(19,9)	9(23,1)	52(20,4)	0,204	0,651
Dislipidemia	18(8,3)	2(5,1)	20(7,8)	0,470	0,493
Percepção de saúde					
Ótimo	47(21,8)	8(20,5)	55(21,6)		
Bom	106(49,1)	13(33,3)	119(46,7)	4,779	0,092
Regular/Ruim	63(29,2)	18(46,2) ¥	81(31,8)		
Estado de saúde atual dificulta a prática de AF					
Sim	26(12,0)	16(41,0) ¥	42(16,5)	20,178	<0,001**
Não	190(88,0)	23(59,0)	213(83,5)		
Satisfação com a saúde					
Muito satisfeito	47(22,2)	7(17,9)	54(21,5)		
Satisfeito	139(65,6) ¥	17(43,6)	156(62,2)	16,672	<0,001**
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	26(12,3)	15(38,5) ¥	41(16,3)		

Suf.= Suficientemente; Insufic.= Insuficientemente; AF = Atividade Física; X² = Estatística do Teste Qui-Quadrado; f = frequência; ¥Ajuste residual ≥ 2,0; * p ≤ 0,05; ** p < 0,001

Fonte: a própria autora (2012)

Observa-se que tanto os idosos SA como os IA têm algum tipo de doença (hipertensão arterial, doença cardíaca, artrose e diabetes II) e estas são semelhantes entre os grupos ($p > 0,05$).

Quanto à presença das doenças mais frequentes, observou-se associação entre “dores lombares” e as categorias do nível de AF ($\chi^2 = 8,250$; $p = 0,004$). Tal associação foi considerada fraca ($\Phi = 0,180$), visto que os idosos IA (20,5%) relataram mais essa queixa que os idosos SA (6,5%).

Não houve associação entre as categorias do nível de AF e a percepção de saúde, entretanto percebe-se uma tendência (Ψ) de o grupo IA considerar sua saúde regular/ruim (46,2%).

Diante da tabela 4, nota-se associação entre as categorias do nível de AF e o estado de saúde atual dificultando a prática de AF ($\chi^2 = 20,178$; $p < 0,001$). No entanto trata-se de uma associação fraca ($\Phi = 0,281$). Detectou-se que 41% dos idosos IA citaram que o estado de saúde atual dificulta a prática de AF, enquanto apenas 12% dos idosos SA mencionaram essa dificuldade.

Ressalta-se também uma associação fraca (V de Cramer = 0,263) entre as categorias do nível de AF e a satisfação dos idosos com a saúde ($\chi^2 = 16,672$; $p < 0,001$). Salienta-se que não houve idosos IA que relatassem insatisfação com a saúde, logo não foram inclusos na associação. Nota-se que entre os idosos SA apenas quatro descreveram insatisfação com a saúde. Existe uma tendência de os idosos SA (65,6%) estarem mais satisfeitos com a saúde, em relação aos IA (43,6%). Observa-se que 38,5% dos idosos IA relataram não estar “nem satisfeitos nem insatisfeitos” com a saúde.

4.6 SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

Tanto para a satisfação com os serviços prestados pelos monitores das AMIs como para a satisfação com a infraestrutura, havia cinco opções de respostas: muito satisfeito; satisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; insatisfeito ou muito insatisfeito. As respostas associadas às categorias do nível de AF estão descritas na tabela 5.

Tabela 5 – Associação entre as variáveis relacionadas ao nível de satisfação com os serviços prestados e com a infraestrutura e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs do município de Joinville/SC (n = 255)

Nível de satisfação	Nível de atividade física	Sufic. ativo	Insufic. ativo	Total	X ²	p
		(N=216)	(N=39)	(n=255)		
		f(%)	f(%)	f(%)		
Com os serviços prestados						
Muito satisfeito		98(45,4)	18(46,2)	116(45,5)		
Satisfeito		78(36,1)	16(41,0)	94(36,9)		
Nem satisfeito/nem insatisfeito		26(12,0)	5(12,8)	31(12,2)	2,765	0,598
Insatisfeito		6(2,8)	0(0,0)	6(2,4)		
Muito insatisfeito		8(3,7)	0(0,0)	8(3,1)		
Com a infraestrutura						
Muito satisfeito		55(25,5)	7(17,9)	62(24,3)		
Satisfeito		117(54,2)	24(61,5)	141(55,3)		
Nem satisfeito/nem insatisfeito		26(12,0)	5(12,8)	31(12,2)	2,159	0,707
Insatisfeito		13(6,0)	3(7,7)	16(6,3)		
Muito insatisfeito		5(2,3)	0(0,0)	5(2,0)		

Suf.= Suficientemente; Insufic.= Insuficientemente; X² = Estatística do Teste Qui-Quadrado; f = frequência; †Ajuste residual $\geq 2,0$; * $p \leq 0,05$

Fonte: a própria autora (2012)

A tabela 5 mostra que o nível de satisfação dos idosos com os serviços prestados pelos monitores (acadêmicos bolsistas de Educação Física) nas AMIs não está associado com as categorias do seu nível de AF. No âmbito geral, a maioria dos sujeitos está satisfeita com o atendimento dos monitores. Analisando a tabela 5 nota-se a reduzida frequência de idosos SA insatisfeitos (2,8%) e muito insatisfeitos (3,7%). Já entre os idosos IA não houve relatos de insatisfação em relação aos serviços prestados.

De acordo com a tabela 5, percebe-se que não houve associação entre o nível de satisfação dos idosos participantes das AMIs com a infraestrutura e as categorias do nível de AF. Destaca-se entre os idosos IA a reduzida frequência de insatisfeitos (3) e a ausência de muito insatisfeitos.

4.7 MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA NO PROGRAMA AMI E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

Em relação ao ingresso e à permanência, os idosos tinham a opção de dizer quantos motivos quisessem e também poderiam fazer várias sugestões em relação ao aperfeiçoamento dos serviços e à infraestrutura.

Para melhor visualização dos resultados, a associação das variáveis relacionadas aos motivos de ingresso e permanência e o nível de AF dos idosos participantes das AMIs consta da tabela a seguir.

Tabela 6 – Associação entre as variáveis relacionadas aos motivos de ingresso e permanência e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs do município de Joinville (SC)

Nível de atividade física	Sufic.	Insufic.	Total	X ²	p
	(N=216)	(N=39)	(n=255)		
Motivos de ingresso e permanência	f(%)	f(%)	f(%)		
Motivos de ingresso					
Manter a saúde	74(34,3)	14(35,9)	88(34,5)	0,039	0,843
Melhorar a saúde	106(49,1)	21(53,8)	127(49,8)	0,301	0,583
Indicação médica	22(10,2)	3(7,7)	25(9,8)	0,232	0,630
Convite de amigos	12(5,6)	2(5,1)	14(5,5)	0,012	0,914
Conhecer pessoas/Fazer amigos	27(12,5)	4(10,3)	31(12,2)	0,156	0,693
Passou na frente, viu e gostou	28(13,0)	2(5,1)	30(11,8)	1,953	0,162
Motivos de permanência					
Saúde	123(56,9) [‡]	14(35,9)	137(53,7)	5,886	0,015*
Sentir-se bem	119(55,1)	27(69,2)	146(57,3)	2,698	0,100
Pelas amizades	77(35,6)	14(35,9)	91(35,7)	0,001	0,976
Gostar de praticar AF	9(4,2)	1(2,6)	10(3,9)	0,225	0,635

Suf.= Suficientemente; Insufic.= Insuficientemente; AF = Atividade Física; X² = Estatística do Teste Qui-Quadrado; f = frequência; [‡]Ajuste residual $\geq 2,0$

Fonte: a própria autora (2012)

Em relação aos motivos de ingresso nas AMIs de Joinville, não foi encontrada associação entre os idosos SA e IA ($p > 0,05$). Portanto, independentemente do nível de AF, os idosos ingressam por motivos semelhantes nas academias.

Entretanto, quanto aos motivos de permanência nas atividades desenvolvidas nas AMIs, observa-se uma associação fraca ($\Phi = 0,152$) entre as categorias do nível de AF e a permanência por questões de saúde. O estudo mostrou que 56,9% dos idosos SA e 35,9% dos idosos IA se mantêm no programa para zelar pela saúde. Os demais fatores de permanência são semelhantes entre os idosos SA e IA ($p > 0,05$).

Solicitou-se aos idosos que fizessem sugestões para o aperfeiçoamento do programa AMI. As sugestões feitas para o aperfeiçoamento dos serviços prestados pelos monitores e infraestrutura das AMIs encontram-se no próximo tópico.

4.8 SUGESTÕES EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS E INFRAESTRUTURA DO PROGRAMA AMI E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

A associação das variáveis relacionadas às sugestões para aperfeiçoar os serviços prestados e infraestrutura e o NAF dos idosos participantes das AMIs, encontram-se na tabela 7.

Tabela 7 – Associação entre as variáveis relacionadas às sugestões para aperfeiçoar os serviços prestados e infraestrutura e o nível de atividade física dos idosos participantes das AMIs.

Sugestões	Nível de atividade física	Sufic. ativo	Insufic. ativo	Total		
		(N=216)	(N=39)	f(%)	X ²	p
Em relação aos serviços prestados						
Monitor em outros horários		102(47,2)	15(38,5)	117(45,9)	1,021	0,312
Ampliar o horário dos monitores		32(14,8)	6(15,4)	38(14,9)	0,008	0,927
Em relação à infraestrutura						
Colocar cobertura		59(27,3) [‡]	4(10,3)	63(24,7)	5,168	0,023*
Melhorar a manutenção dos AP		28(13,0)	7(17,9)	35(13,7)	0,693	0,405
Melhorar a limpeza		60(27,8)	9(23,1)	69(27,1)	0,370	0,543
Instalar bebedouro		43(19,9)	6(15,4)	49(19,2)	0,435	0,509
Instalar banheiro		33(15,3)	10(25,6)	43(16,9)	2,531	0,112
Melhorar a segurança		22(10,2)	7(17,9)	29(11,4)	1,975	0,160
Colocar mais aparelhos		29(13,4)	4(10,3)	33(12,9)	0,295	0,587
Instalar barra para alongamento		19(8,8)	6(15,4)	25(9,8)	1,622	0,203

Suf.= Suficientemente; Insufic.= Insuficientemente; AP = Aparelhos; X² = Estatística do Teste Qui-Quadrado; f = frequência; [‡]Ajuste residual $\geq 2,0$

Fonte: a própria autora (2012)

Em relação às variáveis relacionadas às sugestões para aperfeiçoar os serviços prestados nas AMIs de Joinville, não foi encontrada associação entre as categorias do nível de AF ($p > 0,05$). Percebe-se que, independentemente do nível de AF, os idosos sugerem a contratação de mais monitores, além da ampliação do seu horário de atendimento nas academias.

No tocante às sugestões sobre a infraestrutura, observa-se uma associação entre as categorias do nível de AF e o desejo de instalação de uma cobertura nas AMIs. O estudo identificou que 27,3% dos idosos SA e 10,3% dos idosos IA indicam a instalação de

coberturas nas academias. As demais sugestões relacionadas à infraestrutura são semelhantes entre os idosos mais e menos ativos ($p > 0,05$).

4.9 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE, MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA, ASSOCIADAS AO NAF DOS IDOSOS POR MEIO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

A regressão logística mostrou (tabela 8), na análise bruta, que as chances dos idosos serem IA, quando comparados aos SA, foram maiores quando não estão motivados a permanecer na AMI pela saúde e quando consideram seu estado de saúde ruim. Além disso, a análise bruta aponta que idosos com renda entre dois e três salários-mínimos, estado de saúde que não dificulta a prática de atividade física e a ausência de dor lombar são fatores que diminuem as chances de os idosos serem IA.

Na análise ajustada, observa-se que renda entre dois e três salários-mínimos e estado de saúde que não dificulta a prática de atividade física são fatores que diminuem as chances dos idosos serem IA (tabela 8).

