

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Fernanda Rossatto Lameira

**ANÁLISES DAS BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO DO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA, RS**

SANTA MARIA

2018

Fernanda Rossatto Lameira

**ANÁLISES DAS BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO DO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA, RS**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de Concentração em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Daniela Lopes dos Santos.

Santa Maria, RS
2018

Lameira, Fernanda

ANÁLISES DAS BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO DO
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS / Fernanda Lameira.- 2018.
57 p.; 30 cm

Orientador: Daniela Lopes dos Santos

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2018

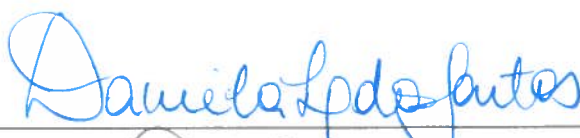
1. Gerontologia 2. Envelhecimento 3. Área rural e
urbana 4. Idosos 5. Barreiras para a prática de
atividades físicas I. Lopes dos Santos, Daniela II.
Título.

Fernanda Rossatto Lameira

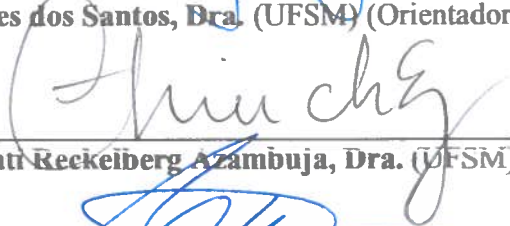
ANÁLISES DAS BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de Concentração em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.

Aprovado em 06 de agosto de 2018



Daniela Lopes dos Santos, Dra. (UFSM) (Orientadora)



Cati Reckeiberg Azambuja, Dra. (UFSM)



Fernando Copetti, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha mãe, Carmen Maria Rossatto Lameira; meu pai Alfredo Leocádio Ribas Lameira; meus irmãos Clarissa Rossatto Lameira e Roberto Rossatto Lameira; minha sobrinha Manuela Lameira Schmidt; a minha orientadora Daniela Lopes dos Santos e a todos que me auxiliaram no desenvolvimento desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que me proporcionou até hoje.

A minha mãe, Carmen, pela força, carinho e por sempre estar ao meu lado.

Aos meus irmãos, Clarissa e Roberto, e minha sobrinha, Manuela, pela paciência durante essa etapa difícil.

Ao meu pai, Alfredo, pelo incentivo.

A minha orientadora, Daniela, por toda dedicação e ensinamentos durante todo mestrado e reuniões do grupo.

Aos meus colegas do grupo NESEFIS por todos os conhecimentos trocados, em especial as companheiras de coletas Bárbara e Patrícia.

As minhas professoras, Tatiana Trevisan e Cati Azambuja, por me servirem de exemplo profissional desde o início da faculdade e me incentivar a seguir com os estudos.

Aos meus amigos pela força e compreensão pelo tempo ausente.

RESUMO

ANÁLISES DAS BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RS

Autora: Fernanda Rossatto Lameira

Orientadora: Daniela Lopes dos Santos

O envelhecimento é um processo natural no qual ocorrem diversas alterações no organismo e no estilo de vida das pessoas. Essas variações são derivadas de inúmeros fatores como condições socioeconômicas e doenças crônicas. O meio em que o idoso vive também é um dos fatores que influenciam no estilo de vida e interferem no curso do envelhecimento. Considerando as diferenças entre as localidades e o alto índice de inatividade na velhice, o presente trabalho tem por objetivo analisar as principais barreiras percebidas por idosos, da área rural e urbana, para a prática de atividade física. A abordagem foi feita através de visitas domiciliares em três bairros urbanos e de três distritos rurais, com diferentes níveis socioeconômicos (rendas alta, média e baixa). Para avaliar as barreiras foi aplicado o questionário que avalia as barreiras percebidas para a prática de atividade física. As comparações entre os grupos e as barreiras foram realizadas pelo teste Qui-quadrado (χ^2). Participaram da pesquisa 208, sendo 141 do meio urbano e 67 da área rural. A maioria dos indivíduos pesquisados é do sexo feminino e casada, com idade média de $70,34 \pm 7,86$ anos, e apresentaram em média um IMC elevado ($29,71 \pm 5,29$), acusando o excesso de peso, principalmente entre as mulheres. A barreira percebida mais citada foi o fato de não ter companhia para praticar atividades físicas, seguido de possuir alguma doença ou lesão que atrapalhe na prática. Quando se comparou as barreiras entre os sexos e as localidades, houve diferença significativa na barreira “sente preguiça ou cansaço para fazer atividade física” sendo as mulheres urbanas as que mais citaram, (20,7%), e a barreira 2 “ter alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física” também foi mais citada pelas mulheres (29,3%) do que pelos homens (12,5%). Conclui-se que a prevalência de barreiras percebidas para a prática de atividade física nos os idosos entrevistados é alta, principalmente o fato de não ter companhia para praticar atividades físicas. Possuir alguma doença ou lesão que atrapalhe na prática foi a segunda barreira mais relatada pela maioria dos idosos das duas localidades.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Barreiras. Rural. Urbano

ABSTRACT

ANALYSIS OF PERCEIVED BARRIERS TO PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITY OF ELDERLY PEOPLE IN THE RURAL AND URBAN ENVIRONMENT OF THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA, RS

Author: Fernanda Rossatto Lameira

Orientadora: Daniela Lopes dos santos

Aging is a natural process in which various changes occur in the body and in people's lifestyles. These variations are derived from numerous factors such as socioeconomic conditions and chronic diseases. The environment in which the elderly live is also one of the factors that influence lifestyle and interfere with the course of aging. Considering the differences between localities and the high rate of inactivity in old age, this study aims to analyze the main barriers perceived by elderly people, from rural and urban areas, to practice physical activity. The approach was made through home visits in three urban districts and three rural districts, with different socioeconomic levels (high, medium and low incomes). To evaluate the barriers, a questionnaire was applied that evaluates the perceived barriers to the practice of physical activity. The comparisons between the groups and the barriers were performed by the Chi-square test (χ^2). Participants were 208, of which 141 were urban and 67 were rural. The majority of the individuals surveyed are female and married, with a mean age of 70.34 ± 7.86 years, and on average presented a high BMI (29.71 ± 5.29), accusing excess weight, mainly between the women. The most cited perceived barrier was the lack of companionship to practice physical activities, followed by having some disease or injury that interferes in practice. When comparing the barriers between the sexes and the localities, there was a significant difference in the barrier "feel lazy or tired to do physical activity" with urban women being the most cited (20.7%), and barrier 2 "having some injury or illness that interferes with physical activity" was also more cited by women (29.3%) than by men (12.5%). It is concluded that the prevalence of perceived barriers to the practice of physical activity in the elderly interviewed is high, especially the fact that there is no company to practice physical activities. Possessing some illness or injury that interferes in practice was the second most reported barrier by most of the elderly in both locations.

Key-words: Aging. Barriers. Rural. Urban

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1: Descrição da amostra	34
Tabela 2: Frequências e percentagens das barreiras percebidas pelos idosos de acordo com o meio em que vivem e o sexo	35
Tabela 3: Comparação das frequências e percentagens das barreiras percebidas pelos idosos de acordo com o sexo	36
Tabela 4: Comparação das frequências e percentagens das barreiras percebidas pelos idosos de acordo com o meio em que vivem	37

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha Diagnóstica	50
APÊNDICE B – Ficha De Avaliação	52
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	53

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame Do Estado Mental	56
ANEXO B - Questionário De Investigação Sobre Barreiras Pessoais À Prática Da Atividade Física Entre Brasileiros	57

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – Atividade Física

NAF – Nível de Atividade Física

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

NESEFIS – Núcleo de Estudos em Exercício Físico e Saúde

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

QV – Qualidade de Vida

MEEM – Mini Exame de Estado Mental

ILPIs – Instituições de Longa Permanência para Idosos

IMC – Índice de Massa Corporal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RS – Rio Grande do Sul

MG – Minas Gerais

SP – São Paulo

PR- Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivos Específicos	15
2. JUSTIFICATIVA	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 ENVELHECIMENTO.....	17
3.2 QUALIDADE DE VIDA NO MEIO RURAL E URBANO	18
3.3 BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	20
4. MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	22
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	24
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA	24
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	25
4.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	25
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS	26
5. RESULTADOS	27
5.1 ARTIGO - PREVALÊNCIA DE BARREIRAS PERCEBIDAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS DO MEIO RURAL E URBANO ...	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
7. REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	49
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico, dinâmico e inevitável, no qual ocorrem inúmeras alterações fisiológicas no organismo, que provocam mudanças nas funções e estrutura do corpo. Está associado também às perdas nos aspectos psicossociais, em que as vulnerabilidades, que se diferenciam conforme gênero, idade, classe social, raça, local geográfico, e outras variáveis, influenciam nesse processo. Essas vulnerabilidades impactam na expectativa e qualidade de vida, na morbidade, mortalidade e nas incapacidades (ELIAS; GONÇALVES et al., 2012; ALENCAR; CARVALHO, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2015), em diversos países, uma em cada cinco pessoas têm mais de 60 anos, e segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) 10,8% da população brasileira é composta por pessoas acima de 60 anos. A queda acentuada nas taxas de fertilidade combinada ao aumento na expectativa de vida leva ao rápido envelhecimento da população em todo o mundo. A estimativa para 2050 é um aumento da população idosa de 11% (2006) para 22% (WHO, 2008). Esse crescimento faz também aumentar os impactos sobre as demandas sociais, sendo necessárias informações sobre as condições de saúde desta população e os impactos nos serviços médicos e sociais causados por esta demanda (WHO, 2015).

Atualmente, no Brasil, as condições de saúde da população idosa e os estudos epidemiológicos são pouco conhecidos e segundo Lima et al. (2015) o aumento da população idosa traz à tona a discussão de políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde destes. Alguns determinantes sociais são apontados para o desenvolvimento de doenças ligadas a fatores de risco prevalentes, tais como as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços e a baixa escolaridade. Os principais fatores de risco, em destaque os modificáveis por serem oriundos de hábitos de vida inadequados, podem ser prevenidos ou modificados através de um processo efetivo de educação voltado para a promoção de saúde (BRASIL, 2011; WHO, 2011). Neste contexto, pode-se destacar a importância da prática regular de atividades físicas na prevenção e minimização de agravos a saúde nessa população.