Tabela 8 – Associação entre as variáveis do estudo e o nível de atividade física por meio de regressão logística

Variáveis		Análise bruta		Análise ajustada	
		OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
Sexo¹	Homem	1,00		1,00	
	Mulher	0,71	(0,34 – 1,48)	0,78	(0,32 – 1,92)
Idade¹	60 – 69 anos	1,00		1,00	
	70 – 79 anos	1,02	(0,45 – 2,32)	0,82	(0,29 – 2,31)
	80 anos ou +	2,31	(0,76 – 7,04)	2,53	(0,61 – 10,50)
Escolaridade¹	Analfabeto	1,00		1,00	
	Fund. incompleto	0,78	(0,26 – 2,32)	0,94	(0,29 – 3,03)
	Fund. completo	0,78	(0,22 – 2,71)	0,97	(0,22 – 4,18)
	Médio completo	0,30	(0,07 – 1,23)	0,25	(0,04 – 1,65)
Renda¹	Até 1 SM	1,00		1,00	
	1 a 2 SM	0,62	(0,25 – 1,52)	0,62	(0,24 – 1,56)
	2 a 3 SM	0,07	(0,01 – 0,60)	0,09	(0,01 – 0,79)*
	3 ou + SM	0,43	(0,15 – 1,30)	0,66	(0,19 – 2,31)
Ingressar para manter a saúde²					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,93	(0,46 – 1,90)	0,97	(0,39 – 2,42)
Para melhorar a saúde²					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,83	(0,42 – 1,64)	1,14	(0,48 – 2,69)
Permanecer pela saúde²					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	2,36	(1,16 – 4,79)	2,57	(0,95 – 6,99)
Para sentir-se bem²					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,54	(0,26 – 1,13)	1,29	(0,48 – 3,50)
Pelas amizades²					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,99	(0,47 – 2,01)	1,35	(0,57 – 3,20)
Estado de saúde³					
	Bom	1,00		1,00	
	Ruim	2,08	(1,04 – 4,17)	1,32	(0,54 – 3,22)
Dificuldade para praticar AF³					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,20	(0,09 – 0,42)	0,17	(0,07 – 0,47)*
Hipertensão arterial⁴					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	1,75	(0,86 – 3,55)	2,30	(0,94 – 5,64)
Diabetes⁴					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,83	(0,36 – 1,87)	0,80	(0,26 – 2,48)
Artrose⁴					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,81	(0,29 – 2,28)	0,72	(0,20 – 2,56)
Artrite⁴					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,43	(0,15 – 1,30)	1,36	(0,20 – 9,09)
Dores lombares⁴					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,27	(0,10 – 0,69)	0,82	(0,19 – 3,62)
Dislipidemia⁴					
	Sim	1,00		1,00	
	Não	1,68	(0,37 – 7,55)	1,52	(0,26 – 8,77)

Fund. = Fundamental; SM = Salário-mínimo; AF = Atividade física; OR = Razão de chance; IC = Intervalo de confiança

Fonte: a própria autora (2012)

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante dos resultados encontrados, buscaram-se na literatura outros estudos que pudessem ser confrontados e dessem sustentação ao presente estudo. Para isso, realizaram-se uma revisão geral sobre o assunto e uma revisão sistemática sobre os espaços públicos, ao ar livre, que oferecem infraestrutura para a realização de atividades físicas por idosos.

A discussão dos resultados abordará os aspectos sociodemográficos, as condições de saúde; a satisfação e sugestões em relação aos serviços prestados e à infraestrutura; os motivos de ingresso e permanência dos idosos no Programa AMI; e o Nível de Atividade Física dos Idosos.

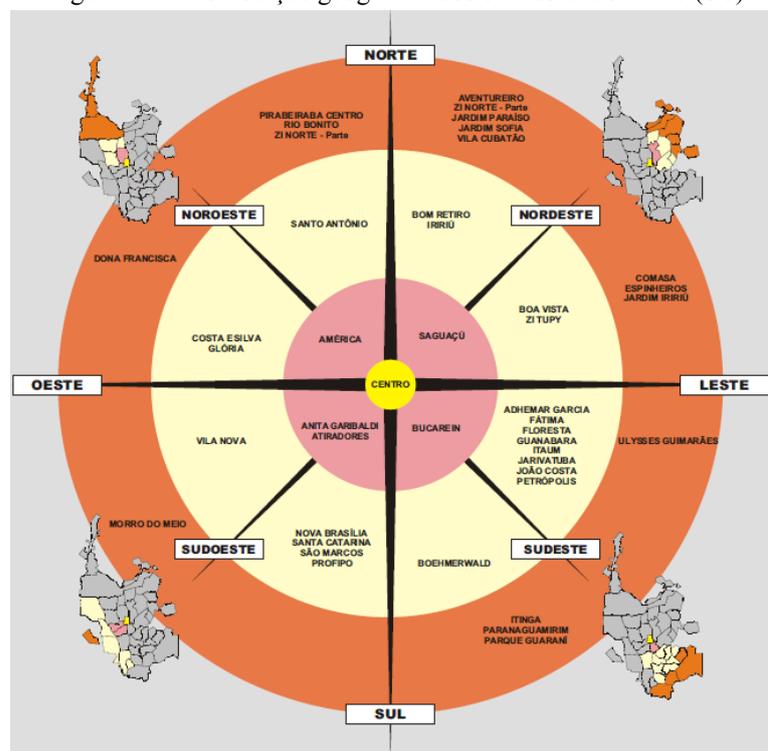
Nas últimas três décadas houve um aumento de quase 120% da população do município de Joinville, passando de 235 mil em 1980 para 515 mil habitantes em 2010. De acordo com o último censo do IBGE (2010), o município de Joinville é o mais populoso do estado; entre os seus habitantes 50,4% são mulheres, 49,6% são homens e 8,8% são idosos. Dos 45.404 joinvilenses com 60 anos ou mais de idade, 56,72 % são mulheres e 43,28% são homens. Confrontando os dados dos dois últimos censos do IBGE, nos anos 2000 e 2010, verifica-se um aumento de 19,94% no total de habitantes da cidade de Joinville, enquanto o aumento no número de idosos, no mesmo período, foi de 60,8% (IBGE, 2010; 2002).

Embora menos populosa, a capital catarinense abriga uma quantidade maior de indivíduos nessa faixa etária, representando 7,34% dos idosos do estado, enquanto Joinville abriga 6,92%. A maior parte dos idosos de Joinville (58,95%) encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos, em termos nacionais essa taxa corresponde a 55,12% (IBGE, 2010).

Atualmente Joinville é composta por 38 bairros na sede do município, um bairro distrito (Pirabeiraba), que por sua vez comporta mais três bairros, além da Zona Industrial Norte e Zona Industrial Tupy. Em relação à gestão, o município possui 14 secretarias regionais, que são órgãos de descentralização administrativa. A elas compete dar cumprimento às ações, por meio da coordenação, fiscalização e execução dos serviços e obras regionais, previstas pela administração central (IPPUJ, 2011a).

A distribuição geográfica da cidade reúne os bairros em nove sub-regiões (norte, nordeste, leste, sudeste, sul, sudoeste, oeste, noroeste e centro), conforme a figura 11.

Figura 11 – Distribuição geográfica dos bairros de Joinville (SC)



Fonte: IPPUJ (2011a)

Em termos geográficos as regiões sudeste e nordeste sustentam o maior número de bairros, 14 e 11, respectivamente, seguidos pela região sudoeste com 8 bairros e a região noroeste com 5 bairros. Em termos populacionais segue a lógica, ou seja, regiões com maior número de bairros possuem maior número de habitantes. Excluindo as zonas industriais Norte e Tupy e a área rural, as regiões somam 494.656 habitantes. Desse total, 36,72% pertencem à região sudeste (SE), 34,44% à região nordeste (NE), 14,42% à região sudoeste (SO), 13,42% à região noroeste (NO) e 1% reside no centro da cidade.

Com o expressivo aumento da população joinvilense, especialmente o público idoso, o município vem implementando algumas ações em prol da saúde e qualidade de vida de seus habitantes. Para o atendimento da população idosa o município conta com o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (COMDI), criado em 2003, um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, paritário, consultivo, controlador e fiscalizador da política municipal dos direitos do idoso de Joinville; o Centro de Convivência do Idoso (CCI), destinado ao atendimento da pessoa idosa, em que são desenvolvidas ações sociais inclusivas, fomentando o exercício de atividades nas áreas psicossocial, esportiva, educacional, cultural e lazer (IPPUJ, 2011a). Na área da saúde e lazer, o poder público

oferece a Olimpíada da Melhor Idade, que tem como objetivo oportunizar um intercâmbio sociocultural e esportivo, incentivando a participação de idosos na sociedade de forma ativa, criando uma opção de lazer e recreação. Os idosos de Joinville também participam do JASTI (Jogos Abertos da Terceira Idade), cujo objetivo é promover o intercâmbio, a integração e a prática desportiva entre os idosos do estado de Santa Catarina. Outro evento na área do lazer é a Gincana de Pesca da Melhor Idade, promovida pela Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ, 2011).

Com o objetivo de incentivar a prática de atividade física, maior socialização, melhora da autoestima e da saúde em geral dos idosos, de dezembro de 2007 até o presente momento, a PMJ implantou 47 AMIs, distribuídas nas quatro grandes regiões da cidade e no centro. Na região sudeste (SE) estão concentrados 14 bairros e 16 AMIs. A segunda região mais populosa de Joinville, nordeste (NE), possui 11 bairros e 17 AMIs. As regiões sudoeste (SO) e noroeste (NO) contam com 8 e 5 bairros e 8 e 5 AMIs, respectivamente. A região central da cidade possui uma AMI.

O Programa AMI é coordenado pela Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ), responsável pelo recrutamento e treinamento dos acadêmicos bolsistas que atuam como monitores das atividades desenvolvidas com os idosos nas praças. A cada 15 dias os monitores assistem a palestras ministradas por médicos cooperados da Unimed Joinville, sobre aspectos relacionados à saúde e a doenças crônico-degenerativas. Em relação à infraestrutura, as AMIs estão instaladas em espaços públicos, ao ar livre, que nos últimos meses receberam melhorias como iluminação para uso noturno. Cada academia possui em torno de dez aparelhos que objetivam alongar os grandes grupos musculares, aumentar a flexibilidade e melhorar a agilidade dos membros superiores e inferiores, além de proporcionar um fortalecimento muscular geral e aumentar a capacidade cardiovascular.

Benedetti (2004) defende que a implementação de programas de atividades físicas só é possível quando são averiguadas as características e necessidades dos idosos. Para isso, pesquisas devem ser realizadas tanto para identificar o perfil da população em questão como para propor intervenções. Concordando com tal colocação, um dos objetivos deste estudo foi justamente verificar as características dos idosos participantes das AMIs quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos e as condições de saúde.

Neste estudo a maioria dos idosos participantes das AMIs é do sexo feminino, do total de idosos residentes no município de Joinville (45.404), 56,72% deles também são mulheres. Da mesma forma, a investigação de Mastroeni *et al.* (2007), com 660 idosos, a partir de amostragem por conglomerados em múltiplos estágios nos setores censitários

urbanos de Joinville (SC), identificou que a maioria deles era do sexo feminino (57,6%). Corroborando com esses achados, pesquisa realizada num parque público no interior de São Paulo, com amostra representativa de idosos, identificou que 60,5% dos usuários que realizavam atividades físicas eram mulheres (SALVADOR *et al.*, 2009). Esses dados vêm ao encontro da literatura sobre o predomínio de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos (PETRIS *et al.*, 2011; ROCHA; CARNEIRO; COSTA JÚNIOR, 2011; CONCEIÇÃO *et al.*, 2011; SARABIA *et al.*, 2011). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) a população global está diante de alguns desafios, principalmente os países em desenvolvimento. Um desses desafios versa sobre a feminização do envelhecimento. Trata-se de um fenômeno em que as mulheres vivem mais do que os homens, e em países como o Brasil e África do Sul, elas correspondem aproximadamente a dois terços da população acima de 75 anos.

Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos frequentadores da AMIs, de todas as regiões, é casada. Esse dado coincide com o estudo de Mastroeni *et al.* (2007), em que 62% eram casados ou viviam em união estável. Em contrapartida os autores verificaram que 33% dos idosos eram viúvos. Estudo realizado num programa universitário de AF para terceira idade revelou que 52,3% dos idosos são casados e apenas 9% são viúvos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2011). Entretanto estudo feito com 385 idosos, de maioria mulheres (60,5%), participantes de um programa de caminhada, no distrito de Ermelino Matarazzo, município de São Paulo, 54,2% eram solteiras, divorciadas ou viúvas (SALVADOR *et al.*, 2009).

Mais da metade dos idosos participantes das AMIs possui menos de 8 anos de estudo, ou seja, não completaram o ensino fundamental, e quase um décimo deles é analfabeto. Apoiando esses achados, Mastroeni *et al.* (2007) apontaram que 72,9% dos idosos não completaram o ensino fundamental e 9,2% eram analfabetos. Em relação à população geral do município de Joinville, uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Catarinense (IPC, 2010) revelou que 32,48% dos habitantes da cidade não concluíram o ensino fundamental e 1,88% não é alfabetizada. Em termos nacionais, os dados do PNAD de 2009 (IBGE, 2010) mostram que mais da metade da população idosa brasileira (50,2%), possui até 4 anos de estudo, e 32,9% possui entre 4 e 8 anos. Rocha, Carneiro e Costa Júnior (2011), em pesquisa com idosos cadastrados numa Unidade de Saúde da Família, zona urbana do município de Itabuna (BA), verificaram que, além de os idosos terem poucos anos de estudo, nenhum possuía nível superior. Contrariando esses dados, Conceição *et al.* (2011), em programa universitário de AF para terceira idade, com 112 idosos, averiguaram que 26% deles possuíam ensino médio completo e 19% concluíram o ensino superior.

Em relação à renda, o presente estudo identificou que a maioria dos idosos recebe até dois salários-mínimos e 8,7% não tem renda. Esses dados legitimam os encontrados por Mastroeni *et al.* (2007), em que 45,6% dos idosos recebiam até dois salários-mínimos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009) aponta que a renda domiciliar *per capita* de 43,2% dos idosos brasileiros é de até um salário-mínimo, e 29% deles recebem de um a dois salários-mínimos. Diante desses fatos percebe-se que, mesmo o município de Joinville liderando o *ranking* da economia catarinense, com valor do PIB 2011 em 13,4 bilhões (IBGE, 2012), os idosos de forma geral possuem pouca escolaridade e baixa renda. Não obstante, se comparados com outros estudos (ROCHA; CARNEIRO; COSTA JÚNIOR, 2011; CARDOSO *et al.*, 2008a; SALIN, 2006), percebe-se que os dados se equiparam. Contrariando grande parte dos trabalhos, Conceição *et al.* (2011) encontraram um percentual alto de idosos com renda maior que seis salários-mínimos (29,5%), entre quatro e seis (26%) e apenas 18% com renda de um a dois salários-mínimos.

Sobre as condições de saúde, no presente estudo a maioria dos idosos declarou perceber sua saúde como ótima e boa. Cerca de 15 milhões de brasileiros, com 60 anos ou mais de idade, que representam 71% dos idosos do país, participaram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2008) e responderam a questões relacionadas à percepção da própria saúde. O estudo mostrou que 45,5% dos idosos percebe sua saúde como muito boa/boa, 41,9% como regular e apenas 12,6% tem a percepção ruim da própria saúde. A região sul do Brasil também apontou resultados semelhantes: 47,9% dos entrevistados consideram muito boa/boa, 40,6% como regular e 11,5% avaliam como ruim (IBGE, 2010).

Ainda que os idosos da AMI percebam sua saúde de forma positiva, grande parte deles relatou ter algum tipo de doença, destacando-se a hipertensão arterial e o diabetes. Também em Joinville Mastroeni *et al.* (2010) mostraram uma elevada prevalência de excesso de peso e risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em Campinas, São Paulo, uma pesquisa de base populacional, realizada com 426 idosos, revelou que 51,8% deles sofriam de hipertensão arterial; destes, alguns apresentavam um maior número de comorbidades crônicas quando comparados aos idosos não hipertensos (ZAITUNE *et al.*, 2006). Em Maringá, Paraná, estudo feito em ATIs evidenciou que 37% dos usuários apresentam hipertensão arterial (PALÁCIOS *et al.*, 2009).

A pesquisa PNAD de 2008 revelou que 77,4% dos idosos sofriam de algum tipo de doença crônica, visto que 48,9% sofriam de mais de um tipo, destacando novamente a hipertensão arterial (50%), dores na coluna (35%) e artrite (24%). Os dados também mostraram que 22,6% dos idosos brasileiros declararam não sofrer de nenhum tipo de

doença (IBGE, 2010), um percentual menor comparado aos idosos participantes das AMIs, em que 27,8% declararam não ter doenças.

Sobre os motivos de ingresso e permanência dos idosos participantes do Programa AMI entre as regiões de Joinville (SC), buscou-se fundamentações em várias teorias. Percebeu-se que as teorias psicossociais se relacionam mais com o cotidiano dos idosos que frequentam as AMIs.

De acordo com a teoria da autodeterminação, a autonomia, a competência e as relações sociais são aspectos psicológicos determinantes no comportamento humano. Esses aspectos refletem o desejo de participar, sentir-se capaz para desempenhar determinada atividade e por fim ser reconhecido positivamente pela atitude, ou ainda, esta facilita os relacionamentos (RYAN, DECI; 2000). Portanto, os motivos que levam os idosos à mudança de comportamento, ou seja, ingressar e permanecer nos programas de AF, são determinados por diferentes razões. Conhecer essas razões é fundamental para o planejamento e desenvolvimento das ações relacionadas aos programas de AF. Com base nisso, outro objetivo deste estudo foi identificar os motivos de ingresso e permanência dos idosos nas AMIs, nas diferentes regiões de Joinville (SC).

De acordo com os dados do presente estudo, independentemente da região da cidade de Joinville, sem dúvida os motivos mais relatos pelos idosos nas AMIs foram a manutenção e melhora da saúde, tanto para o ingresso como para a permanência no programa. Trata-se de um dado muito encontrado na literatura (CARDOSO *et al.*, 2008a; PRESTES *et al.*, 2009; CALDART; BRITO; SANTOS, 2011; ROCHA *et al.*, 2011; EIRAS *et al.*, 2010). As relações sociais, a conquista de novos amigos, também demonstraram ser um forte motivo para os idosos ingressarem e permanecerem no programa AMI. Tais achados vêm ao encontro de estudos realizados em parques públicos (EIRAS *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2007), programas universitários (PRESTES *et al.*, 2009; CALDART; BRITO; SANTOS, 2011; OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007; CONCEIÇÃO *et al.*, 2011) e em grupos de convivência (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Percebeu-se que nenhum dos idosos das AMIs, das regiões NO e SO, mencionou ingressar no programa a convite de amigos, entretanto 20% dos entrevistados de cada uma dessas regiões afirmaram ingressar no programa para fazer novos amigos. Ainda quanto às regiões NO e SO, 34% e 40% dos idosos, respectivamente, mencionaram permanecer no programa pelas amizades. Esses dados indicam que o fator social se torna ainda mais relevante quando já existe o vínculo de amizade entre os idosos dessas regiões. Isso nos faz refletir sobre a importância de criar

estratégias para o ingresso dos idosos nos programas, visto que as amizades formadas ali fortalecem os motivos de permanência desse público.

Outro fator relevante para os idosos permanecerem nos programas de AF é a sensação de bem-estar, relatada no presente estudo e demais publicações (CARDOSO *et al.*, 2008b, FREITAS *et al.*, 2007; EIRAS *et al.*, 2010; CONCEIÇÃO *et al.*, 2011). Em nenhuma das quatro regiões estudadas foi mencionada como motivo de ingresso a sensação de bem-estar. A literatura há muito tempo afirma como benefício da prática de AF a sensação de bem-estar (WHO, 1998; WHO, 2002; WEUVE *et al.*, 2004; SPIRDUSO, 2005). Confirmando essa conclusão, mais da metade dos idosos das AMIs confessou como motivo de permanência sentir-se bem.

Assim como no presente estudo, a literatura aponta outros motivos de ingresso de idosos em programas de AF, tais como indicação médica (CONCEIÇÃO *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2008b, FREITAS *et al.*, 2007; EIRAS *et al.*, 2010) e sair de casa e ocupar o tempo livre (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Motivo de permanência também apontado pelos idosos da AMI é o gosto pela prática de atividades físicas, assim como em outras pesquisas (CARDOSO *et al.*, 2008b; FREITAS *et al.*, 2007; EIRAS *et al.*, 2010). Poucos idosos do presente estudo mencionaram a presença de monitor como motivo de ingresso (2,7%) ou permanência (5,1%) no programa AMI. Entretanto, nas questões relacionadas à satisfação e a sugestões sobre os serviços prestados pelos monitores, os resultados revelaram, no geral, altos índices de satisfação (45,5% muito satisfeitos e 37% satisfeitos). E como sugestões, percebe-se o interesse por esse atendimento, pois nas quatro regiões quase metade dos entrevistados indicou que houvesse monitores em outros horários, além da ampliação do período de atendimento.

Nesse contexto, outro objetivo do presente estudo foi identificar o nível de satisfação dos idosos participantes em relação aos serviços prestados e à infraestrutura das AMIs. Ainda sobre esses aspectos, verificar as sugestões dos idosos para a melhora e o aperfeiçoamento dos locais.

A maioria dos idosos das quatro regiões do município de Joinville possui um alto grau de satisfação tanto quanto aos serviços prestados pelos monitores como em relação à infraestrutura das AMIs. Mesmo com essa satisfação, os idosos das quatro regiões fizeram algumas sugestões para melhorar o atendimento. As sugestões mais frequentes foram contratação de mais monitores e ampliação do horário de atendimento deles. O estudo de Salin *et al.* (2011), realizado com os grupos de convivência para idosos no município de São

José (SC), verificou que 74% dos idosos sugeriram a contratação de profissionais (educadores físicos) para atender os grupos.

Uma pesquisa avaliou o programa público de AF da capital paranaense, Curitiba, a qual faz parte do programa nacional Cidades Saudáveis. Estão inseridos no programa vários outros projetos voltados ao incentivo da prática de atividades físicas e da promoção de saúde. A pesquisa que avaliou esse programa ouviu pessoas que participam dos projetos e pessoas que usufruem os espaços (usuários) para praticar caminhada, corrida, entre outros, de forma isolada. Em relação aos participantes dos projetos, o estudo identificou um alto grau de satisfação com os profissionais e com a estrutura oferecida. A maioria deles também está satisfeita com a segurança desses ambientes. Quanto aos equipamentos disponíveis nos espaços, 70% dos participantes mostraram-se muito satisfeitos. Entretanto para 34% dos usuários o número de equipamentos é insuficiente, e a informação para 44% deles também é insuficiente (HALLAL *et al.*, 2009). Outra pesquisa da mesma natureza, feita em Recife (PE), também detectou alto grau de satisfação (73%) com o programa. No entanto para a maioria (61%) desses pernambucanos deveriam ser colocados mais equipamentos nos espaços públicos (HALLAL *et al.*, 2010). Um estudo com idosos, de ambos os sexos, residentes na região metropolitana de São Paulo constatou que a barreira mais frequente relatada por eles foi a falta de equipamentos. Esse mesmo estudo também ouviu idosos do interior, onde a falta de equipamentos igualmente foi considerada barreira à prática de AF (ANDRADE *et al.*, 2000). Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2001) encontraram resultados semelhantes. Esses dados vêm ao encontro do presente estudo, no qual 13% dos idosos sugerem a colocação de mais equipamentos. Em Los Angeles, nos Estados Unidos, foram implantadas em parques públicos as **ZFs** (*zonas fitness*). Trata-se de um conjunto de equipamentos para prática de AF. Um estudo avaliou vários parques da cidade, uns que receberam as ZFs e outros que não. Os pesquisadores verificaram que houve um aumento no número de usuários nos parques que possuíam as ZFs, o que não aconteceu nos parques que não possuíam ZFs. Os autores concluíram que a instalação de equipamentos é fator motivante para a prática de AF naqueles ambientes (COHEN *et al.*, 2012).