Matsudo (2009) relata que indivíduos fisicamente ativos apresentam menor risco de mortalidade por todas as causas do que os inativos fisicamente. Segundo Ronconi (2011), com o passar dos anos o idoso tem diminuições nas capacidades motoras, tais como: redução

da força, da flexibilidade e velocidade, gerando maior dificuldade na realização das tarefas diárias, Borges e Moreira (2009) apontam, ainda, a atividade física como uma ferramenta que pode oferecer aspectos positivos na qualidade de vida dos idosos, estimulando suas capacidades físicas e aumentando sua autonomia. Assim como a capacidade funcional do idoso, que é dimensionada pelas habilidades e independência na realização de determinadas atividades, ao mesmo tempo em que é influenciada por fatores sociais, demográficos, econômicos, culturais, mentais e fisiológicos, que caracterizam o comportamento e o estilo de vida (CAPORICCI e NETO, 2011; RIBEIRO, 2006; ROSA et al., 2003). Guimarães et al. (2004) ainda afirmam que a falta de atividade física (AF) acelera o curso do envelhecimento.

As transições demográfica, epidemiológica e nutricional, ocorridas nas últimas décadas proporcionaram grandes alterações no estilo de vida da sociedade, sendo um dos principais fatores para o excesso de peso da população na atualidade. Uma alimentação pouco balanceada, agravada pela inatividade física - gerada pela urbanização e pelo tempo de lazer inativo diante de televisores ou computadores - contribuem para alterações fisiológicas na população (POLLA e SCHERER, 2011). Mesmo estando evidente a importância da atividade física, as estatísticas relativas aos baixos níveis de AF em populações de todo o mundo são extremamente preocupantes. Em todo o mundo, 31% dos adultos são inativos fisicamente, e nas Américas esse percentual sobe para 43%. Entre os idosos, os níveis mais altos de inatividade são nas Américas (60%) ficando a média nos outros continentes entre 30 e 50% de sua população (HALLAL et al., 2012).

O estilo de vida dos idosos está intimamente ligado ao ambiente em que o mesmo reside, sendo referência para pesquisas com foco investigativo nesta área. Um estilo de vida ativo inclui a prática de atividades físicas e está associado à redução da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de mortalidade em geral (MICHELIN; COELHO; BURINI, 2008). Santos e colaboradores (2013) ressaltam que o meio em que o indivíduo idoso vive também é um dos fatores que interferem no envelhecimento, pois as diferenças de infraestrutura entre a zona rural e a urbana, bem como das características da sua população, podem comprometer as condições de saúde e qualidade de vida, quando não atendidas nas suas especificidades. Por outro lado, ao se identificar as necessidades específicas pode-se planejar a atenção à saúde, de forma muito mais eficiente.

As razões para a não adesão a um estilo de vida ativo têm sido bastante estudadas. O conhecimento dos motivos que impedem os idosos de praticar atividades físicas é de grande

importância para modificar essa situação que afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo (BAERT et al., 2011). Os obstáculos percebidos pelos indivíduos e que tem influência negativa, reduzindo a chance destes de se envolverem na prática de atividades físicas, segundo Brown (2005), são conhecidos como barreiras. Uma barreira percebida é um fator que, segundo julgamento do indivíduo, dificulta em adotar um estilo de vida fisicamente ativo. Para ser considerada uma barreira real o fator deve ser um obstáculo que realmente impeça o indivíduo de praticar atividade física. Entende-se como barreiras à prática de atividades física o grupo de fatores que reconhecidamente exerce influência sobre o nível de atividade física dos indivíduos e que representam obstáculos para a inserção a comportamentos que ajudam na prevenção de doenças e a melhorar a saúde (FLORINDO E HALLAL, 2011).

Diante do exposto e considerando que o idoso não mantém uma vida ativa e que o local em que reside possa influenciar no seu estilo de vida, surge o seguinte questionamento: quais são as barreiras percebidas pelos idosos do meio rural e do meio urbano para a prática de atividade física?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar as principais barreiras percebidas para a prática de atividade física entre idosos no meio rural e urbano do Município de Santa Maria.

1.2.2 Objetivos Específicos

Descrever a idade, a renda, a escolaridade e o Índice de Massa Corporal (IMC) dos idosos do meio urbano e do meio rural;

Identificar as principais barreiras percebidas pelos idosos do meio urbano e do meio rural para prática a de atividade física;

Comparar as barreiras mais percebidas pelos idosos dos meios urbano e rural para a prática de atividade física;

Comparar as barreiras mais percebidas pelos idosos do sexo feminino e masculino para a prática de atividade física.

2 JUSTIFICATIVA

Sabendo da importância da atividade física na manutenção da saúde e na melhora da qualidade de vida, é de grande valia analisar a realidade dos idosos nos diversos meios. Desse modo, é necessário estabelecer relações entre as barreiras para a prática de atividades físicas e as condições que o meio oferece, sendo de suma importância investigar o nível de atividade física, já que atualmente é senso comum o papel que esta tem na saúde, pois com o aumento da expectativa de vida, faz emergir na sociedade um olhar voltado para os cuidados múltiplos do envelhecer com saúde e qualidade de vida, com foco no processo biopsicossocial que remete ao idoso.

Esse trabalho dá continuação às pesquisas realizadas no Núcleo de Estudos em Exercício Físico e Saúde (NESEFIS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde já foram realizadas investigações sobre a percepção do ambiente, auto percepção de saúde, prevalência de doenças crônicas, nível de atividade física, estágios de mudança de comportamento e fatores de risco para doenças cardiovasculares dos idosos da área rural e urbana do Município de Santa Maria.

A relevância acadêmica deste trabalho consiste na contribuição para o estudo de um tema pouco explorado, ou seja, o conhecimento sobre as barreiras para a prática de atividades de idosos de diferentes classes sociais, e nos meios rural e urbano. Assim, tem-se a finalidade de buscar informações, através das pesquisas, daqueles idosos que muitas vezes são menos assistidos pela sociedade, e precisam de atenção aos fatores que envolvem sua saúde.

Ressalta-se ainda, a importância de apresentar os resultados finais da pesquisa aos gestores e ao Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria - RS, para a implantação de ações e serviços de saúde na cidade, em todos os bairros e distritos, visando uma diminuição do sedentarismo e conseqüente melhora na qualidade do envelhecimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural e comum a todos os seres vivos, contínuo e irreversível, no qual ocorrem alterações funcionais, motoras e emocionais, podendo ser gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações são derivadas de inúmeros fatores como condições socioeconômicas, estilo de vida e doenças crônicas (FECHINE; TROMPIERI, 2012; KUWANO; SILVEIRA, 2002). Compreende-se que o envelhecimento projeta-se do plano individual e coletivo, que se constrói por influências socioculturais, como o contato com oportunidades educacionais, cuidados com a saúde e realização de ações que acompanham o curso de vida. Dessa forma, considera-se que o envelhecimento seja um processo sócio vital, multifacetado e progressivo que ocorre ao longo do curso da vida (SANTANA, 2012). As alterações ocorridas, associadas ao envelhecimento, se originam do acúmulo de danos ao longo da vida. As doenças tornam-se mais frequentes e complicadas na velhice e geralmente não são isoladas, estando associadas a outros problemas de saúde (ULUCAM, 2012). É importante ressaltar que a idade cronológica não é um marcador preciso para o processo de envelhecimento, visto que existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005).

Há poucas décadas a velhice vem deixando de ser sinônimo de patologia, e isso se deve ao crescente número de idosos saudáveis, pois vários problemas de saúde que costumavam ser considerados como somente de idosos, estão aparecendo em pessoas mais jovens, o que sugere que problemas crônicos estão fortemente ligados ao estilo de vida, demonstrando que a pessoa idosa pode, sim, ter um envelhecimento bem sucedido desde que se envolva com hábitos saudáveis (PARENTE, 2006). O relatório mundial de envelhecimento e saúde realça que o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença. Para a maioria dos adultos maiores, a manutenção da funcionalidade é mais importante (OMS, 2015).

Devido às tendências expressivas para o aumento no número de idosos com o decorrer do tempo, torna-se necessária a implementação de políticas públicas específicas para adequar os programas e as ações que contribuem para o envelhecimento com qualidade de vida

(PORCIÚNCULA et al., 2014). A política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (2005) é um exemplo concreto de ação de intervenção, enfatizando que envelhecer bem não é apenas uma questão individual, e sim um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso de vida.

A relação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente. Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento (MATSUDO et al., 2001). O exercício físico, segundo Meirelles (2000), promove a desmobilização das articulações, auxiliando diretamente no sistema motor, gerando o aumento do tônus muscular, fundamental para as atividades diárias, proporcionando maior disposição para o idoso. A preocupação em manter hábitos que garantam uma velhice saudável marca uma nova etapa de conscientização. As atividades físicas são importantes para que se atinja o padrão desejado em certos aspectos da qualidade de vida e autonomia funcional nesses indivíduos. As pesquisas que avaliam os níveis de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida na população de idosos no Brasil estão crescendo cada vez mais diante do visível envelhecimento da população, porém necessita-se de mais pesquisas dessa magnitude em todos os municípios (ALENCAR, et al., 2010).

3.2 QUALIDADE DE VIDA E O MEIO

A qualidade de vida pode ser definida como a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas, envolvendo, portanto níveis orgânicos, psicológicos, sociais, comportamentais, materiais e estruturais (FORATTINI, 1991). O ambiente tem recebido muita atenção ultimamente, como um fator influente na adoção de um estilo de vida saudável, independente da idade e das condições sociais do indivíduo (HALLAL et al., 2010).