Mas para os idosos da AMI existem outras prioridades, como a colocação de coberturas nas academias e manutenção nos equipamentos existentes. Algumas pesquisas verificaram que em muitos momentos os fatores climáticos interferem de forma negativa na prática de AF, principalmente nos espaços ao ar livre que possuem equipamentos, como é o caso das ATIs. Regiões com grande volume de chuvas e dias de temperaturas muito altas inibem a participação das pessoas, sobretudo dos idosos. Joinville é uma cidade que se

encaixa nas duas situações, por conta disso a maioria dos idosos sugeriu a colocação de cobertura nas academias. Outros estudos identificaram a mesma necessidade (ANDRADE *et al.*, 2000; EIRAS *et al.*, 2010; SILVA; PETROSKI; REIS, 2009).

Os benefícios de uma vida ativa podem ser alcançados por meio da adoção de um estilo de vida saudável, com a inclusão de alguns hábitos como caminhar, andar de bicicleta, dançar ou praticar algum esporte. A participação dos idosos em atividades físicas sistematizadas e moderadas pode retardar declínios funcionais e minimizar o desenvolvimento de doenças crônicas (WHO, 2005).

Nem sempre as atividades físicas praticadas pelos idosos garantem os limiares mínimos recomendados para obter benefícios para a saúde. Este estudo então adotou a classificação de “suficientemente ativos” para os indivíduos que praticam, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física, no mínimo moderada, e “insuficientemente ativos” para aqueles que não atingiram os 150 minutos semanais (PATE *et al.*, 1995; ACSM, 2000; MARSHALL; BAUMAN, 2001). Dessa forma, outro objetivo deste estudo foi verificar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde e o nível de atividade física dos idosos das AMIs.

Embora o presente estudo não tenha encontrado associação entre as características sociodemográficas e o nível de AF dos idosos, em relação à idade verifica-se que os idosos insuficientemente ativos (IA) têm uma média de idade maior que os idosos suficientemente ativos (SA) ($68,92 \pm 7,48$) e ($67,53 \pm 6,04$), respectivamente. Esses achados são muito comuns na literatura, mostrando que com o aumento da idade diminui o nível de AF dos indivíduos (HALLAL *et al.*, 2003; ALENCAR *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2010; MAZO *et al.*, 2005; HALLAL *et al.*, 2012). Estudos complementam que, além de o nível de AF diminuir com o avanço da idade, o fato contribui para a redução da aptidão física, bem como para o desenvolvimento de diversas doenças (CDC, 2007; HASKELL *et al.*, 2007). Quando compararam alguns países, Hallal *et al.* (2012) verificaram que idosos do sudeste asiático são muito mais ativos que os adultos jovens (com idade entre 15-29 anos) das Américas, no Mediterrâneo Oriental, Europa e no Pacífico ocidental. Avaliando parques públicos em São Paulo, Oliveira *et al.* (2008) acharam uma prevalência de inativos (não praticavam nenhuma AF regular) nos indivíduos entre 18 e 20 anos de idade.

No presente estudo, nas AMIs de Joinville, as mulheres apresentaram-se mais ativas que os homens. Uma pesquisa realizada em 37 grupos de convivência de idosos, utilizando o

IPAQ forma longa, encontrou uma diferença muito significativa entre os gêneros: as mulheres mostraram-se mais ativas em relação aos homens ($p = 0,014$). Esse resultado está relacionado ao fato de que as mulheres possuíam médias de prática de atividades domésticas muito superiores às observadas neles ($p < 0,001$), nos outros domínios os pesquisadores não encontraram diferenças significativas (CARDOSO *et al.*, 2008a). Corroborando com tais achados, Toscano e Oliveira (2009) avaliaram o nível de AF de 238 idosas em grupos de convivência e recorreram ao IPAQ forma longa. Os pesquisadores detectaram que 65% foram classificadas como SA (mínimo 150 minutos/semana), destacando novamente as atividades domésticas as de maior dispêndio energético. Mazo *et al.* (2005), ao avaliarem uma amostra de 198 mulheres com idade média de 73,6 anos e de maioria ativa (66,2%), também salientaram as atividades domésticas como o principal componente do nível de atividade física das idosas, haja vista essas atividades compreenderem 40% da AF total por elas realizadas. Os dados citados nos reportam à importância das atividades domésticas na manutenção da independência das idosas, fato incessantemente divulgado na campanha do Envelhecimento Ativo coordenado pela OMS (WHO, 2005).

Assim como pesquisas apontam que as mulheres possuem maior nível de AF quando comparadas aos homens, algumas pesquisas verificaram o contrário. É o caso do estudo de Salvador *et al.* (2009), em que os autores analisaram o nível de AF de uma amostra representativa de idosos nas atividades de caminhada. Utilizando o IPAQ forma longa, eles constataram que os idosos de ambos os sexos apresentaram proporções inferiores a 50% de ativos na caminhada como forma de deslocamento, porém os homens demonstraram maior proporção de sujeitos ativos em relação às mulheres ($p < 0,001$). Mesmo fato ocorreu no estudo de Benedetti, Petroski e Gonçalves (2004), com 875 idosos de Florianópolis, utilizando o IPAQ forma longa para a avaliação do nível de atividade física. Os pesquisadores encontraram uma proporção de 23,6% de homens e 15,5% de mulheres ativas no deslocamento. Hallal *et al.* (2012) argumentam que, dentro de cada faixa etária, os homens são mais propensos a participar de atividade física de intensidade mais vigorosa do que as mulheres.

Quanto à renda, no presente estudo, observou-se que há uma tendência de os idosos IA (32,4%) receberem menos de um salário-mínimo, enquanto os SA (20,8%) relataram uma renda melhor (entre dois e três salários-mínimos). De certa forma isso faz sentido, uma vez que os idosos SA (11,6% possuem ensino médio e 12% têm ensino superior)

apresentaram uma melhor escolaridade em relação aos IA (7,7% completaram o ensino médio e 1% ensino superior).

Sobre as condições de saúde, 72,2% dos idosos mais ativos e 71,8% dos menos ativos contaram ter algum tipo de doença diagnosticada pelo médico. Dos tipos de doença relatados, não houve diferença estatística entre os grupos. Do total de doenças citadas, metade estava relacionada às doenças cardiovasculares. De forma semelhante ocorreu no estudo realizado com adultos e idosos em parques públicos de São Paulo. Os pesquisadores observaram que 51% dos indivíduos ativos e 45% dos insuficientemente ativos apresentaram pelo menos um fator de risco cardiovascular e, portanto, possuem um risco moderado para a prática de atividade física. Tratando-se de sintomas cardiovasculares, constatou-se que 20% dos indivíduos ativos e insuficientemente ativos tinham esses sinais (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

No presente estudo não houve associação entre o nível de AF e a presença ou não de doenças. Das doenças relatadas pelos idosos, a mais prevalente foi a hipertensão arterial (49,5% nos mais ativos e 35,9% nos menos ativos). No estudo de Oliveira *et al.* (2008) a hipertensão arterial prevaleceu em todas as categorias do nível de AF (28% nos ativos, 22% nos insuficientemente ativos e 24% nos inativos). Na investigação de Zaitune *et al.* (2006) a prevalência estimada de hipertensão arterial referida da população idosa de Campinas foi de 46,4% (IC95%: 39,1-53,8) nos homens e 55,9% (IC95%: 49,4-62,1) nas mulheres. Diante do resultado, os autores ressaltam a importância da triagem de risco cardiovascular e posterior orientação/prescrição para a prática nos locais públicos. Mazo *et al.* (2005), em estudo com 198 mulheres idosas, encontraram diferença estatisticamente significativa entre o nível de AF e as doenças.

Alguns distúrbios osteoarticulares e musculares foram referidos no presente estudo pelos idosos das AMIs. Entre eles foi encontrada uma associação, considerada fraca ($\Phi = 0,180$), entre os relatos de “dores na coluna” e o nível de AF ($p = 0,004$). Consta que os idosos IA (20,5%) relataram mais essa queixa que os idosos SA (6,5%). No estudo de Mazo *et al.* (2007), realizado em grupos de convivência, outra variável relacionada à saúde foi destacada. Os autores analisaram o nível de AF e o número de quedas entre 201 idosos. Eles verificaram que 79,13% dos sujeitos foram classificados como muito ativos; destes, apenas 38 haviam sofrido quedas nos últimos três meses. Os pesquisadores constataram uma relação estatisticamente significativa entre o nível de AF pouco ativo, o número de quedas e a condição de saúde atual ($p = 0,011$).

No presente estudo a prevalência de presença de doença foi bastante semelhante entre os idosos SA (72,2%) e IA (71,8%). Contudo, para 88% dos SA, o estado dela atual não dificulta a prática de AF. Entretanto 41% dos idosos IA relataram que o estado de saúde atual dificulta a prática de AF, verificando-se nesse caso uma associação fraca entre nível de AF e estado de saúde atual dificultando a prática de AF ($p < 0,001$). Outros estudos com idosos que utilizaram o mesmo instrumento (IPAQ forma longa) encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de AF e o estado de saúde atual dificultar ou não a prática de AF: $p = 0,006$ (SALIN, 2006; GRIEP *et al.*, 2005) e $p < 0,050$ (MAZO *et al.*, 2005).

Não foi encontrada associação entre as categorias do nível de AF e a percepção de saúde no estudo das AMIs. Observou-se apenas uma tendência de os idosos SA (65,6%) serem mais satisfeitos com sua saúde, quando comparados aos idosos IA (43,6%). Mazo *et al.* (2005), ao avaliarem uma amostra de 198 mulheres com idade média de 73,6 anos e de maioria ativa (66,2%), não encontraram diferença estatística na relação do nível de atividade física e a percepção de saúde ($p = 0,185$) e também com a satisfação com a saúde ($p = 0,460$). Salin (2006) verificou que, entre os grupos de convivência de idosos, 65,7% dos mais ativos e 55% dos menos ativos se apresentaram satisfeitos com sua saúde. Porém não encontrou diferença significativa nessa variável ($p = 0,626$). Enquanto no estudo de Mazo *et al.* (2007), também em grupos de convivência, a condição de saúde se associou negativamente à prática de AF ($p = 0,016$) e à satisfação com a saúde ($p = 0,05$). Tais dados nos remetem à preocupação constante dos órgãos internacionais que recomendam a prática de atividades físicas como forma de promoção de saúde, especificamente na população idosa, uma vez que a AF tem papel fundamental na minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento e no desenvolvimento das doenças não transmissíveis (ACSM, 2000; WHO, 2005; CDC, 2007; USDHHS, 2008).

Quanto aos motivos de ingresso dos idosos no Programa AMI, não foi encontrada associação com o nível de AF. Observou-se que, independentemente do nível de AF (SA e IA), os sujeitos do estudo ingressavam por motivações muito semelhantes nas academias, sendo a manutenção e a melhora da saúde os ensejos mais frequentes. Os dados se justificam, visto que 72,2% dos idosos SA e 71,8% dos IA relataram possuir algum tipo de doença diagnosticada por médicos. Um dado interessante é que apenas 10,2% dos idosos SA e 7,7% dos IA mencionaram ingressar no programa por indicação médica. A investigação de Freitas *et al.* (2007), com idosos praticantes de AF em dois programas públicos no nordeste

do Brasil, encontrou que 84,2% dos sujeitos ingressaram para melhorar a saúde; 56,7% do total ingressou por orientação médica.