As diferenças entre os meios rural e urbano, vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, como densidade populacional e distribuição geográfica. Existem também as diferenças qualitativas, como a diversidade dos hábitos, costumes e crenças, o acesso aos

serviços de saúde, bem como o próprio processo de envelhecimento (BERTUZZI et al., 2012). Na literatura há relatos que as populações do meio rural e urbano envelhecem com certa semelhança; entretanto, apontam para uma realidade que a pobreza, o isolamento geográfico, baixos níveis educacionais, residências precárias, limitações de transporte e distância dos recursos sociais e de saúde afetam o curso do envelhecimento (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). Considera-se necessário promover investigações que compreendam as peculiaridades desses distintos espaços, pois as diferenças de infraestrutura entre a zona rural e a urbana, bem como das características da sua população podem comprometer as condições de saúde e qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, será possível planejar a atenção à saúde conhecendo as necessidades desses indivíduos (SANTOS et al., 2013; SAMPAIO et al., 2017).

A atividade física realizada pelo idoso em meio rural está relacionada principalmente com o trabalho, em atividades agrícolas ou agropecuárias, espontâneas e não organizadas ou na participação em eventos religiosos e visita a familiares, não existindo a prática da atividade física regular (exercício físico). Já no ambiente urbano, muitos dos idosos reúnem-se nos grupos de terceira idade, praticando exercícios físicos, participando de festas e atividades esportivas em forma de gincanas, bailes, entre outros, tendo como ponto de diferença a diminuição quase total da prática ocupacional cotidiana, como a laboral, ou de execução das tarefas domésticas (PEREZ et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2002).

As diferenças culturais, ambientais e socioeconômicas entre municípios de área urbana e rural indicam a necessidade de se investigar as características dos idosos que vivem em municípios com diversas distinções, permitindo o conhecimento e a comparação entre os meios (CONFORTIN et al., 2016). Essas investigações podem auxiliar na formulação de políticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de diferentes estratégias para a promoção, prevenção e tratamento de saúde, melhorando a qualidade de vida e a independência no processo de envelhecimento em todas as regiões (FARES et al., 2012).

Para Lima et al. (2015), quando o objetivo é a prevenção de doenças e o retardamento do declínio funcional dos idosos, torna-se imprescindível para a sociedade a adoção de novos estilos de vida, mais ativos e com qualidade, seja no meio rural ou urbano, tentando minimizar o uso demasiado de medicamentos. Em um estudo feito em Rondônia, que objetivou investigar a relação entre o nível de atividade física (NAF) e qualidade de vida (QV) dos idosos, verificou-se que a QV é afetada pelo ambiente de moradia (rural ou urbano),

e o NAF exerce influência diferenciada na QV de idosos do meio rural e urbano (BARBOSA et al., 2015). No Brasil, foram encontradas informações que idosos que vivem na região rural apresentam menor renda, baixa escolaridade, mais problemas de saúde, além de acesso a serviços de saúde precários, quando comparados àqueles que vivem em áreas urbanas (CONFORTIN, et al., 2016).

3.3 BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Diversos fatores afetam a participação em atividades físicas. Um estilo de vida fisicamente ativo pode ser determinado por características demográficas, conhecimento, atitudes e crenças sobre exercícios físicos, assim como fatores ambientais. (REICHERT et al., 2007). Fatores como nível socioeconômico, estado civil, nível de educação e auto percepção de saúde costumam ser preditores de barreiras à atividade física (HERAZO-BELTRÁN, 2017). Para os indivíduos de nível socioeconômico alto, por exemplo, os fatores demográficos e biológicos se apresentaram como os mais influentes, enquanto para os indivíduos de nível socioeconômico baixo o ambiente físico costuma ser o mais importante (CASSOU et al., 2008).

Entende-se como barreiras à prática de atividades física o grupo de fatores que reconhecidamente exerce influência sobre o NAF dos indivíduos e que representam obstáculos para a adoção de comportamentos que ajudam na prevenção de doenças e a melhorar a saúde (FLORINDO; HALLAL, 2011; ALLISON; DWYER; MAKIN, 1999). Segundo Sechrist et al. (1987) quando se fala em barreiras devemos dividi-las em duas categorias: as barreiras percebidas e as barreiras reais. Uma barreira percebida é um fator que, segundo julgamento do indivíduo, dificulta a ele adotar um estilo de vida fisicamente ativo. Para ser considerada uma barreira real o fator deve ser um obstáculo que realmente impeça o indivíduo de praticar atividade física (FLORINDO; HALLAL, 2011).

As barreiras percebidas e a magnitude de sua associação com a atividade física depende da população estudada. Mesmo dentro dos países, a associação entre essas barreiras e o NAF pode variar de acordo com a região em que os indivíduos vivem. A falta de tempo é uma das mais frequentes nos países desenvolvidos, enquanto a falta de dinheiro pode ter uma alta prevalência e uma influência negativa na atividade física nos países em desenvolvimento

(REICHERT et al., 2007). O espaço físico, características climáticas e acessibilidade são fatores relacionados ao ambiente e estudos relacionados a barreiras ambientais para a atividade física mostram que esses fatores exercem grande influência no comportamento fisicamente ativo (PARKS et al., 2003; FISHER et al., 2004; CASSOU et al., 2008).

Ao se revelarem as barreiras para não adoção da atividade física observam-se os seguintes motivos: relação negativa com a prática de atividade física (ficar viúva, atividades ocupacionais); limitação física por doença (dores, limitações físicas, quedas); maneira de ser da pessoa longeva (as pessoas serem amargas, mal humoradas, tristes, ruins, antissociais, acomodadas, entre outras), papel familiar (superproteção e falta de estímulo), a influência do meio ambiente (incentivos negativos familiares, falta de vivência com relação à atividade física, inadequação de transporte, locais e a falta de segurança). As barreiras evidenciadas pelas idosas longevas ativas e inativas possibilitaram em vários momentos da discussão observar que o desconhecimento sobre a prática de atividade física e de lazer favorece ignorar, ter medo, não gostar e não ter interesse em praticá-la, da mesma forma que o papel superprotetor da família e a perda do cônjuge favorecem na opinião das inativas não praticarem AF (LOPES, et al., 2016).

Entre os idosos, as barreiras mais recorrentes estão ligadas aos aspectos físicos (SCHUTZER e GRAVES, 2004), como medo de se machucar, lesão ou doença que impede a prática e sentir-se velho demais para fazer atividade física. Além dessas, outras barreiras são as mais citadas pelos idosos no Brasil como a “falta de dinheiro”, “falta de companhia”, “falta de tempo”, e o fato de não gostar de praticar (REICHERT et al., 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Essa pesquisa caracteriza-se como um estudo de campo, descritiva com enfoque quantitativo e comparativo. A pesquisa descritiva é aquela que descreve as características de determinada população ou fenômeno; a de campo, corresponde à coleta direta de informações no local onde ocorrem os fenômenos; a abordagem quantitativa preocupa-se em quantificar os dados, utilizando recursos estatísticos, se preocupando em descobrir e classificar a relação entre as variáveis coletadas, e a pesquisa comparativa tem como propósito comparar as determinadas variáveis de interesse (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo foi realizado na zona urbana e rural da cidade de Santa Maria, interior do Estado do Rio Grande do Sul, onde residem aproximadamente 35.936 idosos (IBGE, 2010), sendo que 33.456 vivem na área urbana e 2.480 na área rural. A cidade é composta por 41 bairros (zona urbana) e 7 distritos (zona rural), dos quais foram selecionados três bairros e três distritos para este estudo.

A seleção dos bairros e distritos foi realizada através de uma consulta ao banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os critérios adotados foram: renda média total do bairro e distrito e a quantidade de idosos dos mesmos.

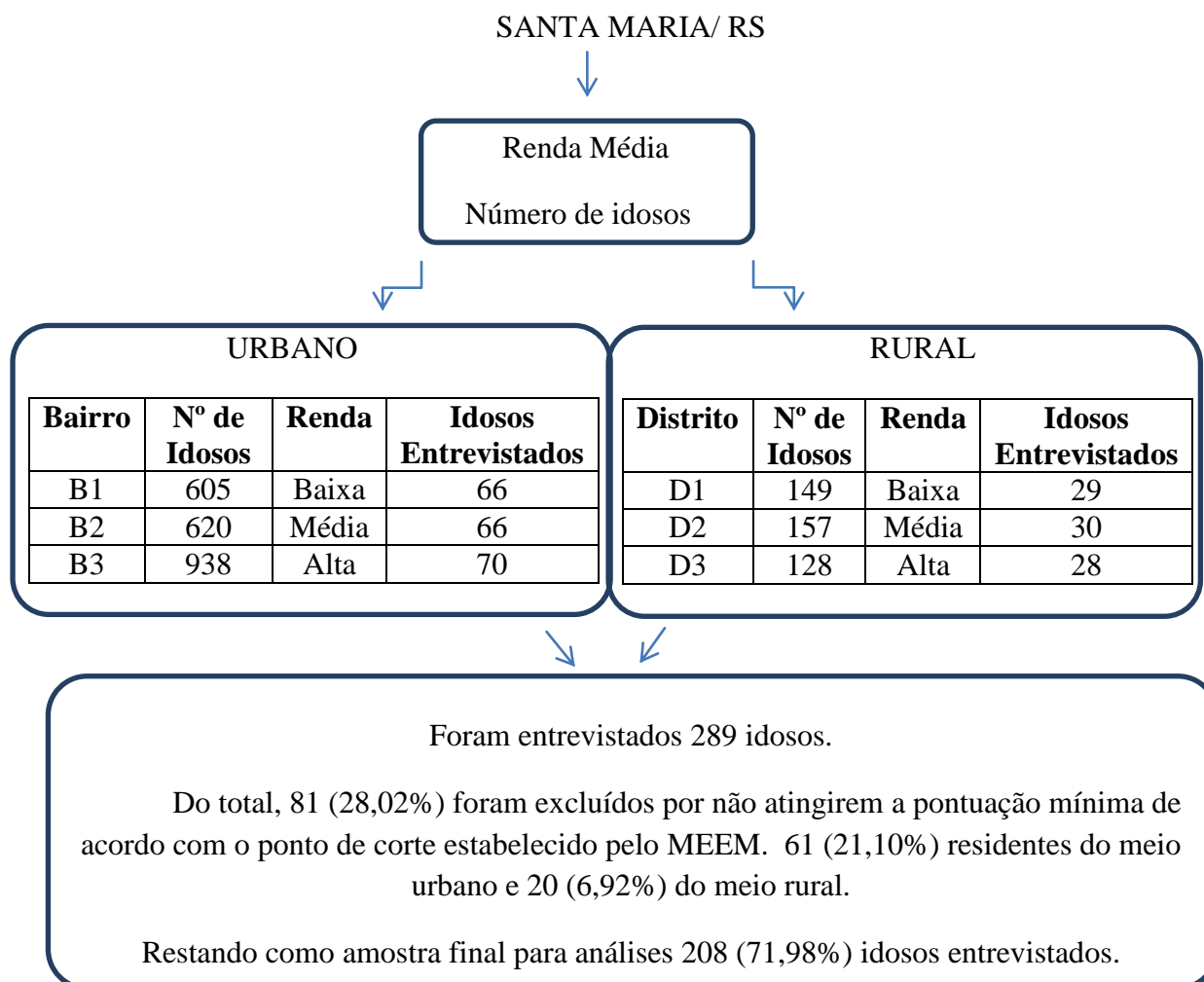
Primeiramente selecionaram-se os bairros por renda média total do bairro e após, selecionou-se os bairros por percentil de idosos. Foram selecionados três bairros que atendessem as rendas menor, média e maior com mesmo percentil de idosos para o total da população (entre 2% e 3,99%). Na zona rural selecionaram-se os distritos por rendimento médio mensal e após, selecionou-se os distritos por percentil de idosos. Assim foram selecionados os distritos rurais que atendessem as rendas maior, média e menor com mesmo percentil de idosos para o total do distrito (entre 4,80% e 5,89%).