Tratando-se dos motivos de permanência no Programa AMI, notou-se uma associação ($\Phi = 0,152$) entre o nível de AF e a permanência por questões de saúde. O estudo mostrou que 56,9% dos idosos SA e 35,9% dos idosos IA permanecem no programa para zelar pela saúde. O trabalho de Eiras *et al.* (2010), de cunho qualitativo, efetuado em ambientes públicos da capital paranaense, com idosos praticantes de AF, observou que a maioria dos sujeitos ingressava e se mantinha nas atividades principalmente para manter e melhorar a saúde. Em relação aos idosos IA o grande motivo de permanência no programa foi o fator “sentir-se bem” com a prática de AF realizada na AMI. Todos os idosos participantes do estudo de Freitas *et al.* (2007), em Recife, relataram permanecer nos programas para manter a saúde e 74,2% ficam pelo bem-estar provocado pela prática de AF. De fato, um dos benefícios em curto prazo da AF é justamente a sensação de bem-estar (HARRIS; CRONKITE; MOOS, 2006; SPIRDUSO, 2005). Em segundo plano os idosos IA disseram permanecer na AMI pela saúde e pelas amizades (36% em ambos). Na hierarquia de motivos de permanência, os idosos SA descreveram os mesmos, porém com percentuais diferentes (57% pela saúde e 35,6% pelas amizades). Um dado interessante nesse caso é o fato de os idosos mencionarem um percentual reduzido de motivo de ingresso “pelas amizades” (SA 12,5% e IA 10,3%) quando comparado aos motivos de permanência “pelas amizades” (35% em ambos). Freitas *et al.* (2007) identificaram que 47,5% dos idosos permanecem pelas amizades. Isso reflete a importância das amizades, das relações sociais, para o aumento do nível de AF dos idosos. Exemplo disso é o alto índice de idosos mais ativos nos grupos de convivência (SALIN, 2006; MAZO *et al.* 2005; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009; CARDOSO *et al.*, 2008a).

O estudo mostrou que o nível de satisfação dos idosos com os serviços prestados pelos monitores (acadêmicos bolsistas de Educação Física) nas AMIs não está associado com o seu nível de AF. Assim como não foi encontrada associação entre as sugestões para aperfeiçoar os serviços e o nível de AF ($p > 0,05$). No âmbito geral a maioria dos sujeitos está satisfeita com o atendimento dos monitores, tanto que não houve relatos de insatisfação em relação aos serviços prestados entre os idosos IA. Percebe-se que, independentemente do nível de AF, os idosos sugerem a contratação de mais monitores, além da ampliação do horário de seu atendimento nas academias. Freitas *et al.* (2007), em Recife, averiguaram que

62,5% dos idosos consideram importantíssimo o atendimento do professor, e por isso permanecem nos programas.

No estudo das AMIs não houve associação entre a satisfação dos idosos participantes das AMIs com a infraestrutura e o seu nível de AF. Entretanto, em relação às sugestões para melhora e aperfeiçoamento da infraestrutura, observou-se uma associação entre o nível de AF e o desejo de instalação de uma cobertura nas AMIs. O estudo identificou que 27,3% dos idosos SA e 10,3% dos idosos IA sugerem a instalação de coberturas nas academias. A coordenação do Programa AMI salientou que nos dias de chuva os idosos não frequentam as academias, lembrando que os períodos de chuva no município de Joinville são bastante extensos. Para a coordenação do Programa tal fato prejudica o desempenho dos idosos nas atividades (CONCEIÇÃO, 2010). Alguns estudos identificaram associações entre os fatores climáticos e a prática de AF. Nos trabalhos de Eiras *et al.* (2010) e Silva, Petroski e Reis (2009), os fatores climáticos (chuvas e sol forte) foram apontados como forte indicador negativo (barreiras) para a prática de AF em ambientes ao ar livre.

Nos programas públicos em Recife, Freitas *et al.* (2007) verificaram uma alta satisfação (72,8%) em relação ao programa. Mas mesmo satisfeitos, 61% dos usuários relataram que melhorariam a infraestrutura com a instalação de mais e novos equipamentos.

As demais sugestões relacionadas à infraestrutura das AMIs são semelhantes entre os idosos AS e IA ($p > 0,05$). Eles apontaram melhorar a limpeza das praças, a manutenção dos aparelhos e a segurança, além de sugerirem a instalação de banheiros e bebedouros.

6 CONCLUSÕES

A presente pesquisa buscou analisar a percepção dos idosos participantes da Academia da Melhor Idade (AMI) de Joinville (SC) quanto aos motivos de ingresso e permanência, nível de atividade física (AF) e serviços prestados, por meio de entrevistas semiestruturadas e questionário de avaliação da atividade física, aplicados a 255 idosos com média de idade de 68 anos, de ambos os sexos, frequentadores de 17 AMIs, nas diferentes regiões do município.

A análise dos dados revelou que a maioria dos idosos frequentadores das AMIs de Joinville é mulher, demonstrando a tendência do Brasil e de outros países da “feminização do envelhecimento”. Esse fenômeno refere que as mulheres vivem mais do que os homens, sendo uma das explicações para presença majoritária delas nas AMIs das diferentes regiões do município.

Nesta investigação verificou-se que a maioria dos idosos considera sua saúde boa, ainda que possua alguma doença autorreferida, destacando a hipertensão arterial. Uma característica que cabe ressaltar do grupo quanto ao nível de AF é que os idosos são considerados suficientemente ativos, e estes estão mais satisfeitos com a sua saúde do que os insuficientemente ativos. Existe uma tendência de os idosos insuficientemente ativos relatarem queixas de “dores lombares” e dificuldade na prática de AF.

Os motivos que levaram os idosos, das diferentes regiões de Joinville, a ingressar nas academias foram melhorar e manter a saúde e por indicação médica. Para os idosos permanecerem no programa, os motivos destacados foram: sentir-se bem com a prática de AF, o zelo pela saúde e as amizades. Considera-se um fator protetor para que o idoso não seja insuficientemente ativo o fato de ele ingressar na AMI pelo motivo de melhoria da saúde, ter um estado de saúde bom, que o estado de saúde atual não dificulte a prática de AF e ter uma renda mensal superior a dois salários-mínimos.

No que diz respeito aos serviços prestados e à infraestrutura, os idosos estão satisfeitos. Todavia os participantes fizeram algumas sugestões quanto à melhoria dos serviços prestados e à infraestrutura: ampliação do horário de atendimento dos monitores de Educação Física, bem como a contratação de profissionais para qualificar o serviço, limpeza da praça, instalação de coberturas nas AMIs, manutenção dos equipamentos, instalação de mais aparelhos, bebedouros e sanitários, aumento do policiamento e da iluminação das

praças. Tais recomendações dos idosos permitem perceber que há certa satisfação com as AMIs, entretanto indicam a urgência da intervenção do poder público nesses espaços, visando atender às reivindicações dos idosos cidadãos, garantindo seus direitos de prática regular de AF.

A pesquisa mostra que as academias ao ar livre para idosos (AMIs) são uma boa estratégia para engajar o público idoso na prática regular de AF. Sabe-se que a AF não é apenas uma responsabilidade do setor de saúde, todos os outros possuem relações com ela, seja nos projetos arquitetônicos, urbanos, de mobilidade, educação, mercado de trabalho, serviços, assim como na família, na religião. Não esquecendo a participação do próprio idoso nesse processo. Porém acredita-se que a eficácia dessa prática só será alcançada por meio de medidas básicas como monitoramento das atividades, conhecimento das características do público-alvo e infraestrutura adequada. Sendo assim, é necessário que haja um planejamento de ações voltadas para esse grupo populacional, no sentido de preparar a sociedade brasileira para um envelhecimento mais ativo e saudável. Isso certamente aumentará a qualidade de vida adicional adquirida ao longo dos tempos.

Considera-se o presente estudo um passo inicial, visto que as ATIs (academias da terceira idade de outras cidades) e as AMIs (academias da melhor idade de Joinville, SC) crescem de forma acelerada, assim como o ingresso dos idosos nestas. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos tanto para avaliar as características, os interesses e o nível de AF dos idosos, como para verificar o impacto de tais academias na saúde e qualidade de vida desse público em cada região.

REFERÊNCIAS

ACADEMIAS da saúde em Florianópolis. **Portal TopMed**. Disponível em: <http://topmed.com.br/scsaude/?page_id=32>. Acesso em: 1.º jul. 2010.

ACSM – AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. 6. ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

_____. Appppropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 41, n. 2, p. 459-471, 2009.

ADRIANO, Jaime Rabelo *et al.* A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

ALENCAR, Nelyse A *et al.* Nível de atividade física em mulheres idosas. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 251-257, jul./set., 2011.

ALLEN, J. B. Social motivation in youth sport. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v. 25, n. 1, p. 551-567, 2003.

ANDRADE, E. L. *et al.* Barriers and motivational factors for physical activity adherence in elderly people in developing country. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Baltimore, v. 33, n. 7, p. 141, 2000.

BANDURA, Albert. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, mar. 1977.

_____. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Nova Jersey: Prentice Hall, 1986.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2008.

BAUMAN, Adrian E. *et al.* Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **Lancet**, v. 380, Issue 9.838, p. 258-271, jul. 2012. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960735-1/fulltext#article_upsell>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BEIJING: exercise opportunities for all. **DAC & Cities** [online], 2012. Disponível em: <<http://www.dac.dk/en/dac-cities/sustainable-cities-2/all-cases/health/beijing-exercise-opportunities-for-all/>>. Acesso em: 6 ago. 2012.

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. **Atividade física: uma perspectiva de promoção de saúde do idoso no município de Florianópolis**. 2004. 255 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. *et al.* Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p.11-16, 2007.

_____; MAZO, Giovana Z.; BARROS, Mauro V. G. Aplicação do questionário internacional de atividade físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste/reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 12, n. 1, p. 25-33, 2004.

_____; PETROSKI, Édio L.; GONÇALVES, Lúcia T. G. **Perfil dos idosos do município de Florianópolis**. Florianópolis: Palotti, 2004.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Motivação nas organizações**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1994. 9 p.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 719, de 7 de abril de 2011**. Brasília, 2011.

BZUNECK, José Aloyseo; GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini. Estilos de professores na promoção da motivação intrínseca: reformulação e validação de instrumento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 415-422, out./dez. 2007.

CALDART, A. C.; BRITO, C. D.; SANTOS, N. B. Aspectos motivacionais para a prática de atividades físicas pelos idosos que frequentam o Projeto Sem Fronteiras: atividades corporais para adultos maduros e idosos. XI Seminário Internacional de Atividade Física para Terceira Idade. **Brazilian Journal of Sports and Exercise Research**, Curitiba, v. 2 n. 1, p. 89, 2011.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da aprendizagem**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

CARDOSO, Adilson S. *et al.* Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 2008a.

CARDOSO, Adilson S. *et al.* Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 225-239, 2008b.

CARDOSO Adilson S.; MAZO, Giovana Z.; JAPIASSÚ, Adriana T. Relações entre aptidão física e níveis de atividade física de idosas ativas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 13, n. 2, 2008.

CARPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 126-131, mar./abr. 1985.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CARVALHO, Karina Bahia B. V. **Perfil socioeconômico e qualidade de vida em usuários do Programa Academia da Melhor Idade no município de Joinville-SC, Brasil**. 2011. Dissertação (Mestrado)–Universidade da Região de Joinville, Joinville, 2011.

CASTRO, Juracy *et al.* Nível de atividades físicas em mulheres idosas frequentadoras das agências de assistência a saúde do idoso residentes em Belém do Pará. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 18, n. 4, p. 39-44, 2010.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Growing stronger: why strength training for older adults?** Atlanta, 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/growing_stronger/why.htm>. Acesso em: 27 jan. 2013.

_____. **Physical Activity Conference Planning Workgroup**. Moving ahead: strategies and tools to plan, conduct, and maintain effective community-based Physical Activity Programs for Older Adults. Atlanta, 2007.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CHEIK, Nadia Carla *et al.* Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 45-52, jul./set. 2003.

COELHO, Juliana. **Academia ao ar livre incentiva uma vida saudável**. Disponível em: <<http://www.fundacaounimed.org.br/site/interna.aspx?id=21&idt=3&cont=3199&ic=1>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

COHEN, Deborah A. *et al.* Impact and cost-effectiveness of family fitness zones: a natural experiment in urban public parks. **Health & Place**, Califórnia, v. 18, n. 1, p. 39-45, jan. 2012.

CONCEIÇÃO, Janaina Luisa. **Janaina Luisa Conceição** [15 out. 2010]: entrevista. Entrevistadora: Mauren da Silva Salin. Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ), Joinville.