O cálculo amostral para os bairros foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 95%, nível de significância de 5%, nível de precisão 3% e

considerando como população total o número de 33.000 idosos (IBGE, 2010). Segundo este método 202 idosos deveriam ser avaliados. Acrescentou-se 10% para eventuais perdas, sendo o “n” final de aproximadamente 220. O cálculo amostral para os distritos rurais foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 80%, nível de significância de 5%, nível de precisão 3% e considerando como população total o número de 434 idosos (IBGE, 2010). Segundo este método pelo menos 72 idosos deveriam ser avaliados.

Considerando os cálculos, foi feita uma abordagem proporcional de aproximadamente 10% do total de pessoas idosas de cada bairro e 19% em cada distrito rural. Sendo assim, foram entrevistados 202 idosos no meio urbano e 87 idosos no meio rural. O processo de amostragem caracterizou-se como não probabilística com amostra selecionada por conveniência, ou seja, os pesquisadores selecionaram membros da forma mais acessível.

Figura 1 – Fluxograma da amostragem do estudo



Fonte: Elaborada pelo autor

4.2.1 Critérios De Inclusão E Exclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos a partir de 60 anos, residentes dos bairros selecionados das zonas urbana e os distritos selecionados da zona rural de Santa Maria-RS e que não apresentaram declínio cognitivo de acordo com o ponto de corte do instrumento que avaliou função cognitiva e foram excluídos idosos que residiam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

4. 3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A avaliação cognitiva foi realizada através do mini exame do estado mental (MEEM), validado por Folstein (1975), utilizando pontos de corte considerando o nível de escolaridade, com os seguintes escores: para analfabetos, 20 pontos; para um a quatro anos, 25 pontos; de cinco a oito anos, 26,5 pontos; de nove a 11 anos, 28 pontos; escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003) (ANEXO A). Este instrumento foi usado como critério de inclusão, de forma que o idoso teria que alcançar a pontuação compatível com sua escolaridade para fazer parte do estudo.

As características sócio-demográficas e individuais relacionadas à saúde foram recolhidas através de uma ficha diagnóstica (APÊNDICE A), incluindo informações como estado civil e escolaridade. O estado nutricional dos idosos foi verificado através do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando o cálculo da divisão da massa corporal (kg) pelo quadrado da estatura (m^2). Os pontos de corte de IMC utilizados foram os recomendados por Lipschitz et al. (1994), que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, a saber: baixo peso $IMC < 22kg/m^2$, eutrofia IMC entre 22 e $27kg/m^2$ e excesso de peso $IMC > 27kg/m^2$. As medidas foram anotadas em uma ficha de avaliação constando outras variáveis, mas que não foram utilizadas nessa pesquisa (APÊNDICE B).

Para verificar as barreiras percebidas para a prática de atividades físicas, foi utilizado o questionário para investigação de barreiras pessoais (REICHERT et al., 2007), composto por oito questões dicotômicas (sim e não) abordando quais os motivos que impediam o idoso de praticar alguma AF, questionando sobre seu estado de saúde, tempo e vontade para a praticar

AF, validado para a população brasileira, e sua utilização recomendada por Florindo e Hallal (2011) (ANEXO B).

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A abordagem, feita através de visita domiciliar nos bairros selecionados, iniciou com a exposição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) para que os prováveis participantes da pesquisa fossem informados dos objetivos desta, além de esclarecer que sua participação era livre, voluntária e que eles não seriam repreendidos ou lesados caso não aceitassem participar. Ainda, foram explicitados os possíveis desconfortos a que poderiam estar expostos ao responderem questionários com questões de ordem pessoal (inerente a qualquer questionário) e os benefícios do estudo.

Após a assinatura do TCLE, foi aplicado o teste cognitivo a fim de averiguar possíveis exclusões do estudo. Logo em seguida ocorreu a aplicação da ficha diagnóstica e foi feita a avaliação antropométrica. Caso o entrevistado não possuísse condições cognitivas para responder os demais questionários, agradecia-se pela sua participação, e concluía-se a avaliação. Mas se o participante possuísse capacidade cognitiva íntegra, eram aplicados os outros instrumentos de avaliação, como o questionário de barreiras percebidas, usado nessa pesquisa.

4.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva para caracterização da amostra e dos grupos por sexo e localidade. Foram analisadas as médias e desvio padrão da idade e IMC dos idosos, a porcentagem do estado civil e escolaridade e a porcentagem das barreiras em cada questão do instrumento, divididos nos grupos por localidade e sexo. As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste Qui-quadrado (χ^2). Todos os testes foram realizados com nível de significância de 5% e através do software SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 43071815.5.0000.5346, no dia 27/05/2015. Portanto, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, além de serem assegurados por parte dos pesquisadores o sigilo da identidade dos sujeitos que tiveram suas informações e dados coletados.

5 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados na forma de um manuscrito que será submetido ao The Journal of Nutrition, Health and Aging, classificado como Qualis A1 na área interdisciplinar.

Prevalência de barreiras percebidas para a prática de atividade física em idosos do meio rural e urbano

Prevalence of perceived barriers to physical activity in rural and urban seniors

Fernanda Rossatto Lameira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia –

Universidade Federal de Santa Maria,

e-mail: fe_rossatto@hotmail.com

Daniela Lopes dos Santos

Doutora, Professora Associada na Universidade Federal de Santa Maria,

e-mail: lopesdossantosdaniela@gmail.com

RESUMO

As variações ocorridas no organismo e na qualidade de vida, oriundas do envelhecimento, são derivadas de inúmeros fatores como condições socioeconômicas, estilo de vida e doenças crônicas. O meio em que o indivíduo idoso vive também é um dos fatores que influenciam no estilo de vida e interferem no curso do envelhecimento. Considerando as diferenças entre as localidades e o alto índice de inatividade na velhice, o presente trabalho tem por objetivo analisar as principais barreiras existentes para prática de atividade física (AF) dos idosos, no meio rural e no meio urbano. Para coleta de dados foi utilizada avaliação cognitiva feita pela aplicação do mini exame do estado mental (MEEM), uma ficha diagnóstica e um questionário que avalia as barreiras para a prática de AF. As associações entre os grupos e as barreiras foram realizadas pelo teste Qui-quadrado (χ^2). Participaram da pesquisa 208 idosos, 141 do meio urbano e 67 da área rural. A principal barreira relatada foi o fato de não ter companhia para praticar AF (45,2%), seguido de possuir alguma doença ou lesão que atrapalhe na prática (41,8%). Houve diferença significativa na barreira “sente preguiça ou cansaço para fazer atividade física” quando comparou-se sexo e localidade, sendo que a mulher urbana relatou ter mais preguiça de praticar AF (20,7%). Quando comparou-se os sexos, na barreira 2 “ter alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física”, as mulheres relatam ter mais lesões ou alguma doença que impeça de praticar AF (29,3%) do que os homens (12,5%). Conclui-se que a prevalência de barreiras percebidas é alta, principalmente o fato de não ter companhia para praticar AF, assim como possuir alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer AF. Não houve diferença significativa entre as localidades, em nenhuma das barreiras questionadas.

ABSTRACT

The derivations in the organism and the quality of life, that is, the life practices, are derived from resources such as socioeconomic conditions, lifestyle and chronic diseases. The medium in which individuals can live, is not the course of aging. Considering the differences between localities and the high index of inactivity in the research, the present study had the objective of analyzing the main barriers to the practice of physical activity (PA) of the elderly, the rural environment and the urban environment. Data collection was performed by the diagnostic evaluation performed by a mini-mental status examination, a diagnostic record and a questionnaire assessing barriers to the practice of PA. The associations between the groups and the barriers were performed by the chi-square test (χ^2). A total of 208 elderly people, 141 from urban areas and 67 from rural areas participated in the study. The main barrier was the absence of AF (45.2%), incidence of some type of disease or injury in practice (41.8%). There was a significant difference in the "sit or get tired to do a physical activity" barrier when compared to gender and locality, being a more experienced urban woman in FA (20.7%). When we compare the sexes, in barrier 2, as women report more lesions or some disease that affects FA (29.3%), men (12.5%). It is concluded that the prevalence of barriers is high, mainly the fact of not having the company to work AF, as well as have some injury or illness that hinders the time to make AF. Difference between locations in any of the barriers questioned.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, contínuo e irreversível, no qual ocorrem alterações funcionais, motoras e emocionais no indivíduo. Essas variações são derivadas de inúmeros fatores como condições socioeconômicas, estilo de vida e doenças crônicas (1, 2). O aumento na expectativa de vida, atrelado às quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, levam ao rápido envelhecimento da população em todo o mundo. Esse crescimento faz aumentar os impactos sobre as demandas sociais, sendo necessárias informações sobre as condições de vida da população (3). Para Santos e colaboradores (4) um dos fatores que interferem no envelhecimento é o meio em que o indivíduo idoso vive. As diferenças de infraestrutura entre a zona rural e a urbana, bem como das características da sua população, podem comprometer as condições de saúde e qualidade de vida, quando não atendidas nas suas especificidades.

A transição demográfica ocorrida nas últimas décadas proporcionou grandes alterações no estilo de vida da sociedade e a inatividade física, gerada pela urbanização e pelo tempo de lazer inativo, contribuiu para alterações fisiológicas na população (5). As estatísticas relativas aos baixos níveis de atividade física (NAF) em populações de todo o mundo são extremamente preocupantes. Entre os idosos, os níveis mais altos dessa inatividade são nas Américas (60%) enquanto nos outros continentes a percentagem de idosos fisicamente inativos é bem menor (entre 30 e 50%) (6).

Os obstáculos percebidos pelos indivíduos, que segundo Brown (7) reduzem a chance de se envolverem na prática de atividades físicas, são conhecidos como barreiras - fatores que reconhecidamente exercem influência sobre o NAF e que representam obstáculos para a adoção de comportamentos que ajudam na prevenção de doenças e a melhorar a saúde (8). Diversos são estes fatores que afetam a participação em atividades físicas, e o estilo de vida fisicamente ativo pode ser determinado por características demográficas, conhecimento, atitudes e crenças sobre exercícios físicos, assim como fatores ambientais (9).

Diante do exposto e considerando a importância de se conhecer os motivos da inatividade física entre os idosos, o presente estudo tem por objetivo analisar as principais barreiras para prática de atividade física de idosos no meio rural e urbano.

MÉTODOS

Caracterizado como uma pesquisa de campo, descritiva e com enfoque quantitativo e correlacional, o presente estudo foi realizado nas zonas urbana e rural da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, onde residem aproximadamente 35.936 idosos (10), sendo que 33.456 vivem na área urbana e 2.480 na área rural. A cidade é composta por 41 bairros (zona urbana) e 7 distritos (zona rural), dos quais foram selecionados três bairros e três distritos para este estudo.

A seleção dos bairros e distritos foi realizada através de uma consulta ao banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (10), e foram considerados a renda média total e o percentil de idosos frente a população total do bairro/distrito. Foram escolhidos três bairros e três distritos que atendessem as rendas menor, média e maior.

O cálculo amostral para os bairros foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 95%, nível de significância de 5% e nível de precisão de 3%, tendo como população total o número de 33.000 idosos (10). Segundo este método, 202 idosos deveriam ser avaliados no meio urbano. Para os distritos rurais o cálculo amostral também foi realizado segundo a técnica de amostragem para população finita, com poder de 80%, nível de significância de 5% e nível de precisão 3%, tendo como população total o número de 434 idosos (10). Segundo este método, pelo menos 72 idosos deveriam ser avaliados na área rural.

Foram incluídos na pesquisa indivíduos com idades a partir de 60 anos, residentes dos bairros selecionados das zonas urbana e os distritos selecionados da zona rural de Santa Maria- RS, e que não apresentaram declínio cognitivo, de acordo com o ponto de corte do instrumento que avaliou função cognitiva, e foram excluídos os indivíduos que residiam em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A abordagem, feita através de visita domiciliar nos bairros selecionados, iniciou com a exposição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os prováveis participantes da pesquisa fossem informados dos objetivos desta, além de esclarecer que sua participação era livre, voluntária e que eles não seriam repreendidos ou lesados caso não aceitassem participar. Ainda, foram explicitados os possíveis desconfortos aos quais poderiam estar expostos ao responderem questionários com questões de ordem pessoal (inerente a qualquer questionário) e os benefícios do estudo.

Seguido a assinatura do TCLE, foi aplicado o teste cognitivo a fim de averiguar possíveis exclusões do estudo. A avaliação foi realizada através do mini exame do estado mental (MEEM), validado por Folstein (11), utilizando pontos de corte considerando o nível de escolaridade, com os seguintes escores: para analfabetos, 20 pontos; para um a quatro anos, 25 pontos; de cinco a oito anos, 26,5 pontos; de nove a 11 anos, 28 pontos; escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (12). Este instrumento foi usado como critério de inclusão, e o idoso teria que alcançar a pontuação compatível com sua escolaridade.

As características sócio-demográficas e individuais, incluindo informações como renda, estado civil e escolaridade foram recolhidas com a aplicação de uma ficha diagnóstica. Avaliação antropométrica foi realizada para verificar o estado nutricional dos idosos através do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando o cálculo da divisão da massa corporal (kg) pelo quadrado da estatura (m^2). Os pontos de corte de IMC foram os recomendados por Lipschitz et al. (13), que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, a saber: baixo peso $IMC < 22kg/m^2$, eutrofia IMC entre 22 e $27kg/m^2$ e excesso de peso $IMC > 27kg/m^2$.

Caso o entrevistado não possuísse condições cognitivas para responder os demais questionários, de acordo com os resultados do MEEM, a avaliação era concluída. Mas se o participante possuísse capacidade cognitiva íntegra era aplicado o questionário para investigação de barreiras pessoais (9), para verificar as barreiras percebidas para a prática de atividades físicas, foi utilizado o questionário para investigação de barreiras pessoais, composto por oito questões dicotômicas (sim e não) abordando quais os motivos que impediam o idoso de praticar alguma AF, questionando sobre seu estado de saúde, tempo e vontade para a praticar AF, validado para a população brasileira, e sua utilização recomendada por Florindo e Hallal (8).

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 43071815.5.0000.5346, no dia 27/05/2015. Portanto, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/2012 (14) do Conselho Nacional de Saúde, além de serem assegurados por parte dos pesquisadores sigilo da identidade dos sujeitos que tiveram suas informações e dados coletados.

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva para caracterização da amostra e dos grupos por sexo e localidade. Foram analisadas as médias e desvio padrão da idade e IMC dos

idosos, a porcentagem do estado civil e escolaridade e a porcentagem das barreiras em cada questão do instrumento, divididos nos grupos por localidade e sexo. As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste Qui-quadrado (χ^2). Todos os testes foram realizados com nível de significância de 5% e através do software SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 289 idosos, mas apenas 208 se enquadraram nos critérios de inclusão, 141 do meio urbano e 67 da área rural, como ilustra o fluxograma do Quadro 1:

Renda e Número de idosos							
URBANO				RURAL			
Bairro	Nº de Idosos	Renda	Idosos Entrevistados	Distrito	Nº de Idosos	Renda	Idosos Entrevistados
B1	605	Baixa	66	D1	149	Baixa	29
B2	620	Média	66	D2	157	Média	30
B3	938	Alta	70	D3	128	Alta	28
<p>Foram entrevistados 289 idosos. (202 urbano e 87 rural)</p> <p>Do total, 81 (28,02%) foram excluídos por não atingirem a pontuação mínima de acordo com o ponto de corte estabelecido pelo MEEM. 61 (21,10%) residentes do meio urbano e 20 (6,92%) do meio rural.</p> <p>Restando como amostra final para análises 208 (71,98%) idosos entrevistados.</p>							

Fonte: Elaborado pelo autor

Na Tabela 1 podem-se verificar os dados da descrição da amostra como média de idade, IMC, estado civil e escolaridade, de todos os idosos e separados por sexo e localidade.

Tabela 1: Descrição da amostra: Idade, IMC, Estado Civil e Escolaridade

	Todos (n=208)		H. U. (n=50)		H. R. (n=30)		M. U. (n= 91)		M. R. (n=37)	
Idade	70,34	±7,86	70,04	±6,90	70,03	±8,26	71,00	±8,58	69,35	±7,01
IMC	29,71	±5,29	27,98	±4,13	29,47	±5,01	29,71	±5,34	32,26	±5,93
Estado Civil	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Solteiro</i>	9	4,3	2	4	2	6,7	4	4,4	1	2,7
<i>Casado</i>	123	59,1	37	74	23	76,7	40	43,9	23	62,2
<i>Separado</i>	17	8,2	3	6	2	6,6	12	13,2	0	0,0
<i>Viúvo</i>	59	28,4	8	16	3	10	35	38,5	13	35,1
Escolaridade	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Analfabeto</i>	21	10,1	4	8	8	26,7	8	8,8	1	2,7
<i>1 a 4 anos</i>	78	37,5	17	34	10	33,3	37	40,6	14	37,8
<i>5 a 8 anos</i>	74	35,6	18	36	10	33,3	27	29,7	19	51,4
<i>9 a 11 anos</i>	20	9,6	3	6	1	3,3	14	15,4	2	5,4
<i>12 anos +</i>	15	7,2	8	16	1	3,3	5	5,5	1	2,7

Legenda: H.U.= homem urbano; H.R.= homem rural; M.U.= mulher urbana; M.R.= mulher rural.

Fonte: Elaborada pelo autor

Pode se observar que a maioria dos indivíduos pesquisados é do sexo feminino (61,54%). A média de idade geral foi de 70,34±7,86 anos e a média de IMC foi elevada, (29,71±5,29), acusando o excesso de peso dessa população, principalmente entre as mulheres. Quanto ao estado civil a maioria dos idosos (59,13%) é casada, mas uma grande parte das mulheres urbanas é viúva (38,46%).

Investigando sobre o grau de escolaridade, descobriu-se que poucos idosos possuíam mais de 12 anos de estudo (7,21%), mas o número de analfabetos também foi pequeno (10,10%). A maioria dos idosos estudaram de 1 a 4 anos (37,50%) ou de 5 a 8 anos (35,58%).

A Tabela 2 apresenta os resultados do questionário que avaliou as Barreiras Percebidas (BP) para a prática de atividade física dos idosos do meio urbano e do meio rural, com o percentual de respostas positivas às questões. Pode-se observar que a grande parte relatou não ter companhia para praticar AF (45,2%), seguido de possuir alguma lesão ou doença que

atrapalhe na hora de fazer AF (41,8%). Para os homens urbanos (9,6%) e rurais (6,3%) a falta de companhia foi a barreira mais mencionada, já as mulheres urbanas relataram ter alguma doença ou lesão que atrapalhe na prática de AF (22,1%) e as rurais o fato de não ter companhia para se exercitar (10,1%).