CONCEIÇÃO, Júlio César Rodrigues da *et al.* Motivos de adesão e permanência em um programa de atividade física para idosos. **Revista EFDeportes** [online], Buenos Aires, v. 16, n. 159, ago. 2011.

CRAIG, Cora L. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, n. 8, p. 1.381-1.395, ago. 2003.

DUMITH, Samuel C. *et al.* Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. **Preventive Medicine**, v. 53, p. 24-28, 2011.

EIRAS, Suelen. B. *et al.* Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 75-89, jan. 2010.

ESPERIDIÃO, Monique A.; TRAD, Leny A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1.267-1.276, 2006.

FARINATTI, Paulo de T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício**. v. 1. Barueri: Manole, 2008.

FELEJ – FUNDAÇÃO DE ESPORTES, LAZER E EVENTOS DE JOINVILLE. **Relatório anual de gestão – 2011**. Joinville, 2011. 15 p.

FERREIRA, Érika Cristina. **Freqüência da atividade física e uso de medicamentos em usuários das Academias da Terceira Idade no município de Maringá, Paraná**. Maringá: UEM, 2008.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 207-219, 2005.

FORJAZ, Cláudia L. M. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular e da atividade física dos frequentadores de um parque da cidade de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 1, p. 35-42, 2002.

FREDERICK, Christina M.; RYAN, Richard M. Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. **Journal of Sport Behaviour**, Alabama, v. 16, n. 3, p.124-146, 1993.

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

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOBBI, Sebastião. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Rio Claro, v. 2, n. 2, p. 41-49, 1997.

GORMAN, W. F.; CAMPBELL, C. D. Mental acuity of the normal elderly. **The Journal of the Oklahoma State Medical Association**, v. 88, n. 3, p. 119-123, mar. 1995.

GOULD, D. et al. Burnout in competitive junior tennis players: A quantitative Psychological Assessment. **The Sport Psychologist**, v.10, p.322-340, 1996.

GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme L.; LOPES, Cláudia (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p. 703-714, 2005

GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini; BORUCHOVITCH, Evely. O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2004.

HALL, Calvin S.; LINDZEY, Gardner. T. **Teorias da personalidade**. São Paulo: EPU, 1978.

HALLAL, Pedro C. *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

HALLAL, Pedro C. *et al.* Avaliação dos programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009.

HALLAL, Pedro C. *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet**, v. 380, n. 9.838, p. 247-257, jul. 2012.

HALLAL, Pedro C. *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Pelotas, v. 35, n. 11, p. 1.894-1.900, nov. 2003.

HALLAL Pedro C.; VICTORA, C. G. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 36, n. 3, p. 556, 2004.

HARRIS, A. H.; CRONKITE, R.; MOOS, R. Physical activity, exercise coping and depression in a 10-year short study of depressed patients. **Journal of Affective Disorders**, Califórnia, v. 93, n. 1-3, p. 79-85, jul. 2006.

HASKELL, W. L. *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1.423-1.434, ago. 2007.

HEATH, Gregory W. *et al.* Evidence-based physical activity interventions: lessons from around the world. **Lancet**, v. 380, n. 9.838, p. 272-281, jul. 2012.

HOEHNER, Christine M. *et al.* Guide for useful interventions for activity (GUIA) in Brazil and Latin America: systematic review of physical activity interventions in Latin America. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 34, n. 3, p. 224-233, mar. 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros**. 2012. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009. 152 p.

_____. **Indicadores sociodemográficos – prospectivos para o Brasil 1991-2030**. 2006.

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_dapopulacao/publicacao_UNFPA.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2010.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010. 317 p.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2002. 97 p.

_____. **Projeções da população por sexo e idade para o período 1990-2050**. Rio de Janeiro, 2005.

IPPUJ – FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DE JOINVILLE. **Joinville, cidade em dados 2010-2011**. Joinville, 2011a. 194 p. Disponível em:

<<http://www.ippuj.sc.gov.br/conteudo.php?paginaCodigo=23>>. Acesso em: 24 mar. 2012.

_____. **Joinville em números 2011**. Joinville, 2011b. 16 p. Disponível em:

<<http://www.ippuj.sc.gov.br/conteudo.php?paginaCodigo=155>>. Acesso em: 24 mar. 2012.

IPC – INSTITUTO DE PESQUISA CATARINENSE. Secretaria de Infraestrutura Urbana de Joinville (SC). **Pesquisa origem/destino Joinville 2010**. Pesquisa domiciliar. Características das famílias. v. 2. Joinville, 2010.

JACOB FILHO, Wilson. Atividade física e envelhecimento saudável. Mesa-redonda: Atividade Física na Terceira Idade e as Relações Intergeracionais. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos Países de Língua Portuguesa. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 20, p. 73-77, set. 2006.

KREBS, Ruy Jornada. **Desenvolvimento humano: teorias e estudos**. Santa Maria: Casa Editorial, 1995.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de O. **O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEE, I. M. *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n. 9.838, p. 219-229, jul. 2012.

LEFRANÇOIS, Guy R. **Teorias da aprendizagem**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

LUZ, A. C. Bom para a saúde, melhor ainda para o espírito. **Revista Vida Plena**, Joinville, ano 1, n. 1, mar./abr. 2010.

MacNIVEN, Rona; BAUMAN, Adrian; ABOUZEID, Marian. Uma revisão de estudos de prevalência de base populacional de atividade física em adultos na região da Ásia-Pacífico. **BMC Saúde Pública**, v. 12, n. 41, 2012.

MARCUS, B. H. Exercise behavior and strategies for intervention. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 66, n. 4, p. 319-323, dez. 1995.

MARSHALL, Alison; BAUMAN, Adrian. **The Internacional Physical Activity Questionnaire**: summary report of the reliability & validity studies. Comitê Executivo do IPAQ, 2001.

MASTROENI, Marco Fábio. **Estado nutricional e consumo de macronutrientes de idosos da cidade de Joinville, SC**. 2004. 110 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. *et al.* Antropometria de idosos residentes no município de Joinville-SC, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 29-40, 2010.

_____. *et al.* Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Joinville, v. 10, n. 2, p. 190-201, 2007.

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

_____. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, set. 2000.

MATTOS, Mauro Gomes de; ROSSETTO JR., Adriano José; BLECHER, Shelly. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física**: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação. São Paulo: Phorte, 2004.

MAZO, Giovana Z. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. 2003. Tese (Doutorado)–Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2003.

_____. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

_____. ; BENEDETTI, Tânia R. B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano**, v 12, n. 6, p. 480-484, 2010.

MAZO, Giovana Z. *et al.* Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, 2007.

MAZO, Giovana Z. *et al.* Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 65-70, 2009.

MAZO, Giovana Z. *et al.* Nível de atividade física, condições de saúde e características sociodemográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2005.

MAZZEO, R. S. *et al.* Exercício e atividade física para pessoas idosas. Posicionamento oficial do Colégio Americano de Medicina do Esporte. Tradução de Wagner Raso e Sandra Matsudo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 48-78, 1998.

MENDES, Hamilton G. P. **Cidade pode ganhar academias da terceira idade ainda no 1.º semestre**. 2010. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/4581093/cidade-pode-ganhar-academias-da-terceira-idade-ainda-no-1-semester>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

MÜLLER, Lisandra M.; FREITAS, Eduardo G.; ELY, Vera H. M. B. O uso dos espaços urbanos centrais de Florianópolis pelos idosos: percepção de intervenientes ambientais. *In*: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM ARQUITETURA E URBANISMO, 7., Florianópolis, 2007. **Anais...** p. 1-7.

NAHAS, Vinicius Markus. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 5. ed. Londrina: Midioraf, 2010.

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

NATIONWIDE Physical Fitness Program. **China.ORG.CN**. Disponível em: <<http://www.china.org.cn/english/features/Brief/193374.htm>>. Acesso em: 6 ago. 2012.

NERI, A. L. Crenças de auto-eficácia e envelhecimento bem-sucedido. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.267-1.276.

NIKOLOVA, Rossitza; DEMERS, Louise; BÉLAND, François. Trajectories of cognitive decline and functional status in the frail older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 48, n. 1, p. 28-34, 2009.

OKUMA, Silene Sumire; MIRANDA, Maria Luiza de Jesus; VELARDI, Marília. Atitudes de idosos frente à prática de atividades físicas. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-54, 2007.

OLIVEIRA, Gustavo F. *et al.* Risco cardiovascular de usuários ativos, insuficientemente ativos e inativos de parques públicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 170-175, 2008.

OLIVEIRA, Janaina Luisa Conceição. **Janaina Luisa Conceição Oliveira** [19 out. 2012]: entrevista. Entrevistadora: Mauren da Silva Salin. Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ). Joinville.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de status global sobre doenças não-transmissíveis 2010**. Genebra, 2011.

PALÁCIOS, Ana Rosa Oliveira Polleto. **A concepção do Programa Maringá Saudável, suas ações e resultados**. 2009. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/e92e9aa4f20a.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. *et al.* Academia da Terceira Idade (ATI). *In*: SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., Brasília, 2009. **Anais...** p. 99-101. (Reuniões e conferências).

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PARRA, Diana C. *et al.* Assessing physical activity in public parks in Brazil using systematic observation. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 8, p. 1.420-1.426, 2010a.

PARRA, Diana C. *et al.* Built environment characteristics and perceived active park use among older adults: results from a multilevel study in Bogotá. **Health & Place**, v. 16, n. 1, p. 1.174-1.181, jul. 2010b.

PATE, Russell R. *et al.* Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Jama**, v. 273, n. 5, p. 402-407, fev. 1995.

PETRIS, J. *et al.* Atividade física, utilização dos espaços públicos de lazer e qualidade de vida de idosos de Curitiba. XI Seminário Internacional de Atividade Física para a Terceira Idade. **Brazilian Journal of Sports and Exercise Research**, v. 2, n. 1, p. 119, 2011.

PORTAL DA PREFEITURA DE JOINVILLE. **História da cidade**. Joinville, 2010. Disponível em:

<http://www.joinville.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=114&lang=brazilian_portuguese>. Acesso em: 3 dez. 2010.

PREFEITURA DE JOINVILLE. Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville. **Projeto Academia da Melhor Idade**. Joinville, 2007.

PRATT, Michael *et al.* The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. **Lancet**, v. 380, n. 9.838, p. 282-293, jul. 2012.

PRESTES, Márcia Rodrigues *et al.* Terceira idade: fatores motivacionais e de adesão a prática de atividade física regular. *In*: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 18.;

ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 1.; MOSTRA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 1., 2009, Pelotas. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/arquivosimportantes/anais.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2012.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 51, n. 3, p. 390-395, jun. 1983.

PROCHASKA, James O.; VELICER, Wayne F. The transtheoretical model of health behavior change. **American Journal of Health Promotion**, Lawrence, v. 12, n. 1, p. 38-48, set./out. 1997.

RIBEIRO, Valdeci T. **Academias ao ar livre**. 2010. Disponível em: <http://www.liveseg.com/academias_ao_ar_livre.html>. Acesso em: 17 maio 2010.

ROCHA, Saulo Vasconcelos; CARNEIRO, Lélia Renata das Virgens; COSTA JÚNIOR, Luiz Otávio Silva. Motivos para a prática de atividade física entre idosos no município de Itabuna – BA. **Revista APS**, v. 14, n. 3, p. 276-282, jul./set. 2011.

RPC – REPÚBLICA POPULAR DA CHINA. **China.org.cn [online]**, 2012. Disponível em: <<http://www.china.org.cn/index.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2013.

RYAN, Richard M.; DECI, Edward L. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. **Contemporary Educational Psychology**, Austrália, v. 25, n. 1, p. 54-67, 2000.

SALIN, Mauren da Silva. **Diretrizes para implantação de programas e ações de atividade física para idosos**. 2006. 92 p. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano)–Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

_____. *et al.* Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-208, 2011.

SALLIS, James F.; OWEN, Neville. Physical activity & behavioral medicine. **Sage Publications**, Califórnia, v. 3, 1999.

SALVADOR, Emanuel Péricles *et al.* Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 972-980, 2009.

SANTOS, Mariana Silva *et al.* Desenvolvimento de um instrumento para avaliar barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 76-85, 2009.