Houve diferença significativa na questão 4 - sente preguiça ou cansaço para fazer atividade física - comparando os 4 grupos, por sexo e localidade: as mulheres do meio urbano foram as que mais relataram, entre os grupos, ter preguiça de praticar AF (20,7%).

Tabela 2: Frequências e percentagens das barreiras percebidas pelos idosos de acordo com o meio em que vivem e o sexo

	TOTAL (n=208)		H. U. (n=50)		M. U. (n=91)		H. R. (n=30)		M. R. (n=37)		<i>p</i>
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Q1	21	10,1	4	1,9	8	3,8	5	2,4	4	1,9	0,602
Q2	87	41,8	19	9,1	46	22,1	7	3,4	15	7,2	0,060
Q3	32	15,4	7	3,4	12	5,8	8	3,8	5	2,4	0,328
Q4	76	36,5	14	6,7	43	20,7	9	4,3	10	4,8	0,045*
Q5	53	25,5	8	3,8	24	11,5	9	4,3	12	5,8	0,299
Q6	61	29,3	11	5,3	33	15,9	8	3,8	9	4,3	0,266
Q7	94	45,2	20	9,6	40	19,2	13	6,3	21	10,1	0,451
Q8	37	17,8	6	2,9	19	9,1	7	3,4	5	2,4	0,418

Legenda: H.U.= homem urbano; H.R.= homem rural; M.U.= mulher urbana; M.R.= mulher rural; Q1= questão 1- sentir-se velho; Q2= questão 2- lesão/doença; Q3= questão 3- gostar; Q4= questão 4- preguiça/cansaço; Q5= questão 5- falta dinheiro; Q6= questão 6- medo de se machucar. Q7= questão 7- falta de companhia. Q8= questão 8- tempo livre; * = valor de *p* significativo (<0,05)

Fonte: Elaborada pelo autor

Na Tabela 3 são comparadas as barreiras percebidas entre homens e mulheres. Nota-se que os homens relatam não ter companhia (15,9%) ou possuir alguma doença ou lesão que impeça de praticar AF (12,5%) já as mulheres ficam divididas entre não ter companhia e possuir alguma doença ou lesão (29,3%).

A análise apresentou diferença significativa na questão 2 - ter alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física - quando se comparou entre os sexos: as mulheres relataram ter mais lesão ou alguma doença que impeça de praticar atividade física (29,3%) do que os homens (12,5%).

Tabela 3: Comparação das frequências e percentagens das barreiras percebidas pelos idosos de acordo com o sexo.

	TOTAL (n=208)		HOMENS (n= 80)		MULHERES (n=128)		P
	N	%	N	%	N	%	
Q1	21	10,1	9	4,3	12	5,8	0,841
Q2	87	41,8	26	12,5	61	29,3	0,044*
Q3	32	15,4	15	7,2	17	8,2	0,386
Q4	76	36,5	23	11,1	53	25,5	0,090
Q5	53	25,5	17	8,2	36	17,3	0,345
Q6	61	29,3	19	9,1	42	20,2	0,215
Q7	94	45,2	33	15,9	61	29,3	0,447
Q8	37	17,8	13	6,3	24	11,5	0,785

Legenda: Q1= questão 1- sentir-se velho; Q2= questão 2- lesão/doença; Q3= questão 3- gostar; Q4= questão 4- preguiça/cansaço; Q5= questão 5- falta dinheiro; Q6= questão 6- medo de se machucar. Q7= questão 7- falta de companhia. Q8= questão 8- tempo livre; * = valor de *p* significativo (<0,05)

Fonte: Elaborada pelo autor

Na Tabela 4 são apresentadas as comparações entre as barreiras percebidas pelos idosos do meio urbano e do meio rural. Verifica-se que grande parte dos idosos urbanos relatou ter alguma lesão ou doença que impede de praticar AF (31,3%) e os idosos rurais não possuem companhia para praticar AF (16,3%). Outra barreira bastante relatada entre os idosos dos bairros foi a falta de companhia (28,8%) e nos distritos, além do fato de possuir alguma lesão ou doenças que impeça a prática de AF (10,6%), a falta de dinheiro também foi bastante relatada (10,1%).

Não houve diferença significativa em nenhuma das questões quando comparou-se o meio onde os idosos vivem.

Tabela 4: Comparação das frequências e percentagens das barreiras percebidas pelos idosos de acordo com o meio em que vivem.

	TOTAL (n=208)		URBANO (n= 141)		RURAL (n=67)		<i>P</i>
	N	%	N	% total	N	% total	
Q1	21	10,1	12	5,8	9	4,3	0,393
Q2	87	41,8	65	31,3	22	10,6	0,097
Q3	32	15,4	19	9,1	13	6,3	0,367
Q4	76	36,5	57	27,4	19	9,1	0,125
Q5	53	25,5	32	15,4	21	10,1	0,243
Q6	61	29,3	44	21,2	17	8,2	0,484
Q7	94	45,2	60	28,8	34	16,3	0,337
Q8	37	17,8	25	12,0	12	5,8	1,000

Legenda: Q1= questão 1- sentir-se velho; Q2= questão 2- lesão/doença; Q3= questão 3- gostar; Q4= questão 4- preguiça/cansaço; Q5= questão 5- falta dinheiro; Q6= questão 6- medo de se machucar. Q7= questão 7- falta de companhia. Q8= questão 8- tempo livre; * = valor de *p* significativo (<0,05)

Fonte: Elaborada pelo autor

DISCUSSÃO

A população analisada constitui-se, na sua maioria, por idosos do sexo feminino, o que corrobora com diversos estudos realizados no mundo, como o de Morsch e colaboradores (15), que analisaram quase quatro mil idosos, em 59 cidades do Rio Grande do Sul, e 51,9% dos entrevistados eram mulheres. Assim como o estudo de Anes et. al (16) realizado com idosos do meio rural e urbano de uma cidade de Portugal, onde 58% eram mulheres.

A média de idade dos indivíduos do presente estudo foi de 70,34 anos, bem próxima às idades dos idosos do estudo de Ribeiro (17), que na área urbana relatou uma média de idade de 70,52 anos e no meio rural de 69,15 anos. A maioria dos idosos entrevistados são casados (59,13%), bem como no estudo de Martins et al. (18), no qual 61% dos idosos de Vila Nova de Famalicão, em Portugal, são casados e no estudo de Pereira (19) que entrevistou 631 idosos em Porto Alegre, RS, e 52,1% dos participantes relataram ser casados.

Verificou-se no presente, que os idosos apresentaram excesso de peso, com um IMC médio de 29,71 kg/m², o que vai contra o estudo de Souza (20) que apresentou a maioria dos idosos classificados como eutróficos, segundo os pontos de corte de Lipschitz et al. (13). Já Correa et al. (21), apontaram excesso de peso entre os 5428 idosos pesquisados em diversas regiões do Brasil, independente do ponto de corte utilizado (Lipschitz = 37% ou OMS = 57%). Este é um dado preocupante, especialmente quando sabe-se que uma série de comorbidades aumentam com a obesidade. Isso ocorre em qualquer idade, mas justamente na terceira idade o excesso de peso está associado à síndrome metabólica, diabetes tipo 2, dislipidemias e declínio ainda maior dos hormônios sexuais, além de aumentar o risco para hipertensão e problemas cardiovasculares (22).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria dos idosos pesquisados estudou de 1 a 4 (37,5%) ou de 5 a 8 anos (35,58%), diferente dos dados encontrados por Foss (23) em que 41,9 % dos idosos de Ribeirão Preto, SP, estudaram mais de 11 anos. Já o estudo de Machado et. al (24) realizado com 74 idosos de Viçosa, MG, apontou resultado parecido com o do presente estudo, com 91% dos participantes apresentando menos de 4 anos de estudo.

Quando se analisou as barreiras percebidas para a prática de atividades físicas, a barreira mais relatada foi a de não ter companhia para praticar atividade física (45,2%). Em um estudo realizado por Reichert et. al (9) realizado em Pelotas-RS, uma das barreiras mais citada também foi a falta de companhia para realizar uma atividade física regular. O que vai de encontro ao estudo de Tonsaki et. al (25) com 39 idosos de Santa Catarina, que relata a importância da companhia e do incentivo para facilitar a adesão e continuação dos idosos na prática de atividades físicas.

A segunda barreira mais relatada foi possuir alguma lesão ou doença que impeça de fazer AF (41,8%), assim como no estudo de Eiras et. al (26) onde as barreiras mais citadas foram a presença de doenças/lesões e fatores climáticos. No estudo de Krug e colaboradores (27) as limitações físicas e as doenças foram as principais barreiras relatadas pelas 30 idosas participantes de um grupo de convivências de Florianópolis-SC. Observa-se a falta de conhecimento sobre os diversos benefícios da prática regular de atividades físicas, orientada por um profissional de educação física. Sendo assim necessário mais informação sobre o acréscimo à saúde com a realização de AF.

Quando comparou-se as barreiras percebidas entre os sexos e as localidades, a questão 4 – preguiça ou cansaço –foi significativamente mais citada pelas mulheres do meio urbano do que as do meio rural e do que os homens de ambos os meios., Sebastião (28) também verificou diferenças entre idades, sexo e rendas para as barreiras “sentir preguiça” e “precisa relaxar”, ao analisar indivíduos adultos da zona urbana, Em uma comparação entre escolares do ensino médio fisicamente ativos e inativos, Santos et. al (29), verificaram que os alunos inativos relataram mais barreiras do que os fisicamente ativos, reforçando a necessidade de se diminuir tais barreiras desde a infância para que se tenha populações mais ativas..

Em relação aos sexos, houve diferença significativa na questão 2 – lesões ou doenças -, sendo que 29,3% das mulheres percebem essa barreira, enquanto que apenas 12,5% dos homens a percebem. No estudo de Nascimento et al.(30) , as mulheres também relataram possuir doenças ou lesões que as impediavam de praticar atividades físicas, com 52,6% dos 129 idosos estudados, da cidade de Rio Claro – SP. O estudo de Bethancourt et. al (31) mostrou que as limitações físicas, como algumas doenças, foram frequentemente relatadas como barreiras para realizar atividades físicas pelos 52 idosos estudados de Washington, nos Estados Unidos, assim como Eiras et al. (26) que também observaram que a maioria dos idosos por eles estudados percebiam que o fato de ter algum problema de saúde ou lesão afetava, direta ou indiretamente, o seu engajamento em atividades físicas. E como os idosos tem tendência a apresentarem mais doenças e lesões, esta é uma barreira importante a ser estudada e amenizada.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de barreiras percebidas para a prática de atividade física nos idosos do município de Santa Maria/RS é alta, principalmente o fato de não ter companhia para praticar atividades físicas. Possuir alguma lesão ou doenças que impeça à prática de atividades físicas foi a segunda barreira mais relatada pelos idosos tanto do meio urbano como do meio rural, não havendo diferença significativa entre as localidades, em nenhuma das barreiras questionadas.

Considera-se de grande importância uma maior atenção às questões que envolvam estratégias que incentivem e proporcionem condições ideais para a prática de atividade física,

ao longo de todas as fases da vida, e através da determinação das principais barreiras percebidas para esta prática, se poderão traçar estratégias que visem diminuir e amenizar o peso de tais barreiras no aumento do sedentarismo das várias populações.

REFERÊNCIAS

1. FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N.; O Processo De Envelhecimento: **As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos**. Ver Científica Internacional. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012.
2. KUWANO, V. G.; SILVEIRA, A. M. A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária. **Revista da Educação Física/UEM** Maringá, v. 13, n.2, p.35-39, 2º semestre de 2002.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde / World Health Organization; Genebra, Suíça, 2015.
4. SANTOS, É.A.; TAVARES, D. M.S.; RODRIGUES, L.R.; DIAS, F.A.; FERREIRA, P.C.S. **Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(2):393-400.
5. POLLA, S. F.; SCHERER, F. Perfil alimentar e nutricional de escolares da rede municipal de ensino de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.
6. HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L.B.; BULL, F.C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. **Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects**. Lancet 2012; 380:247-57
7. BROWN, S. A. Measuring perceived benefits and perceived barriers for physical activity. Am J Health Behav, v. 29, n. 2, p. 107-16, 2005.
8. FLORINDO, A.A.; HALLAL, P.C. Epidemiologia da atividade física. São Paulo, editora Atheneu. 2011.
9. REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity . Am J Public Health . 2007;97(3):515-9.
10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010.
11. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R.. Mini-mental state: **a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician**. J Psychiatric Res. 1975;12:189-98.

12. BRUCKI, S.M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.; IVAN, H.. OKAMOTO, I.H. **Sugestões para o Uso do MiniExame do Estado Mental no Brasil**. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. Arquivos de Neuro-psiquiatria, 2003;61(3-B):777-81.
13. LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994.
14. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
15. MORSCH, P.; PEREIRA, G. N.; NAVARRO, J. H. N.; TREVISAN, M. D.; LOPES, D. G. C.; BÓS, A. J. G. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015.
16. ANES, E. M. G. J.; FERNANDES, A. M. P. S.; ANTÃO, C. C.M.; MAGALHÃES, C. P.; GERALDES, M. F. P. Comparação da qualidade de vida de idosos residentes em meio rural e urbano. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2012.
17. RIBEIRO, C. G.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017.
18. MARTINS, M.; MONTEIRO, C.; MARTINHO, J.; GUERRA-MÁRTIN, M. D.; ALVES, I.; VIEIRA, M. Atividade física nos mais de 65 anos e a Promoção da Saúde. Actas de Gerontologia | Vol.2 | Nº. 1 | Ano 2016.
19. PEREIRA, G. N.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D.; BÓS, A. J. G. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11):2035-2042, nov, 2012.
20. SOUZA, R.; FRAGA, J. S.; GOTTSCHALL, C. B. A.; BUSNELLO, F. M.; RABITO E. I. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013.
21. CORRÊA, M. M.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; OLIVEIRA, E. R. A.; FACCHINI, L. A. Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de excesso de peso em idosos brasileiros. Caderno de Saúde Pública 2017.
22. CETIN, D.C.; NASR, G. Obesity in the elderly: more complicated than you think. [Cleve Clin J Med](#). 2014 Jan;81(1):51-61
23. FOSS, M. P.; VALE, F. A. C.; SPECIALI, J. G. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos. Arq Neuropsiquiatr 2005.

24. MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; COTTA, R. M. M.; LEAL, P. F. G. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2011.
25. TONOSAKI, L. M. D.; RECH, C. R.; MAZO, G. Z.; ANTUNES, G. A.; BENEDETTI, T. R. B. Barreiras e facilitadores para a participação em um programa de mudança de comportamento: análise de grupos focais. *Revista Brasileira de Ciências do esporte*. V. 40, n. 2, p. 138-145, 2018.
26. EIRAS, S.B.; SILVA, W.H.A.; SOUZA, D.L.; VENDRUSCULO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v. 31, n. 2, p. 75-89, janeiro 2010.
27. KRUG, R. R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. V. 21, n. 1, p 57-64. 2015.
28. SEBASTIÃO, E. Nível de atividade física e principais barreiras Percebidas por indivíduos adultos: **um levantamento no município de Rio Claro-SP**. Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências – Universidade Estadual Paulista - campus Rio Claro - SP, 2009.
29. SANTOS, M. S.; HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; ANEZ, C. R. R. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2010.
30. NASCIMENTO, C. M. C.; GOBBI, S.; HIRAYAMA, M. S.; BRAZÃO, M. C. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por Idosos de Rio Claro. *Maringá*, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1. trim. 2008.
31. BETHANCOURT, H. J.; ROSENBERG, D. E.; BEATTY, T; ARTERBURN, D. E. Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. *Clinical Medicine & Research*, 2014.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal analisar as principais barreiras percebidas para a prática de atividade física em idosos no meio rural e urbano do Município de Santa Maria. De acordo com os achados pode-se concluir que a prevalência de barreiras percebidas para a prática de atividade física entre os idosos pesquisados é alta, sendo a mais citada não ter companhia para praticar atividades físicas. Possuir alguma lesão ou doença que atrapalhe na prática de AF foi a segunda barreira mais relatada, evidenciando-se maior prevalência nas mulheres.

Os achados desse estudo ressaltam a importância de se conhecer as barreiras percebidas para a adoção de um estilo de vida ativo, para que se possa pensar em ações e investimentos que incentivem e proporcionem condições para a prática de atividade física nos meios urbano e rural, desde a infância. Foi nitidamente percebida a falta de infraestrutura nos distritos rurais, pois apenas um contava com um espaço para aulas de ginástica, custeadas pelos idosos, limitando os participantes. Outra questão relevante foi a falta segurança relatada, pois muitos acham perigoso fazer uma simples caminhada pelas ruas movimentadas, escuras e esburacadas.

A grande maioria das pessoas da zona rural apresentou-se solícita com a pesquisa. Já na zona urbana, muitos se recusaram a participar, alegando falta de tempo. Mas é válido salientar, que em muitas residências, os idosos mostraram-se contentes com a coleta de dados, reconhecendo a importância das pesquisas para que possam ocorrer mudanças em sua qualidade de vida.

Vale ressaltar o conhecimento que se evidenciou sobre os benefícios da atividade física entre a maioria dos idosos, o que não foi suficiente para torna-los necessariamente, mais ativos. No meio rural, as atividades do dia a dia, como a lida na lavoura ou com os animais, talvez fossem suficiente, não necessitando de uma atividade física orientada, mas em muitas situações tanto do meio urbano como do meio rural, percebe-se a importância de um trabalho físico específico de exercícios físicos orientados, visando um envelhecimento mais saudável.

Ressalta-se ainda, a importância de apresentar os resultados da pesquisa aos gestores do Município e ao Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria - RS, para a implantação de ações e serviços que proporcione a prática de atividade física na cidade, em todos os bairros e distritos, visando uma diminuição do sedentarismo e consequente melhora na qualidade do envelhecimento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 435-444, jun. 2009.

ALENCAR, N.A.; SOUZA JR, J.V.; ARAGÃO, J.C.B.; FERREIRA, M.A.; DANTAS, E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 3, p 473-481, 2010.

ALLISON K. R.; DWYER, J. J.; MAKIN S. Perceived barriers to physical activity among high school students. **Preventive Medicine**, v. 28, n. 6, p. 608-615, 1999.

BARBOSA, A. P.; TEIXEIRA, T. G.; ORLANDI, B.; OLIVEIRA, N. T. B.; CONCONE, M. H. B. V. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 743-754, 2015.

BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e Rede de Apoio Familiar de Idosos que Vivem em uma Área Rural. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1. Florianópolis Jan./Mar. 2012.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz**, Rio Claro, v.15 n.3 p.562-573, jul./set., 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 160 p. : il, 2011.

BROWN, S. A. Measuring perceived benefits and perceived barriers for physical activity. *Am J Health Behav*, v. 29, n. 2, p. 107-116, 2005.

BRUCKI, S.M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.; IVAN, H.. OKAMOTO IH. Sugestões para o Uso do MiniExame do Estado Mental no Brasil. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777-781. 2003.

CAPORICCI, S.; NETO, M.F.O. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. Ribeira de Pena (Portugal): **Motricidade**. v.7 n.2, Vila Real 2011.

CASSOU, A.; FERMINO, R.; SANTOS, M.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C.; REIS, R. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise de grupos focais. **Revista Educação Física/UEM**. v. 19, n. 3, p. 353-360 2008.

ELIAS, R. G. M.; GONÇALVES, E. C. A.; MORAES, A. C. F.; MOREIRA, C. F.; FERNADES, C. A. M. Aptidão funcional de idosos praticantes de hidroginástica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 79-86, 2012.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N.; O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. **Revista Científica Internacional**. Ed 20, v 1, n 7, Janeiro/Março 2012.