SARABIA, T. T. *et al.* Uso dos espaços públicos, atividade física e nível socioeconômico em idosos de Curitiba. XI Seminário Internacional de Atividade Física para a Terceira Idade. **Brazilian Journal of Sports and Exercise Research**, v. 2, n. 1, p. 145, 2011.

SMSJ – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE JOINVILLE. Gerência da Unidade de Atenção Básica. **Perfil dos idosos em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Joinville, SC**. Joinville, 2010.

SHEPHARD, Roy J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, Diego Augusto Santos; PETROSKI, Edio Luiz; REIS, Rodrigo Siqueira. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Revista Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 2, p. 219-227, abr./jun. 2009.

SIMÕES, Eduardo J. *et al.* Effects of a community based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 68-75, jan. 2009.

SOBRAL, Dejanio T. Motivação do aprendiz de Medicina: uso da escala de motivação acadêmica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 25-31, jan./abr. 2003.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick. **Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, mar. 2008.

TOSCANO, José Jean O.; OLIVEIRA, Antônio César C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 3, p. 169-173, 2009.

USDHHS – UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC)**. Washington, DC, 2008. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela R. B. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VANZUITA, Alexandre; WIGGERS, Joyce Mara. **As implicações da Academia da Terceira Idade – ATI – Lages (SC) na vida dos seus frequentadores**. 2008. Disponível em: <<http://cbce.tempsite.ws/congressos/index.php/CSBCE/IVCSBCE/paper/viewPDFInterstitial/83/236>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

VAZQUEZ, Débora P. **Uma adaptação brasileira da escala de auto-eficácia em saúde bucal com portadores de diabetes melito**. Pelotas, 2005. p. 11-14.

VELARDI, Marília. **Pesquisa e ação em educação física para idosos**. 2003. 218 p. Tese (Doutorado em Educação Física)–Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

VERAS, Renato Peixoto. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224 p.

_____; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

_____; _____. **UNATI – UERJ – 10 anos: um modelo de cuidado integral para a população que envelhece**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

VIGITEL – VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. Ministério da Saúde. **Brasil 2009**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil 2010**. Brasília, 2010.

VITTA, Alberto de. **Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos**. 2001. Tese (Doutorado)– Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2001.

WARBURTON, Darren E. R.; NICOL, Crystal Whitney; BREDIN, Shannon S. D. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**, v. 174, n. 6, p. 801-809, mar. 2006.

WEUVE, Jennifer *et al.* Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. **JAMA**, v. 292, n. 12, p. 1.454-1.461, set. 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**. Geneva, 1990.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005. 62 p.

_____. **Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde**. Espanha, 2002. 85 p. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/ativo.doc>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva, 2010. 60 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. **Growing older – ataying well: ageing and physical activity in everyday life**. Geneva, 1998. 22 p.

_____. **The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons** – Guidelines Series for Healthy Ageing I. Heidelberg, 1996. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ageing/heidelberg_eng.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2005.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

XAVIER, Mário. **As novas academias de saúde ao ar livre de Florianópolis**. 2009. Disponível em: <http://www.redactor.com.br/imprensa_noticias2.php?id=112>. Acesso em: 2 jul. 2010.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006.

ZIOBER, B. O. **Entrevista** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por mauren@softin.com.br em 29 ago. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Métodos utilizados na revisão sistemática da literatura

A revisão sistemática foi realizada por meio das bases de dados MEDLINE (OVID WEB; 1966 a 15 de agosto de 2012) e CINAHL (1982 a 01 de setembro de 2012). Os filtros utilizados nas bases de dados escolhidas encontram-se no quadro abaixo.

Quadro 3 - Estratégias de pesquisa nas bases de dados escolhidas: MEDLINE (OVID) e CINAHL.

MEDLINE (OVID WEB)	CINAHL
1 Motor Activity/ 2 (Locomotor Activit*).tw. 3 (Physical Activit*).tw. 4 (Physical Activit* Level).tw. 5 (Physical activit* practice*).tw. 6 Exercise/ 7 Aerobic Exercise.tw. 8 Exercise, Aerobic.tw. 9 Exercise, Isometric.tw. 10 Exercise, Physical.tw. 11 Isometric Exercise.tw. 12 Warm-Up Exercise.tw. 13 Walking. tw. 14 (Leisure* adj2 Activit*).tw. 15 Gymnastics/ 16 Physical Fitness/ 17 Gym.tw. 18 Fitness.tw. 19 Program.tw. 20 Program Evaluation/ 21 or/1-20	S1 (MH "Motor Activity") S2 TX (Locomotor Activit*) S3 (MH "Physical Activity") S4 TX (Physical Activit* Level) S5 TX (Physical activit* practice*) S6 (MH "Walking") S7 (MH "Leisure Activities") S8 (MH "Physical Fitness") S9 TX Gym S10 TX Fitness S11 S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9 or S10
22 Aged/ 23 Age.tw. 24 Elderly.tw. 25 Older.tw. 26 (Old* adj2 People).tw. 27 (Old* adj2 Adult*).tw. 28 Old* adj2 People.tw. 29 Aging/ 30 or/22-29	S12 (MH "Aged") S13 TX Aged S14 TX Elderly S15 TX Older S16 TX (Old* n2 People) S17 TX Aging S18 S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17
31 Urban Health Services/ 32 (Urban public park).tw. 33 (Urban* adj2 park*).tw. 34 (Urban Design).tw. 35 (Local adj2 park*).tw. 36 (Public* adj2 park*).tw. 37 (Park use).tw. 38 Square*.tw. 39 (Public* adj2 Open adj2 Space*).tw.	S19 (MH "Urban Areas") S20 (MH "Urban Health Services") S21 TX (Urban* n2 park*) S22 TX (Local n2 park*) S23 TX (Public* n2 park*) S24 (MH "Public Spaces") S25 TX (Open n2 Space*) S26 TX (Public* n2 Area*) S27 TX (Green n2 Area*) S28 (MH "Environmental Health") S29 S19 or S20 or S21 or S22 or S23 or S24 or S25 or S26 or S27 or S28 S30 S11 and S18 and S29

40 (Open adj2 Space*).tw. 41 (Public* adj2 Area*).tw. 42 (Green adj2 Area*).tw. 43 Environment/ 44 Environment and Public Health/ 45 Outdoor.tw. 46 Street.tw. 47 Fitness Centers/ 48 or/31-47 40 21 and 30 and 48	
---	--

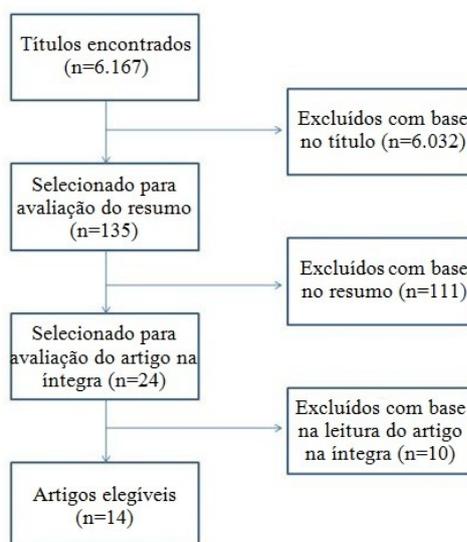
Fonte: a própria autora (2012)

Seleção dos estudos

Estudos que atenderam os seguintes critérios foram incluídos: (1) estudos de qualquer tipo (não apenas artigos) cuja temática esteve voltada à prática de atividade física realizada em parques públicos; e (2) os participantes da pesquisa eram idosos (60 anos ou mais), saudáveis ou não. Foram excluídos estudos com idosos institucionalizados ou aqueles cuja intervenção foi apenas medicamentosa.

Após a inserção dos filtros nas bases de dados, foi identificado um total de 6.167 títulos, sendo 3.437 no MEDLINE (OVID) e 2.730 no CINAHL. Posteriormente a leitura dos títulos, 135 estudos foram considerados potencialmente relevantes para leitura dos resumos. Desses, foram excluídos 123. Desta forma, 24 estudos foram lidos integralmente. Ao fim da análise, apenas 14 artigos foram selecionados. A Figura abaixo resume as etapas de busca das publicações para chegar aos resultados dessa revisão de literatura.

Resumo do processo de seleção dos artigos referentes ao tema.



Fonte: a própria autora (2012)

APÊNDICE 2 – Ficha Diagnóstica

Entrevistador(a): _____ **Data:** ___/___/___ **Praça:** _____ **Hora:** _____

a) Dados de Identificação:

Nome completo: _____ Sexo: () F () M

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Telefones: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Data de início no programa AMI (mês/ano): ___/___ Dias que frequenta a AMI: 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, Sáb, Dom. ___/___ semana.

b) Características Sócio-demográficas

1. Estado Civil:

- () Solteiro (a)
 () Casado (a)/juntado (a)
 () Separado (a)/divorciado (a)
 () Viúvo (a)
 () Outros

2. Escolaridade:

- () Analfabeto/sem escolaridade
 () Fundamental incompleto (1 a 7 anos)
 () Fundamental completo (8 anos)
 () Médio incompleto (9 a 10 anos)
 () Médio completo (11 anos)
 () Ensino superior completo
 () Pós-graduação completa (especialização, mestrado e doutorado)

3. Com quem você mora?

- () Sozinho (a)
 () Cônjuge
 () Filhos (as)
 () Netos (as)
 () Outro(s). Qual: _____

4. Ocupação atual:

- () Aposentado (a)
 () Pensionista
 () Aposentado (a) e Pensionista
 () Aposentado (a) ativo
 () Pensionista ativo
 () Aposentado (a) e Pensionista ativo
 () Remunerado ativo
 () Não remunerado ativo
 () Não possui ocupação

5. Qual sua renda mensal (em salários mínimos)?

- () 0—|1 (até 545,00)
 () 1—|2 (546,00 a 1090,00)
 () 2—|3 (1.091,00 a 1.635,00)
 () 3—|4 (1.636,00 a 2.180,00)
 () 4—|5 (2.181,00 a 2.725,00)
 () + de 5 (+ de 2.725,00)
 () Não possui renda

c) Condições de saúde

6. Como está o seu estado de saúde atual? () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

7. O seu estado de saúde atual dificulta a prática de atividade física/exercício físico? () Sim () Não

Caso Afirmativo: De que modo dificulta?

() Cansaço

() Falta de ar

() Tontura

() Dor. Onde? _____

() Outro. Qual (s)? _____

8. Quão satisfeito você está com a sua saúde?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Nem satisfeito/Nem insatisfeito () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

9. Você tem alguma doença diagnosticada pelo seu médico? () sim () não Se "sim" quais são?

() Doença cardíaca	() Alzheimer
() Hipertensão (pressão alta)	() Depressão
() Seqüela Acidente Vascular (derrame)	() Diabetes
() Artrose	() Dislipidemia (triglicerídios, colesterol alto)
() Artrite Reumatóide	() Doenças dos olhos
() Dores Lombares	() Dificuldades Auditivas
() Osteoporose	() Incontinência Urinária (perda de urina)
() Osteopenia	() Neoplasias(tumores)
() Asma	() Fibromialgia
() Bronquite Crônica	() Gastrite
() Enfisema	() Outros:.....
() Prisão de ventre	

d) Prática de atividade física

10. Você pratica alguma atividade física ou exercício físico regularmente, além da AMI? () Sim () Não

Qual (s)?	Quantas vezes por semana?	Quanto tempo/duração?	Há quanto tempo?	Local?

APÊNDICE 3 – Entrevista Semiestruturada

1. Quais os motivos que o levaram A INGRESSAR na AMI?

- () Manter a saúde () Melhorar a saúde () Indicação médica () Convite de amigos () Conhecer pessoas/Fazer amizades () Sair de casa () Passei na frente, vi e gostei () Emagrecer
- () Incentivo de amigos/familiares () Não pago () Soube pela TV, rádio, jornal
- () Tem monitor () Outro. Qual: _____

2. Quais os motivos que o levam A PERMANECER na AMI?

- () Saúde () Sente-se bem () Pelas amizades () Para fazer alguma coisa () Não pago
- () Porque o médico mandou () Sair de casa e fazer algo () Emagrecer () Gosto de praticar AF
- () Tem monitor () Outro. Qual: _____

3. Qual o nível de satisfação do (a) Sr(a) em relação ao atendimento prestado pelo monitor da AMI?

- () Muito satisfeito () Satisfeito () Nem satisfeito/Nem insatisfeito () Insatisfeito
() Muito insatisfeito

4. Qual o nível de satisfação do(a) Sr(a) em relação a infra-estrutura (local, equipamentos) da AMI?

- () Muito satisfeito () Satisfeito () Nem satisfeito/Nem insatisfeito () Insatisfeito
() Muito insatisfeito

5. O(A) Sr(a) teria alguma sugestão para aperfeiçoar o atendimento prestado pelos monitores da AMI?

- () Ter monitor em outros horários () Ampliar o horário dos monitores () Monitor ser mais atencioso
- () Passar exercícios diferentes () Monitor respeitar o horário de atendimento () Não faltar
- () Explicar melhor os exercícios () Outro. Qual: _____

6. O(A) Sr(a) teria alguma sugestão para aperfeiçoar a infra-estrutura da AMI?

- () Colocar uma cobertura (chuva/sol) () Melhorar a manutenção dos aparelhos () Melhorar a limpeza da praça () Instalar bebedouro () Instalar banheiro () Melhorar a segurança () Colocar mais aparelhos () Colocar um parquinho para os netos () Ter espaço para caminhada () Plantar árvores na praça () Instalar uma torneira () colocar uma lixeira () Instalar barra para alongamento
- () Outro. Qual: _____

APÊNDICE 4 – Variáveis Derivadas dos Instrumentos de Pesquisa

No quadro abaixo encontram-se as variáveis do estudo, suas categorias e tipos.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	TIPO
Ficha Diagnóstica - Características sociodemográficas		
Idade	--	Contínua
Sexo	Feminino/Masculino	Nominal
Estado Civil	Solteiro/Casado/Separado/Viúvo	Nominal
Escolaridade	Analfabeto/Fund. Incompleto/Fund. Completo/Médio Incompleto/Médio Completo/Ensino Superior/Pós Graduação	Nominal
Ocupação Atual	Aposentado/Pensionista/Trabalha/ Não Possui Ocupação	Nominal
Renda Individual (em salários mínimos)	Até 1/1 a 2/ 2 a 3/ 3 ou mais/ Não possui renda/ Não respondeu	Nominal
Ficha Diagnóstica - Condições de Saúde		
Percepção de Saúde	Ótimo/Bom/Regular	Nominal
Presença de doenças	Sim/Não	Nominal
Doenças mais frequentes: Hipertensão Arterial/Diabetes/Artrose/Dores Lombares/Dislipidemia/Artrite/Doença Cardíaca/Osteoporose	Sim/Não	Nominal
Satisfação com a Saúde	Muito Satisfeito/Satisfeito/Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Nominal
Estado de Saúde Atual Dificulta a Prática de AF	Sim/Não	Nominal
Entrevista - Nível de Satisfação		
Com os serviços prestados	Muito Satisfeito/Satisfeito/Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito/Insatisfeito/Muito Insatisfeito	Nominal
Com a infraestrutura	Muito Satisfeito/Satisfeito/Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito/Insatisfeito/Muito Insatisfeito	Nominal
Entrevista – Motivos de Ingresso e Permanência		
Motivos de Ingresso: Manter a Saúde/Melhorar a Saúde/ Indicação Médica/Convite de Amigos/ Conhecer Pessoas/Fazer amigos/ Passou na Frente, Viu e Gostou	Sim/Não	Nominal
Motivos de Permanência: Saúde/ Sentir-se Bem/ Pelas Amizades/ Gostar de Praticar AF	Sim/Não	Nominal
Entrevista – Sugestões		
Em relação aos serviços prestados: Ter Monitor em outros Horários/ Ampliar o Horário dos Monitores	Sim/Não	Nominal
Em relação à infraestrutura: Colocar Cobertura/ Melhorar a Manutenção dos AP./ Melhorar a Limpeza/ Instalar Bebedouro/ Instalar	Sim/Não	Nominal

Banheiro/ Melhorar a Segurança/ Colocar mais Aparelhos/ Instalar Barra para Alongamento		
Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ		
Categorias do Nível de atividade física – ponto de corte em 150 minutos	Suficientemente ativo/ Insuficientemente ativo*	Nominal

Fund= fundamental; AF= atividade física; AP= aparelhos; *variável dependente

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (adaptado para idosos)

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - IPAQ ADAPTADO PARA IDOSOS (MAZO; BENEDETTI, 2010)

Data: ___/___/___

Nome: _____

Idade : _____ Sexo: ()F ()M

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

Quantas horas você trabalha de forma remunerada por dia: _____

OBS.: O trabalho voluntário é desempenhado por pessoas dispostas a doar parte do seu tempo e de suas habilidades no trabalho por uma causa social e para entidades que necessitam deste tipo de trabalho. Ele não é remunerado.

Você faz trabalho voluntário: () Sim () Não

Que tipo? _____

Quantas horas semanais você trabalha de forma voluntária? _____

Em geral, você considera sua saúde:

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

Quantos anos completos você estudou: _____

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana
NORMAL/HABITUAL

Para responder as questões lembre que:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal ➤ atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal |
|---|

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL/HABITUAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **NÃO inclua atividades que você já tenha citado**.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você caminha no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos?

_____ dias por SEMANA ()Nenhum.Vá para questão 4c _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.(manhã, tarde e noite)	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN. (manhã, tarde e noite)
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

4b . Quando você caminha no seu tempo livre, a que passo você normalmente anda?

() rápido/vigoroso () moderado () lento

4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades vigorosas no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, pedalar rápido, canoagem, remo, musculação, enfim esportes em geral por pelo menos 10 minutos contínuos?

_____ dias por SEMANA ()Nenhum.Vá para questão 4d _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.(manhã, tarde e noite)	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN. (manhã, tarde e noite)
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

4d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades moderadas no seu tempo livre como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer natação, hidroginástica, ginástica e dança para terceira idade por pelo menos 10 minutos contínuos?

_____ dias por SEMANA ()Nenhum.Vá para seção 5 _____ horas _____ minutos

DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN.(manhã, tarde e noite)	DIA DA SEMANA	TEMPO HORAS/MIN. (manhã, tarde e noite)
2ª-feira		6ª-feira	
3ª-feira		Sábado	
4ª-feira		Domingo	
5ª-feira		xxxxx	

ANEXO 2 – Processo n. 180/2011



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Florianópolis, 09 de novembro de 2011

Nº. de Referência: 180/2011

A(o) Pesquisador(a),

Prof (a) Mauren da Silva Salin

Analizamos o projeto de pesquisa intitulado “**ACADEMIA DA MELHOR IDADE: Nível de atividade física, percepção dos serviços prestados, motivos de ingresso e permanência dos idosos de Joinville - SC**” enviado previamente por V. S.^a. Desta forma, comunicamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos tem como resultado à **Aprovação** do referido projeto.

Este Comitê de Ética em Pesquisa segue as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaríamos de salientar que quaisquer alterações do procedimento e metodologia que houver durante a realização do projeto em questão e, que envolva os indivíduos participantes, deverá ser informado imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ser assinadas pelo indivíduo pesquisado ou seu representante legal. Uma cópia deverá ser entregue ao indivíduo pesquisado e a outra deverá ser mantida pelos pesquisadores por um período de até cinco anos, sob sigilo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rudney da Silva
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi - Florianópolis – SC
88035-001 - Telefone/Fax (48) 3321 – 8195

ANEXO 3 – Processo n. 010/2012

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DA REGIÃO DE JOINVILLE - FURJ
UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE



Joinville, 28 de maio de 2012

OFÍCIO N. ° 228/2012 - PRPPG/ CEP

Para Prof. Mauren da Silva Salin
TCC – Educação Física
UNIVILLE

ASSUNTO: Parecer Processo nº 010/2012

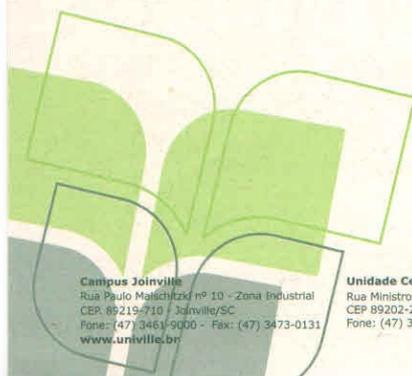
O Projeto de pesquisa intitulado “**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E MOTIVOS DE INGRESSO E PERMANÊNCIA DOS IDOSOS NA ACADEMIA DA MELHOR IDADE DE JOINVILLE-SC**” e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de sua responsabilidade, foram **APROVADOS** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, após terem sido analisados e verificados que atendem plenamente aos parâmetros descritos na Res. CNS 196/96 e complementares, e Res. 19/07 CEP/UNIVILLE, conforme parecer em anexo.

Lembramos que, ao finalizar a pesquisa, deverá ser encaminhado ao CEP/UNIVILLE o relatório final.

Atenciosamente,

Eleide Abril Gordon Findlay

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE



Campus Joinville
Rua Paulo Maliszewski nº 10 - Zona Industrial
CEP. 89219-710 - Joinville/SC
Fone: (47) 3461-9000 - Fax: (47) 3473-0131
www.univille.br

Unidade Centro - Joinville
Rua Ministro Calógeras, 437 - Centro
CEP 89202-207 - Joinville/SC
Fone: (47) 3422-3021

Unidade São Francisco do Sul
Rodovia Duque de Caxias Km 8 Poste 128 - Iperoba
CEP. 89.240-000 - São Francisco do Sul/SC
Telefone: (47) 3442-2577

Campus São Bento do Sul
R. Norberto Eduardo Welhermann, 230 - Colonial
Caixa Postal 41 - CEP. 89290-000 - São Bento do Sul/SC
Telefone: (47) 3631-9100

ANEXO 4 – Ofício FELEJ



Fundação de Esportes,
Lazer e Eventos de Joinville



Joinville, 27 de setembro de 2011.

Ofício nº 079/2011 - DRL

À Prof.^a
Mauren da Silva Salin
Dpto. Educação Física – Univille

Prezada professora,

O município de Joinville vem desenvolvendo ações na área da promoção da saúde, buscando melhorias na qualidade de vida de sua população. Uma dessas ações é o Programa AMI – Academia da Melhor Idade, o qual é desenvolvido pela Prefeitura de Joinville, por meio da Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville – FELEJ, com apoio da Conurb, Ippuj, Secretarias Regionais e o patrocínio oficial da Unimed, fornecedora de todos os equipamentos e aparelhos das academias.

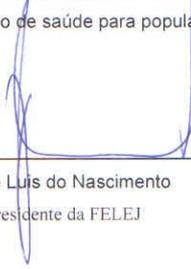
O Programa AMI tem por objetivo incentivar a prática de atividade física, inclusão social, melhoria da auto-estima e da saúde em geral, através de aparelhos instalados nas principais Praças de Joinville e atendimento realizado por acadêmicos dos Cursos Educação Física da Univille e Bom Jesus/IELUSC.

Desta forma, observamos a proximidade de intenções entre a FELEJ e a Univille em prol da melhora da qualidade de vida da população idosa, visto que a monitoria das AMIs é realizada pelos acadêmicos de Educação Física desta Instituição de Ensino.

Sendo assim, vimos por meio desta, expressar o interesse da FELEJ na parceria no projeto de Pesquisa "**Academia da Melhor Idade: Nível de Atividade Física, Percepção dos Serviços Prestados, Motivos de Ingresso e Permanência dos Idosos de Joinville**", o qual vem ao encontro das necessidades do município de Joinville.

Temos convicção que esta parceria irá fortalecer ainda mais nossas ações voltadas à prática de atividades físicas como meio de promoção de saúde para população idosa do município de Joinville.

Atenciosamente,



Jorge Luis do Nascimento
Presidente da FELEJ

Rua Inácio Bastos, 1084 – Bucarein 89202-310 – Joinville/SC
Fone: (47) 3433-1160