FISHER, K.J.; LI F.; MICHAEL Y.; CLEVELAND M. Neighborhood-level influences on physical activity among older adults: a multilevel analysis. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 12, p. 45-63, 2004.

FLORINDO, A.A.; HALLAL, P.C. **Epidemiologia da atividade física**. P. 209. São Paulo, Editora Atheneu. 2011.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R.. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**. v. 12, p 189-198, 1975.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 25, n. 2, p. 75-86. São Paulo, 1991.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A.; MARTINS, F.L.M.2; VITORINO, D.F.M.; Pereira, K.L.;CARVALHO, E. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**. v.12. n.12. p. 68-72. São Paulo, 2004.

HALLAL, P.C. ; KNUTH, A.G. ; CRUZ, D.K.A. ; MENDES, M.I. ; MALTA, D.C. Physical activity practice among Brazilian adolescents. *Ciência saúde coletiva* vol.15 supl.2 Rio de Janeiro Oct. 2010

Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380:247-57.

Herazo-Beltrán Y, Pinillos Y, Vidarte J, Crissien E, Suarez D, García R. Predictors of perceived barriers to physical activity in the general adult population: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. v. 21, p. 44-50. January–February 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010.

KUWANO, V. G.; SILVEIRA, A. M. A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária. **Revista da Educação Física/UEM** Maringá, v. 13, n.2, p.35-39, 2º semestre de 2002.

LIMA, A.P.; LINI, E.V.; TOMICHI, DELLANI, M.P.; PORTELLA, M.R.; DORING, M. **Fatores associados à atividade física em idosos de Estação, Rio Grande do Sul:** estudo de base populacional. *Revista Brasileira Atividade Física e Saúde*, Passo Fundo/RS, v.20, n.6, p. 618-625, nov., 2015.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, Philadelphia, Saunders, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. e Neto, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: **aspectos epidemiológicos**. *Rev Bras Med Esporte* _ v 7, Nº 1 – Jan/Fev, 2001.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**. n.47, p. 40-41. São Paulo, 2009.

MEIRELLES, M. A. E. **Atividade Física na terceira idade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MICHELIN, E.; COELHO, C. F.; BURINI, R. C. **Efeito de um mês de destreinamento sobre a aptidão física relacionada à saúde em programa de mudança de estilo de vida**. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 192-196, maio/jun. 2008.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto contexto – enfermagem**. v.17, n.2, p.374-383, 2008.

PARENTE, M. A. M. P. **Cognição e Envelhecimento**. p. 31-47. Porto Alegre: Editora Art Med. 2006.

PARKS, S.E.; HOUSEMANN, R.A.; BROWNSON, R.C. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *Journal of Epidemiology Community Health*, London, v. 57, p. 29-35, 2003.

PELEGRINI, A.; SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; GLANER, M. F.. Estado nutricional e fatores associados em escolares domiciliados na área rural e urbana. **Revista de Nutrição**. v. 23, n. 5. São Paulo. 2010.

POLLA, S. F.; SCHERER, F. Perfil alimentar e nutricional de escolares da rede municipal de ensino de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p.111-116. Rio de Janeiro, 2011.

REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity . *American Journal of Public Health* . v. 97, n. 3, p. 515-519. 2007.

RIBEIRO, A. P. **Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas.** Dissertação de mestrado em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

RONCONI, A. M. **Conteúdos e estruturas das baterias de testes que avaliam a aptidão física e a capacidade funcional de idosos:** um estudo de revisão bibliográfica. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal Rio Grande do Sul - Porto Alegre, 2011.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; & RAMOS, L. R.. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. São Paulo (SP): **Revista**. v.37, n.1, p.40-48. **Saúde Pública**. 2003.

SAMPAIO, L. S.; VIEIRA, J. S.; SOARES, F. B.; REIS, L. A.; SAMPAIO, T. S. O. Qualidade De Vida Em Idosos Residentes Em Zona Urbana E Rural. Revista Eletrônica da FAINOR, Vitória da Conquista, v.10, n.3, p. 391-406, set./dez. 2017.

SANTANA, C.S. Velhice ou melhor idade: Dilemas éticos. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo . v.36, n.1, p.98-102. 2012.

SANTOS, É.A.; TAVARES, D. M.S.; RODRIGUES, L.R.; DIAS, F.A.; FERREIRA, P.C.S. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP. v.47, n. 2, p.393-400. 2013.

SECHRIST, K.R.; WALKER, S.N.; PENDER, N.J. Development and psychometric evaluation of the exercise benefices/barriers scale. *Res Nurs Health*. v.10, n. 6, p. 357-65. 1987.

SCHUTZER, K.A.; GRAVES, B.S. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med*. v.39, n. 5. p. 56-61. 2004.

THOMAS, J. R; NELSON, J. K; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6. ed. São Paulo: Artmed, 2012.

ULUCAM. **Cardiovascular Risk Factors in the Elderly**, Cardiovascular Risk Factors, Prof. Armen Gasparyan (Ed.), 2012. Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/cardiovascular-risk-factors/cardiovascular-risk-factors-in-the-elderly>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. **World Health Organization technical report series**, v. 894, p. 1–253, jan. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B. editors. World Health Organization, Geneva 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde /
World Health Organization; Genebra, Suíça, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FICHA DIAGNÓSTICA

Entrevistador(a):..... Data:

a) Dados de Identificação:

Nome completo:.....

Sexo: () feminino () masculino

Data de nascimento:..... Idade:.....

Endereço:.....

Telefone:.....

b) Características Sócio-demográficas

1. Estado Civil:

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

2. Escolaridade

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

3. Com quem você mora?

- () Sozinho (a)
- () Cônjugue
- () Filhos (as)
- () Netos (as)
- () Outro(s). Qual(s)?.....

4. Qual é a renda média mensal do senhor(a) e das pessoas que vivem em sua residência (renda mensal familiar em salários mínimos)?

- () < 1 (menor que 510,00)
- () 1—2 (510,00 a 1019,00)
- () 2—3 (1.020,00 a 1.529,00)
- () 3—4 (1.530,00 a 2.039,00)
- () 4—6 (2.040,00 a 3.059,00)
- () + de 6 (+ de 3.060,00)

5. Ocupação atual:

- () Aposentado (a)

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

c) Condições de saúde

6. Como está o seu estado de saúde atual?

- Ótimo Bom Regular Ruim Muito ruim

APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO

NOME: _____ IDADE: SEXO:

AVALIAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS E HEMODINÂMICAS

	PERCEBIDA	1 ^a	2 ^a
PA Sistólica			
PA Diastólica			
Estatura			-----
Peso			-----
C. Cintura	-----		-----
C. Abdômem	-----		-----
C. Quadril	-----		-----
HDL (se disponível)	-----		-----
LDL (se disponível)	-----		-----
Triglicérides (se disponível)	-----		-----

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO

Pesquisador responsável: Daniela Lopes dos Santos e Fernanda Rossatto Lameira

Instituição/Departamento: UFSM/CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS

O Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia com cuidado este documento e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será Penalizado (a) de forma alguma.

- O objetivo desta pesquisa é verificar o nível de atividade física e as barreiras para a prática de atividade física e nível de atividade física nos idosos que moram nos bairros de Santa Maria. Para isto, vamos usar alguns questionários, a maioria são perguntas simples e de rápido entendimento.
- Ao responder os questionários talvez o(a) senhor (a) possa ficar um pouco constrangido (a), pelo fato de que algumas perguntas são sobre o seu dia a dia, e pelo fato de que os pesquisadores poderão, se o senhor permitir, entrar na sua casa para aplicar os questionários.
- Ao participar da nossa pesquisa o(a) senhor (a) não terá benefícios diretos e imediatos, porém a proposta da pesquisa (depois que estiver concluída) é apresentar os resultados aos gestores municipais e ao conselho do idoso, fornecendo informações de grande importância para a implantação de políticas, ações e serviços de promoção da saúde na cidade.
- Nós, que somos responsáveis pelo estudo garantimos ao senhor (a) que em qualquer etapa, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de qualquer dúvida.
- Se o(a) senhor (a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade e todos os dados que serão coletados, vão ser mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.
- A pesquisa será feita somente hoje, o(a) senhor (a) irá responder os questionários e vai avaliar sua percepção de saúde, assim como a prevalência de doenças crônicas e o nível de atividade física

praticado, depois disso o senhor (a) vai ficar com nosso contato (telefone e e-mail), caso o(a) senhor (a) queira saber como está o processo da pesquisa, ou caso queira desistir o(a) senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Após o término da pesquisa, os resultados serão encaminhados via correios para sua residência.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS NO MEIO RURAL E URBANO como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com os professores responsáveis (Daniela Lopes e Fernanda Rossatto Lameira) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria _____, de _____ de 20 ____

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br

ANEXOS

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Paciente: _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto)()
- Dia do mês (1 Ponto)()
- Mês (1 Ponto)()
- Ano (1 Ponto)()
- Hora Aproximada (1 Ponto)()
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto)()
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto)()
- Cidade (1 Ponto)()
- Estado (1 Ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente(1 ponto para cada cálculo correto).....()
(alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

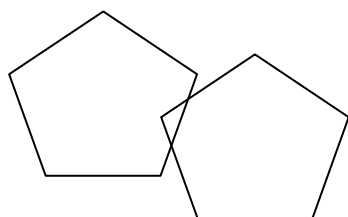
EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....()
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)()
- Comando: Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão
(3 pontos).....()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE (___ / 30)



ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE BARREIRAS
PESSOAIS À PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA ENTRE BRASILEIROS

1- O senhor (a) se sente velho (a) demais para fazer atividade física?

Sim () Não ()

2- O senhor (a) tem alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física?

Sim () Não ()

3- O senhor (a) gosta de fazer atividade física?

Sim () Não ()

4- O senhor (a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividade física?

Sim () Não ()

5- A falta de dinheiro atrapalha o senhor (a) de fazer atividade física?

Sim () Não ()

6- O senhor (a) tem medo de se machucar fazendo atividade física?

Sim () Não ()

7- A falta de companhia é um fator que dificulta que o senhor (a) faça atividade física?

Sim () Não ()

8- O senhor (a) tem tempo livre para fazer atividade física?

Sim () Não ()